



Regierungskommission

für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

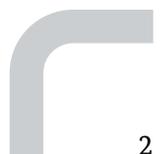
**Zehnte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

***Überwindung der Sektorengrenzen des
deutschen Gesundheitssystems***



INHALTSVERZEICHNIS

I. Ausgangs- und Problemlage	3
Gesetzliche Ausgangslage	6
II. Ziele	9
III. Empfehlungen	10
III.1 Kurzfristige Maßnahmen zur Überwindung der Sektorengrenzen	10
III.1.1 Level Ii-Krankenhäuser	10
III.1.2 Weitere kurzfristige Maßnahmen	15
III.2 Mittel- und langfristige Maßnahmen zur Überwindung der Sektorengrenzen	16
Impressum	22





I. Ausgangs- und Problemlage

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland teilt sich auf mehrere Sektoren auf. Diese sind im Vergleich zu den meisten anderen Ländern besonders stark voneinander getrennt.^{1,2} Die sektorale Trennung kommt in unterschiedlichen legislativen und administrativen Zuständigkeiten für die Zulassung und die Planung, in den Behandlungsmöglichkeiten und in der Vergütung der Leistungen zum Ausdruck.

Die vorliegende Stellungnahme widmet sich vor allem folgenden Sektoren und Grenzen im deutschen Gesundheitssystem:

- › Der vorrangig stationäre Krankenhaussektor (§ 107 SGB V) grenzt sich vom vertragsärztlichen, vorrangig ambulanten Sektor (Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren) (§ 95 Abs. 1 SGB V) ab.
- › Die ambulante vertragsärztliche Versorgung gliedert sich nach § 73 Abs. 1 S. 1 SGB V in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. An der hausärztlichen Versorgung nehmen dabei nach § 73 Abs. 1a S. 1 SGB V neben praktischen Ärzten, Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten auch Pädiater teil.
- › In der Patientenversorgung wird zwischen dem ärztlichen³ und dem nichtärztlichen Bereich unterschieden.

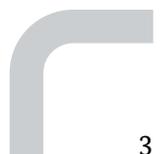
Daneben gibt es weitere wichtige Sektoren und Grenzen im deutschen Gesundheitssystem:

- › Der bevölkerungsbezogene Gesundheitsschutz wird durch den staatlichen Öffentlichen Gesundheitsdienst institutionell vom Krankenversicherungs- und -versorgungssystem getrennt, das von den Sozialversicherungsträgern getragen wird.
- › Die ambulante und stationäre Rehabilitation (SGB IX) stellt einen weiteren, von den übrigen Bereichen getrennten Sektor dar.
- › Auch die von der gesetzlichen Unfallversicherung getragene medizinische Behandlung ist ein eigenständiger Sektor. In diesem findet eine echte ambulant-stationär settingübergreifende Versorgung statt.
- › Die im Sozialgesetzbuch V geregelten Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung und die im Sozialgesetzbuch XI geregelten Leistungen durch die soziale Pflegeversicherung sind weitgehend getrennte Sektoren. Das Sozialgesetzbuch XI deckt hierbei nicht die pflegefachlichen Leistungen der Pflegefachberufe ab.

1 Schreyögg J, Milstein R. Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten. Hamburg, 2020. <https://www.hche.uni-hamburg.de/en/aktuelles/2020-09-10-gutachten-tk/expertise-hche-gesamt-20200825.pdf>.

2 hche, BKK Dachverband, DKI, MiG, ZI. Innovationsfondsprojekt Einheitliche, sektorengleiche Vergütung. 2022. <https://www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/20220920-esv-finale-fassung-v1-1.pdf>.

3 einschließlich psychologischer Psychotherapeuten.





- › Mit Blick auf die Kostenträger gibt es die Trennung zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung, zu deren Lasten die meisten stationären und ambulanten Behandlungen erbracht werden (Verankerung in den Krankenhausplänen der Länder bzw. Zulassung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung [KV]), und den Selbstzahlern und Privatversicherungen auf der anderen Seite.

Die sektoralen Trennungen – insbesondere die ambulant-stationäre Sektorentrennung – erzeugen erhebliche Fehlsteuerungen und weitere Probleme, die zum Teil bereits seit Jahrzehnten benannt werden (Abbildung 1), wobei es im europäischen und internationalen Vergleich im deutschen Gesundheitswesen sowohl überdurchschnittlich viele ambulante als auch überdurchschnittlich viele stationäre Behandlungen gibt; so mindestens ein Drittel mehr ambulante Arztkontakte und mindestens 50 % mehr stationäre Behandlungen als im EU-Durchschnitt.⁴

Die Sektorengrenzen sind tief im Gesundheitssystem verwurzelt und ein Hauptgrund für Ineffizienz.^{5, 6} Als besonders problematisch wird die eingangs genannte Trennung in den ambulanten KV-Bereich und den stationären Krankenhausbereich angesehen. Behandlungen, die aus medizinischen Gründen ausschließlich vollstationär durchgeführt werden können, sind hierbei eindeutig dem Krankenhaussektor zuzuordnen. Für Reformansätze sind daher vor allem jene Behandlungen relevant, die statt voll-, teil- oder tagesstationär ambulant oder potenziell ambulant erbracht werden können und damit prinzipiell den Leistungserbringern der beiden (bisherigen) Sektoren offenstehen. Insbesondere für diese Behandlungen werden Empfehlungen vorgestellt.

Zahlreiche Reformen und Modellprojekte der letzten Jahre und Jahrzehnte zielten bereits darauf ab, diese Sektorengrenze durchlässiger zu machen. So strebten viele der aus dem Innovationsfonds geförderten Projekte eine Überwindung der Sektorengrenzen an. Allein in der ersten Förderwelle betraf dies über 20 Projekte.

Im SGB V existieren zudem zahlreiche spezielle Regelungen, die die Sektorengrenzen aufweichen sollen. Ihnen gemeinsam ist im Wesentlichen, dass sie nicht zu einer grundsätzlichen Überwindung der Sektorenproblematik geführt haben. Ferner wird beklagt, dass die praktische Umsetzung der meisten Regelungen durch rechtliche, bürokratische und organisatorische Hürden stark erschwert ist. Abbildung 2 gibt einen Überblick über die existierenden Regelungen im SGB V.

4 Eurostat-Datenbank. OECD Health Statistics 2021/2019. Bezugsjahr: 2020/2016.

5 Knieps F, Reiners H. Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen. Verlag Hans Huber, Bern, 2015.

6 Monopolkommission. Sondergutachten 83. Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren. Kapitel 3: Status Quo und Entwicklung zentraler Strukturmerkmale im deutschen Krankenhausesektor. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2022, Seiten 29 bis 52.





Aus Sicht der Patientinnen und Patienten

- fehlende Behandlerkonstanz
- unnötige stationäre Behandlung beeinträchtigt die Patientensicherheit (z. B. unnötige Medikationsumstellung nach stationärer Aufnahme; Verschlechterung kognitiver Funktionen hochbetagter Patienten durch Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld; nosokomiale Infektionen)
- unnötige stationäre Behandlungen sind zumeist gegen die Patientenpräferenz einer ambulanten Versorgung
- Patientengefährdung beim Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durch unzureichenden Informationsfluss
- ungeklärte Anschlussbehandlung nach stationärer Entlassung
- nach (längerer) Krankenhausbehandlung müssen Patienten für Rezept und Krankschreibung häufig rasch einen ambulanten Termin organisieren und wahrnehmen
- umständliche Bürokratie und lange Wege für Patienten, zum Beispiel, um Einweisung zu organisieren
- unnötige Doppeluntersuchungen, zum Teil risikobehaftet (etwa durch Röntgenstrahlen)
- inhaltlich nicht begründbare unterschiedliche Dokumentations- und Qualitätssicherungsanforderungen beeinträchtigen die Patientensicherheit

Aus Sicht der Kostenträger und des Gesundheitssystems

- unzureichende Planungsabstimmung ambulanter und stationärer Strukturen
- die sektorale Trennung behindert die Ausschöpfung des ambulanten Potenzials
- zahlreiche häufige Eingriffe werden in Deutschland überwiegend stationär, im europäischen Ausland aber sehr viel häufiger ambulant erbracht, zum Beispiel Cholezystektomien, Hernien-Operationen oder Prostataresektionen
- aus der Sektorentrennung resultiert ein Fehlanreiz zu stationärer Behandlung mit hoher Zahl an Krankenhausbetten und stationären Fällen
- Doppelstrukturen („doppelte Facharztschiene“) binden unnötig knappes Personal und knappe Finanzressourcen; kostenintensive Behandlungsräume und medizinische Geräte werden nicht effizient genutzt (Schließung außerhalb der Praxisöffnungszeiten; Leerstand vorgehaltener Notfallstrukturen in den Krankenhäusern)
- kostspielige Doppeluntersuchungen
- kostspielige zusätzliche ambulante Termine vor und nach stationärer Behandlung (für Einweisung, für Rezept und Krankschreibung)
- getrennte Finanzierungssysteme sind überkomplex mit der Gefahr ungleicher Vergütung für vergleichbare Leistungen



Aus Sicht der ambulanten Leistungserbringer

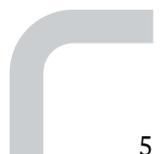
- Ärztinnen und Ärzte für den ambulanten Bereich werden überwiegend stationär ausgebildet
- ein Großteil der stationären Behandlungen dauert nur ein bis drei Tage und hätte ein Potenzial, auch ambulant erbracht zu werden
- ungenügender Informationsfluss nach stationärer Entlassung
- unzureichende Einbindung langjähriger ambulanter Behandler in die stationäre Therapie

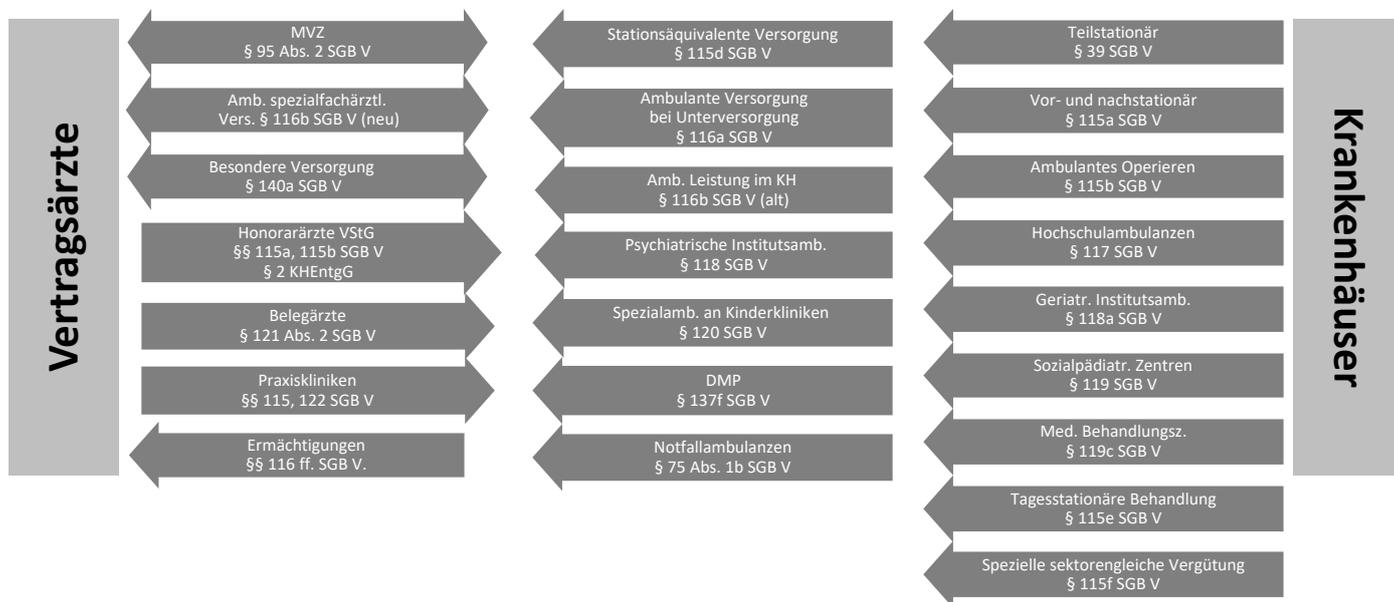


Aus Sicht der stationären Leistungserbringer

- unzureichende Patienteninformationen bei stationärer Aufnahme
- die komplexen (und teuren) Krankenhausstrukturen (Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Fächer und Professionen; apparative Ausstattung) werden allenfalls eingeschränkt für die ambulante Versorgung genutzt
- Krankenhausärzte kennen den Langzeitverlauf chronischer oder rezidivierender Erkrankungen aufgrund mangelnder ambulanter Erfahrung nicht aus eigener Anschauung

› **Abbildung 1:**
Aus der ambulant-stationären Sektorentrennung resultierende Schwierigkeiten (Auswahl)





› **Abbildung 2:**
Ambulant-stationäre Regelungen im SGB V (Übersicht)

[nach Dr. Wulf-Dietrich Leber ©, GKV-Spitzenverband; Abdruck mit freundlicher Genehmigung]

Gesetzliche Ausgangslage

Nach den Versuchen, die starren Sektorengrenzen zwischen der vertragsärztlichen Versorgung einerseits und der Krankenhausbehandlung andererseits in den letzten Jahrzehnten zunehmend aufzuweichen, finden sich im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine ganze Reihe von Versorgungsmodellen, die beide Typen von Leistungserbringern adressieren. Dabei lassen sich grundlegend unterschiedliche Typen von Versorgungsmodellen differenzieren.

Das geltende Recht zielt zunächst darauf ab, einen nahtlosen Übergang zwischen den Sektoren sicherzustellen; es fordert hier eine „enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern“, um „eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten.“ Dieses Ziel wird explizit in § 115 Abs. 1 SGB V benannt, der die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land entsprechende Verträge mit dem in Absatz 2 näher bezeichneten Inhalt abzuschließen. Regelungen wie § 115a SGB V über die vor- und nachstationäre Versorgung normieren zwar eine Form der Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 SGB V,



ermöglichen aber explizit die Beauftragung niedergelassener Vertragsärztinnen und Vertragsärzte entweder in den Räumen des Krankenhauses oder auch der Arztpraxis. Auch § 115c SGB V, der die Fortsetzung der Arzneimittelversorgung nach Krankenhausbehandlung regelt und das Krankenhaus verpflichtet, dem weiterbehandelnden Vertragsarzt die Therapievorschläge mitzuteilen, dient der besseren Verzahnung der Sektoren. Diese Modelle kann man als sektorenübergreifend bezeichnen, weil sie die Versorgung der Patientinnen und Patienten über die sektoralen Grenzen hinaus regulieren. Sie sind aber nicht transsektoral, weil sie lediglich den Übergang zwischen den beiden Regelungsregimen regeln, ohne diese selbst anzutasten. Insbesondere Vergütungsfragen bleiben hier weitgehend ausgeblendet.

Ferner gibt es eine Reihe von Normen, die stationären Einrichtungen oder einzelnen dort angestellten Ärztinnen und Ärzten die Erbringung ambulanter Leistungen gestatten (vgl. etwa §§ 116, 116a, 117, 118, 118a und 119 SGB V). Die Leistungen werden nach § 120 Abs. 1 S. 1 SGB V grundsätzlich nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet; allerdings sehen die Absätze 1a (Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche in Krankenhäusern) und 2 (bestimmte Ambulanzen und Zentren [§§ 117, 188, 119, 119c]) des § 120 SGB V Sonderregelungen vor. Auch bei dieser ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser bzw. Ambulanzen oder Zentren geht es aber nicht um ein einheitliches, Vertragsärzte und Krankenhäuser integrierendes Versorgungskonzept. Grundlage der Integration in das vertragsärztliche Leistungserbringungsrecht sind vielmehr zumeist punktuelle Ermächtigungen, die vor allem auf lokale bzw. regionale Versorgungsdefizite reagieren; die Vergütungen werden angenähert, sind aber nicht einheitlich.

Anders kann es namentlich bei den Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung (§§ 63 ff. SGB V) sein. So gibt es etwa bei der Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V seit einiger Zeit settingübergreifend patientenzentrierte psychiatrische Versorgungsmodelle, deren Übernahme in die Regelversorgung bereits diskutiert und von der Regierungskommission in ihrer achten Stellungnahme zu den Psych-Fächern als Regelversorgungsoption neben dem geltenden Recht empfohlen wird. Als sektorenunabhängig kann man zudem die §§ 115b und 116b SGB V sowie einzelne Modellvorhaben bezeichnen. Hier werden – durch Vertrag bzw. Gesetz – jeweils Kataloge von Leistungen definiert, die sowohl von Krankenhäusern als auch von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten erbracht werden können und einheitlich vergütet werden. Gemäß § 115b Abs. 1 SGB V vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen und einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. In § 116b Abs. 1 S. 2 SGB V (ambulante spezial-



fachärztliche Versorgung – ASV) wird ein Katalog von Leistungen definiert, die sowohl von Krankenhäusern als auch von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten erbracht werden können und die nach näherer Maßgabe von § 116b Abs. 6 SGB V einheitlich vergütet werden. Für Streitigkeiten im Kontext der Festlegung der ambulant durchführbaren Operationen oder deren einheitliche Vergütung ist nach § 115b Abs. 3 SGB V das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a SGB V zuständig; Entsprechendes gilt gemäß § 116b Abs. 6 S. 7 SGB V für die nach dessen Satz 2 zu vereinbarenden Vergütung.

Insbesondere die zuletzt genannten Modelle können als juristische Pfade begriffen werden, die sich ausweiten ließen. Nach Meinung des Sachverständigenrats für Gesundheit und Pflege „entspricht die ASV zur Lösung der Schnittstellenprobleme zwischen dem ambulanten und dem stationären Leistungsbereich unter ordnungs- und insbesondere wettbewerbspolitischen Aspekten weitgehend den vom Rat postulierten konzeptionellen Anforderungen. Dies gilt sowohl für die allgemeinen Rahmenbedingungen für die Teilnahme als auch für die vom Gesetz vorgesehene Gebührenordnung. In dieser Hinsicht kann die ASV durchaus als Benchmark für alternative Lösungsansätze dienen.“⁷

Dass die ASV gleichwohl nicht zu einem Erfolgsmodell geworden ist, liegt nach Ansicht des Sachverständigenrats am „Misstrauen der Vertragsärzteschaft und der Krankenhäuser“, das sich insbesondere in hohen Zugangsanforderungen und weiteren bürokratischen Hindernissen niedergeschlagen hat.⁸ Das verweist auf ein grundlegendes systemisches Problem: Auch die am weitesten gehenden sektorenunabhängigen Versorgungskonzepte in den §§ 115b und 116b SGB V setzen auf der Zerteilung der ärztlichen Regelversorgung auf, treten aber nicht an deren Stelle. Alle dort erfassten Leistungen können grundsätzlich nach wie vor nach Sektoren getrennt erbracht und vergütet werden. Wirklich erfolgreich dürften sektorenunabhängige Versorgungsmodelle ferner nur dann sein, wenn sie sich nicht auf ausgesuchte Krankheiten oder Eingriffe beziehen, sondern wenn sie als Regelversorgung ausgestaltet sind.⁹

Neben diesen bundesweiten Regelungen zur Annäherung der Sektoren gibt es auch landesrechtliche Modelle, zum Beispiel Primärversorgungszentren in Baden-Württemberg oder regionale Gesundheitszentren in Niedersachsen.

7 Sachverständigenrat, Jahresgutachten 2018, Ziff. 590.

8 Sachverständigenrat, Jahresgutachten 2018, Ziff. 590; ebenso skeptisch Denglauer, Froschauer, Bredow, f & w 2022, 893.

9 In diesem Sinne auch Gruhl, Observer Gesundheit 19.07.2021. <https://observer-gesundheit.de/sektoreneuebergreifende-versorgung-eine-einordnung/>.



II. Ziele

Die vorliegende Stellungnahme und Empfehlung verfolgt folgende Ziele:

- › abgestimmte oder gemeinsame Planung der Gesundheitsstrukturen,
- › Überwindung der Schnittstellenprobleme beim Übergang einer Patientin oder eines Patienten von einem in den anderen Sektor,
- › Abbau ineffizienter Doppelstrukturen, die insbesondere angesichts des sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels nicht langfristig aufrechterhalten werden können,
- › Vermeidung von Doppeluntersuchungen und unzureichend koordinierten Parallelbehandlungen,
- › Reduzierung der Zahl vollstationärer Behandlungen, die auch ambulant oder teilstationär erbracht werden können, im Sinne von Patientenpräferenz und Behandlungsqualität und eines effizienten Einsatzes der Ressourcen und des knappen medizinischen Personals,
- › Verringerung der durch die Sektorengrenzen bedingten Bürokratie,
- › Angleichung der Vergütung für vergleichbare medizinische Leistungen zur Vermeidung von finanziellen Fehlanreizen zur aufwändigeren Durchführung einer Behandlung als medizinisch erforderlich,
- › Stärkung der nichtärztlichen Berufsgruppen und einer interprofessionellen Versorgung und
- › Stärkung der Primärärztinnen und Primärärzte und ihrer steuernden Funktion.





III. Empfehlungen

Wie ausgeführt, adressieren die nachfolgenden Empfehlungen vorrangig eine Überwindung der Probleme, die aus der Trennung in den vertragsärztlichen und den Krankenhausesektor, aus der Trennung in den hausärztlichen und den nicht hausärztlichen fachärztlichen Bereich sowie aus der Trennung in Behandlung durch Ärzte und nichtärztliche Berufsgruppen resultieren. Hierfür sind Veränderungen sowohl im vertragsärztlichen als auch im Krankenhausbereich erforderlich.

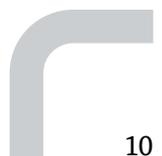
Im Folgenden werden im **ersten Teil (III.1) kurzfristig** umsetzbare Maßnahmen empfohlen, wobei zunächst auf Level Ii-Krankenhäuser (III.1.1) und dann auf weitere kurzfristige Maßnahmen (III.1.2) eingegangen wird. Im **zweiten Teil (III.2)** werden weiter reichende Empfehlungen zur Überwindung der Sektorengrenzen gegeben, die auf eine **mittel- und langfristige** Perspektive abzielen.

III.1 Kurzfristige Maßnahmen zur Überwindung der Sektorengrenzen

III.1.1 Level Ii-Krankenhäuser

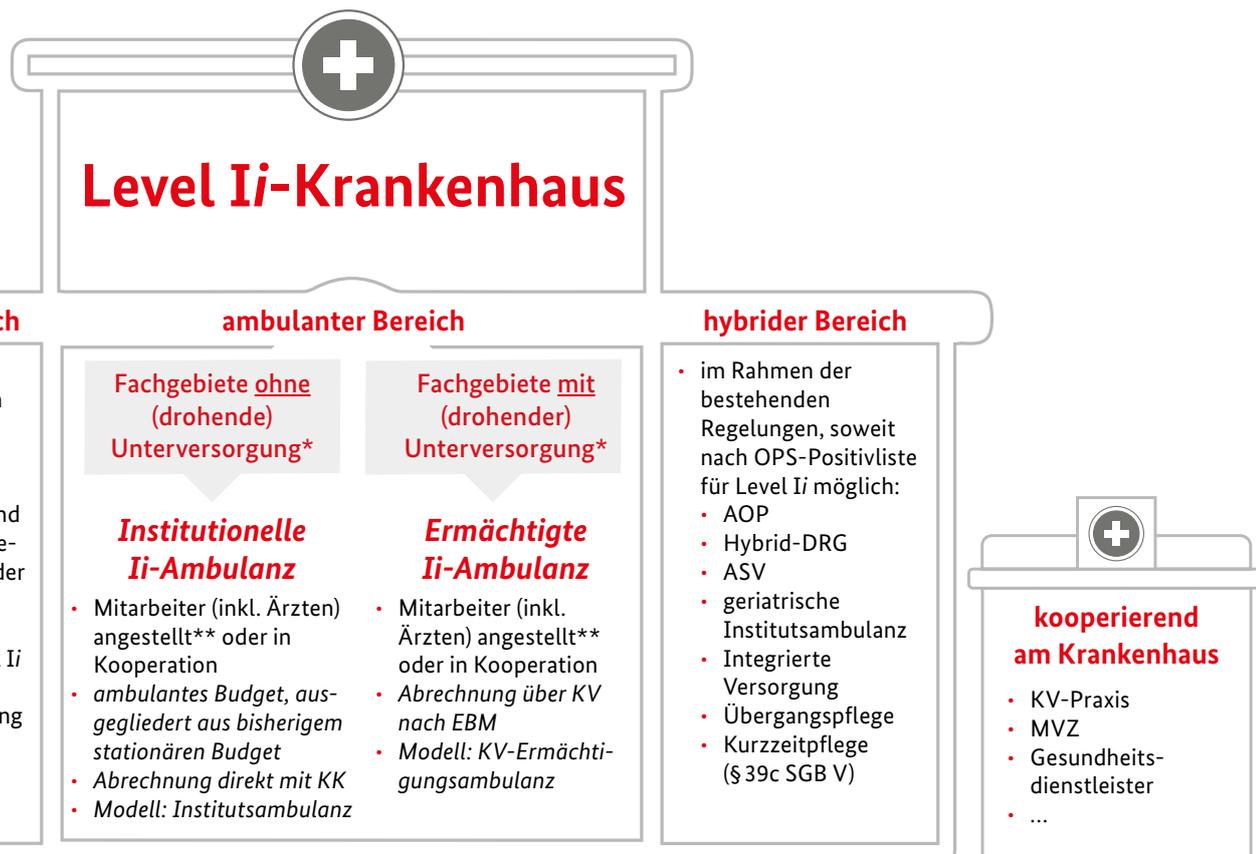
Eine wichtige Maßnahme zur weiteren Überwindung der genannten Sektoren hatte die Regierungskommission mit den Level Ii-Krankenhäusern (integrierte ambulant-stationäre Versorgung) bereits in ihrer dritten Stellungnahme vom 6.12.2022 empfohlen. Diese Empfehlung befindet sich derzeit in der politischen Umsetzung, weshalb die Regierungskommission im ersten Teil (III.1.1) dieser Stellungnahme weitere Empfehlungen zur konkreten Ausgestaltung von Level Ii-Krankenhäusern gibt.

In ihrer dritten Stellungnahme vom 6.12.2022 zur grundlegenden Reform der Krankenhausfinanzierung empfiehlt die Regierungskommission, die Krankenhäuser in Deutschland zukünftig nach einheitlichen Kriterien und Strukturvorgaben in unterschiedliche Level (Versorgungsstufen) einzuteilen. Dem Level Ii (integrierte ambulant-stationäre Versorgung) kommt hierbei eine herausragende Bedeutung zur Überwindung der Sektorengrenzen zu. Unter anderem empfiehlt die Regierungskommission, dass Krankenhäuser dieses Levels grundsätzlich ambulante und stationäre Leistungen erbringen und hierdurch regional flexibel und integrierend die Gesundheitsversorgung sicherstellen. Abbildung 3 gibt einen Überblick über die Bereiche eines Level Ii-Krankenhauses. Level Ii-Krankenhäuser sollen hierbei vorrangig ambulant behandeln und dabei auch bislang stationär erbrachte Leistungen ambulantisieren. Für die Ambulantisierung können für bestimmte medizinische Berei-





che Quoten vorgegeben werden, deren Einhaltung durch Anreize und Sanktionen gefördert werden kann, wobei es sich empfiehlt, mit moderaten Vorgaben zu beginnen und diese in Abhängigkeit von einer regelmäßigen Evaluation schrittweise zu steigern.



* festgestellt durch Landesausschuss nach Versorgungsgrad

** flexible Tätigkeit im ambulanten und stationären Bereich

➤ **Abbildung 3:**
Bereiche eines Level Ii-Krankenhauses

Zu den **Besonderheiten der Level Ii-Krankenhäuser** zählt, dass die stationären Betten in der Regel nicht Leistungsgruppen oder Fachabteilungen zugeordnet sein sollen. Zur Sicherung der Behandlungsqualität sollen von den Selbstverwaltungspartnern, z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Personal- und andere Strukturqualitätsvorgaben für Level Ii-Krankenhäuser ausgearbeitet werden. Auf die Ausarbeitung dieser Vorgaben ist aber nicht zu warten; vielmehr sollen Level Ii-Krankenhäuser bereits vor dem Vorliegen dieser Kriterien in Betrieb genommen werden. Level Ii-Krankenhäuser können durch entsprechend qualifizierte Pflegepersonen geleitet und die kontinuierliche Arztpräsenz vor Ort kann nachts durch eine Rufbereitschaft ersetzt werden.

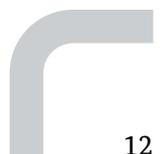




Die **Vergütung** für stationäre Behandlungen eines Level Ii-Krankenhauses soll vollständig vom DRG-System abgekoppelt und durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen sichergestellt werden, wodurch der ökonomische – und qualitativ zweifelhafte – Druck auf hohe Fallzahlen und „attraktive“ Fälle genommen wird. In ihrer dritten Stellungnahme hatte die Regierungskommission angekündigt (Seite 14), sich in einer weiteren Stellungnahme detaillierter zu den Level Ii-Krankenhäusern und zur Überwindung der Sektorengrenzen zu äußern, was mit der hier vorliegenden Stellungnahme erfolgt.

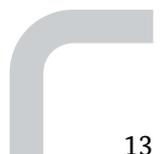
Zur Umsetzung und Ausgestaltung von Level Ii-Krankenhäusern empfiehlt die Regierungskommission:

- ▶ Level Ii-Krankenhäuser werden bezüglich ihrer **stationären** Leistungen im Rahmen der **Krankenhausplanung** von den Ländern geplant und in deren Krankenhausplänen ausgewiesen. Angesichts der hohen Zahl an Krankenhausstandorten in Deutschland sollte es sich in aller Regel nicht um Neugründungen, sondern um bereits existierende Standorte (typischerweise der Basis-Notfallversorgung oder ohne Notfallstufe) handeln.
- ▶ Damit behalten Level Ii-Krankenhäuser eine **IK-Nummer** und für ihren stationären Bereich eine **Investitionskostenfinanzierung** durch das Bundesland.
- ▶ Eine **Notaufnahme oder Rettungsstelle** betreiben Level Ii-Krankenhäuser **nicht** (entscheidendes Abgrenzungsmerkmal zu Krankenhäusern des Levels In); Akutbehandlungen und Akutaufnahmen sind aber möglich, ähnlich wie in einer Praxis in der Primärversorgung.
- ▶ Ein Vergütungsanspruch besteht – ambulant und stationär – auch, wenn die **Behandlung rein pflegerisch** durchgeführt wird. Hierfür sind die pflegerischen Kompetenzen zu erweitern und Leistungen zu definieren, die eigenständig und ohne Arztvorbehalt oder -anordnung erbracht werden können. Ein eigenes pflegerisches Leistungserbringungsrecht im SGB V ist hierfür zu schaffen. Die Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachberufe nach § 4 Pflegeberufegesetz sollten leistungsrechtlich umgesetzt werden.
- ▶ Auch für weitere Berufsgruppen soll in relevantem Umfang durch entsprechende gesetzliche Änderungen die **Delegation und Substitution diagnostischer und therapeutischer Leistungen ohne ärztlichen Vorbehalt** ermöglicht werden, soweit die Leistungen hierfür medizinisch geeignet sind.
- ▶ **Stationäre** Behandlungen in Level Ii-Krankenhäusern werden über vom InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) sachgerecht kalkulierte, **degressive Tagessätze** finanziert (s. o.; zu regeln im KHEntgG). Der Tagessatz muss auch angemessen kalkulierte Vorhaltekosten einschließlich der Kosten für das pflegerische Personal beinhalten. Als Anhaltspunkt für die verbleibende Mindesthöhe des Tagessatzes nach Ende der Degressionsphase kann der Satz für Übergangspflege dienen.





- › Der reguläre **Tagessatz** (Tagessatz 1) beinhaltet auch die Behandlung durch angestellte beschäftigte Ärztinnen und Ärzte des Level Ii-Krankenhauses. Wird die stationäre ärztliche Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) erbracht, die nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet werden, erhält das Level Ii-Krankenhaus einen reduzierten Tagessatz (Tagessatz 2).
- › Über die Festlegung des **ambulanten** Leistungsangebots eines Level Ii-Krankenhauses soll ein **regionales Planungsgremium** in Anlehnung an den erweiterten Landesausschuss nach § 90a SGB V unter Vorsitz des Bundeslandes (2 Stimmen) und unter Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen (2 Stimmen), der Landeskrankenhausesgesellschaft (1 Stimme) und der KV (1 Stimme) entscheiden. Vertreterinnen und Vertreter der beplanten Region sollten be sitzen und angehört werden. Das Planungsgremium darf aktiv auf Level Ii-Krankenhäuser zugehen. Das Planungsgremium kann eine Frist festlegen, nach der überprüft wird, ob das Level Ii-Krankenhaus weiterhin das ambulante Leistungsangebot erbringen soll oder ob dieser Auftrag entzogen wird. Diese Frist darf nicht kürzer als fünf Jahre sein, damit Investitionen und Umstrukturierungen des Krankenhauses zum Zwecke der ambulanten Leistungserbringung sinnvoll sind.
- › Für medizinische Fachgebiete (Arztgruppen), für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen **anhand des Versorgungsgrads** eine Unterversorgung festgestellt hat (d. h. Versorgungsgrad im hausärztlichen Bereich unter 75 % oder im fachärztlichen Bereich unter 50 %¹⁰), soll das Planungsgremium in aller Regel dem Level Ii-Krankenhaus einen **ambulanten Auftrag** erteilen. Die Pflicht der KV zur flächendeckenden ambulanten Versorgung darf hierdurch aber nicht infrage gestellt werden, weshalb das Level Ii-Krankenhaus zustimmen muss.
- › Die **Vergütung des ambulanten Bereichs** unterscheidet sich zwischen den medizinischen Fachgebieten (Arztgruppen) in Abhängigkeit davon, ob der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung festgestellt hat. Eine drohende Unterversorgung (zum Beispiel wegen absehbaren Ausscheidens von Ärztinnen und Ärzten aus der vertragsärztlichen Versorgung) ist gleich zu behandeln wie eine bereits bestehende Unterversorgung.
- › Für Fachgebiete mit **drohender oder bestehender Unterversorgung** (Ermächtigte Ii-Ambulanz) rechnet das Level Ii-Krankenhaus seine ambulanten Leistungen mit der zuständigen KV regulär nach dem EBM im Rahmen der Gesamtvergütung ab.





- ▶ In Fachgebieten **ohne drohende oder bestehende Unterversorgung** (Institutionelle Ii-Ambulanz) sollen insbesondere Behandlungen durchgeführt werden, die bislang stationär erbracht wurden. Das Level Ii-Krankenhaus hat für diesen ambulanten Bereich mit den Krankenkassen ein ambulantes Budget zu vereinbaren, das aus dem bisherigen stationären Budget ausgliedert wird. Für die Vergütung der ambulanten Leistungen der Institutionellen Ambulanz sollen Krankenhaus und Krankenkassen eine Regelung vereinbaren. Dies kann zum Beispiel eine Einzelleistungsabrechnung sein, beispielsweise in Anlehnung an den EBM oder das Bayerische Modell¹¹, oder eine Quartalspauschale, wie beispielsweise in den meisten Bundesländern für die psychiatrischen Institutsambulanzen etabliert.
- ▶ Alternativ zur oben skizzierten Vergütung der ambulanten und stationären Leistungen von Level Ii-Kliniken sollte geprüft werden, ob die Kliniken sich wahlweise auch für ein **Gesamtbudget** entscheiden können. Ein solches, mit den Krankenkassen auszuhandelndes Gesamtbudget würde die Vergütung für alle Behandlungsleistungen eines Level Ii-Krankenhauses innerhalb eines definierten Zeitraums – etwa eines Quartals – umfassen. Das Krankenhaus wäre dann frei, nach medizinischen Kriterien über das Setting der Behandlung zu entscheiden, was ein starker Anreiz für Ambulantisierung wäre. Zahlreiche offene Fragen wären zunächst zu klären, unter anderem, inwieweit ein Gesamtbudget mit Anreizen und Kontrollen für eine tatsächliche Leistungserbringung verknüpft werden kann. Letzteres beinhaltet auch die Festlegung und Überprüfung von Qualitätskriterien, vorzugsweise bezogen auf die Ergebnisqualität.
- ▶ Level Ii-Krankenhäuser können ihre **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** flexibel für ambulante und stationäre Aufgaben einsetzen.
- ▶ Die Kooperation von Level Ii-Krankenhäusern mit **Belegärztinnen und -ärzten** ist sinnvoll und zu fördern (siehe unten).
- ▶ Vielerorts wird es sinnvoll sein, Level Ii-Krankenhäuser durch die Integration weiterer Gesundheitsangebote zu **umfassenden ambulant-stationären Gesundheitszentren** für die Region auszubauen (**hybrider Bereich**). Hierbei ist unter anderem zu denken an Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V, Belegärztinnen und -ärzte (s. o.), Übergangspflege nach § 39e SGB V, Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V und ambulante Rehabilitation.
- ▶ Level Ii-Krankenhäuser dienen der Grundversorgung der Bevölkerung. Besonders komplexe Untersuchungen und Behandlungen (Prozeduren) bleiben Krankenhäusern höherer Level vorbehalten. Nach Qualitätskriterien sollte daher eine **Positivliste** der an Level Ii-Krankenhäusern erbringbaren Leistungen erstellt werden, zum Beispiel anhand von OPS-Codes. Für die Erstellung der Liste kommen insbesondere die Selbstverwaltungspartner in Betracht, die die Liste auch regelmäßig

¹¹ Modell zur Vergütung der Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen (PIA) in einigen Bundesländern; vgl. achte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission.





weiterentwickeln sollten. Für den Fall der Nichteinigung ist eine Schiedsstelle und die Möglichkeit der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit vorzusehen.

- › Level Ii-Krankenhäuser sollen sich regelhaft mit Krankenhäusern höherer Level **telemedizinisch** vernetzen. Die Krankenhäuser höherer Level sollen für alle Patientinnen und Patienten engmaschig telemedizinisch zur Verfügung stehen und nicht nur für diejenigen, die von ihnen in ein Level Ii-Krankenhaus verlegt wurden.
- › Daneben können **am Standort** eines Level Ii-Krankenhauses außerhalb der eigentlichen Institution sinnvollerweise Apotheken, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder MVZ, Gesundheitskioske, Sanitätshäuser, Gesundheitsberufe und Gesundheitsdienstleister (z. B. Ernährungsberatung, Physiotherapie, Ergotherapie, Hebammenpraxis, Psychotherapie, medizinische Fußpflege) **angesiedelt** werden. Rahmenvereinbarungen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 115 Abs. 2 Nr. 5 SGB V sind möglich. Auch die Ansiedlung einer Pflegeeinrichtung nach SGB XI ist sinnvoll. Level Ii-Krankenhäusern wird empfohlen, eine zentrale Anlaufstelle einzurichten, die die Patientinnen und Patienten der adäquaten Stelle innerhalb des Krankenhauses zuweist.

III.1.2 Weitere kurzfristige Maßnahmen

(über Level Ii-Krankenhäuser hinaus)

Im ersten Abschnitt dieser Stellungnahme wurden die vielfältigen Regelungen im SGB V zur Aufweichung der Sektorengrenzen benannt. Die mittel- und langfristigen Reformen (siehe unten, III.2) sollten damit einhergehen, Sinn und Zweck dieser Regelungen zu überprüfen und diese zu vereinfachen und zusammenzuführen. Zunächst ist jedoch zu empfehlen, auf einigen dieser existierenden Regelungen aufzubauen, um bereits kurzfristig den aus den Sektorentrennungen resultierenden Problemen entgegenzuwirken:

- › Wie oben dargelegt, gehört die **ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV, § 116b SGB V)** zu den wenigen von ihrer Konzeption her wirklich sektorunabhängigen Optionen im SGB V. In der Breite hat die ASV aber eine verschwindende Bedeutung, was auf die Begrenzung auf wenige, im SGB V einzeln benannte Erkrankungen, hohe administrative und bürokratische Hürden, zeitliche Befristung und eine zumindest von den Krankenhäusern als unattraktiv angesehene Vergütung zurückgeführt wird. Solange keine allgemeineren Möglichkeiten der sektorübergreifenden ambulanten Behandlung – wie in dieser Stellungnahme empfohlen – etabliert sind, empfiehlt die Regierungskommission, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung auszuweiten, durch Identifikation und Abbau der Hürden und durch Erweiterung der Indikationen.





- › **Institutsambulanzen**, wie sie insbesondere an psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken weitgehend flächendeckend etabliert sind,¹² bieten eine bewährte Möglichkeit der sektorenübergreifenden Versorgung für Krankenhäuser und tragen in den Fächern Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie in relevantem Umfang zur ambulanten Versorgung bei. Die Regierungskommission empfiehlt, die Möglichkeit von Institutsambulanzen nach dem Vorbild der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA; § 118 SGB V) auf weitere Fächer auszuweiten (vgl. auch sechste Stellungnahme der Regierungskommission zur Reform der Kinder- und Jugendmedizin). Wie auch im psychiatrischen Bereich sind die Institutsambulanzen auf Patientinnen und Patienten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind (vgl. § 118 SGB V). Bei Unterversorgung soll es möglich sein, den Kreis der potenziellen Patientinnen und Patienten zu erweitern oder die Begrenzung ganz aufzugeben. Geeignete Maßnahmen, die einer unregulierten Leistungsausweitung entgegenwirken, sind parallel zu etablieren.
- › Die Regierungskommission empfiehlt eine rasche Weiterentwicklung und Ausweitung von **Hybrid-DRGs**, wie sie mit § 115f SGB V im Rahmen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (spezielle sektorengleiche Vergütung) erstmals eingeführt wurden.
- › Um die Sektorengrenzen aus beiden Richtungen zu überwinden, ist das **Belegarztsystem**, das in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung verloren hat, zu stärken, das heißt, unter Beteiligung des Bundesverbands der Belegärzte und Belegkrankenhäuser und anderer kompetenter Verbände und Institutionen sollen Hürden identifiziert und dann abgebaut sowie Anreize geschaffen werden.

III.2 Mittel- und langfristige Maßnahmen zur Überwindung der Sektorengrenzen

Die nachfolgenden Empfehlungen gelten über Level Ii-Krankenhäuser hinaus.

- › Die **gemeinsame Planung** der ambulanten und stationären Versorgung durch ein **regionales Planungsgremium** ist für alle Regionen und Krankenhäuser aller Level sinnvoll, da eine echte Überwindung der Sektorengrenzen an eine sektorenübergreifende harmonisierte Planung geknüpft ist. Eine solche Planung ist derzeit dadurch behindert, dass das Krankenhausplanungsrecht zur Gesetzgebungskompetenz der Länder gehört, während der Bund für das vertragsärztliche Planungsrecht zuständig ist; auch der

¹² Daneben ermöglicht § 118a SGB V auch geriatrische Institutsambulanzen. Diese sind aber nicht flächendeckend verfügbar und daran gekoppelt, dass die Versorgung ansonsten nicht sichergestellt ist.





Vollzug ist getrennt (Krankenhausplanung: oberste Landesbehörden; vertragsärztliche Planung: Kassenärztliche Vereinigungen). Als Zukunftsmodell empfiehlt die Regierungskommission, paritätisch besetzte Gremien – zum Beispiel in Anlehnung an einen erweiterten Landesausschuss nach § 90a/116b SGB V – zu schaffen, die sektorenverbindend die ambulante und die stationäre Versorgung eines Bundeslandes oder einer Region planen. Eine derartige gemeinsame Planung ist insbesondere für den nicht hausärztlichen Facharztbereich (gemäß § 73 Abs. 1a S. 2 SGB V) sinnvoll. Bei drohender oder eingetretener Unterversorgung sollte aber auch der hausärztliche Bereich durch das Gremium gemeinsam geplant werden können.

Soweit die gemeinsame Planung durch das genannte Planungsgremium nur ambulante Behandlungen betrifft (unabhängig davon, ob sie vom vertragsärztlichen oder vom Krankenhaussektor erbracht werden), hat der Bund die **Regelungskompetenz** und damit die Möglichkeit, ein derartiges Planungsgremium einzusetzen, da die Planungshoheit der Länder nur den stationären Bereich umfasst. Noch zielführender ist es, wenn das Planungsgremium gemeinsam die ambulanten und stationären Behandlungen plant. Hierfür wäre es allerdings erforderlich, dass die im Grundgesetz geregelte Kompetenzverteilung angepasst wird. Wie bereits für die Level II-Krankenhäuser ausgeführt, wird empfohlen, dass das Gremium unter Landesvorsitz steht. Dieses Gremium muss per Mehrheitsentscheidung die Kompetenz besitzen, auch Krankenhäuser für die ambulante Versorgung in den betroffenen medizinischen Fächern zu ermächtigen, insbesondere bei festgestellter oder drohender Unterversorgung. Die Krankenhäuser wären dann für diese Fächer als Institutionen ermächtigt und nicht personengebunden einzelne Krankenhausärztinnen und -ärzte. Vergütungsgrundlage für die ambulanten Tätigkeiten der Krankenhäuser wäre der EBM. G-BA- und andere bundeseinheitliche Vorgaben für den ambulanten Bereich sollen ihre Gültigkeit behalten.

- › Die in Deutschland in den letzten über hundert Jahren gewachsenen Strukturen tragen bislang die ambulante und stationäre Versorgung der Bevölkerung. Angesichts des wachsenden Versorgungsbedarfs der stetig älter werdenden Bevölkerung, des sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels und der zukünftigen Kostensteigerungen aufgrund des weiteren Fortschritts der Medizin scheint es aber fraglich, für welchen Zeitraum die als „**doppelte Facharztschiene**“ bezeichnete zweifache fachärztliche Vorhaltung außerhalb der hausärztlichen Versorgung (im Sinne von § 73 SGB V) aufrechterhalten werden kann.

In den allermeisten Gesundheitssystemen der Welt sind rein ambulant und losgelöst von Krankenhäusern arbeitende Arztpraxen auf den primärärztlichen Bereich beschränkt. Als **Primärärzte** werden hierbei international zumeist die Ärztinnen und Ärzte verstanden, die wohnort-





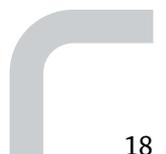
nah und ohne Überweisung tätig werden und ihrerseits bei Bedarf an Spezialistinnen und Spezialisten oder Krankenhäuser überweisen können. Die Primärärzte umfassen zumeist die Hausärzte (in Deutschland: praktische Ärzte, Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten) sowie Pädiater, darüber hinaus zum Teil auch Gynäkologen und Psychiater. Alle anderen Fachärztinnen und Fachärzte arbeiten in den meisten Ländern sowohl ambulant als auch stationär an Krankenhäusern.

Die Regierungskommission regt an zu prüfen, ob und wenn ja in welcher Weise langfristig die doppelte Facharztschiene in Deutschland überwunden werden kann mit dem Ziel, dass nicht primärärztliche Fachärztinnen und Fachärzte nur noch an oder in Kooperation mit Krankenhäusern (inkl. Level II) tätig sind. Für eine derartige Koppelung von Krankenhäusern und nicht primärärztlichen Fachärztinnen und Fachärzten sind verschiedene Modelle denkbar, sodass beide Seiten von der Kooperation profitieren und auch weiterhin eine selbstständige Facharztstätigkeit möglich ist. Auch wird nicht in allen Fällen eine ausschließliche Tätigkeit der Fachärztinnen und Fachärzte auf dem Krankenhauscampus sinnvoll sein.

- Durch eine kluge Reduktion der doppelten Facharztvorhaltung würde eine sektorenverbindende Versorgung deutlich befördert, und vorhandene Strukturen würden effizienter genutzt. Im Gegenzug erscheint es sinnvoll, das **Primärarztsystem** auszubauen und ihm eine stärkere steuernde Funktion zuzuweisen, einschließlich der Kompetenz obligater Ein- oder Überweisungen in stationäre oder nicht hausärztliche Behandlung. Ein Ausbau des Primärarztsystems sollte mit finanziellen Anreizen für eine derartige Tätigkeit einhergehen. Ein gestärktes Primärarztsystem bietet ferner exzellente Möglichkeiten für eine hochqualitative hausärztliche Weiterbildung. Attraktive Rahmenbedingungen hierfür sollten in diesem Kontext geschaffen werden.

Die positiven Erfahrungen mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV, § 73b SGB V) sollten für den Ausbau genutzt werden. Die HZV basiert auf einem freiwilligen Einschreibesystem. Bei der weiteren Stärkung des Primärarzbereichs ist abzuwägen, ob diese weiterhin auf der Basis von Freiwilligkeit und Anreizen für die Patientinnen und Patienten erreicht werden soll oder ob eine primärärztliche Steuerung als allgemeiner Grundsatz eines durch eine Solidargemeinschaft finanzierten Gesundheitssystems anzustreben ist. Letzteres würde eine Einschränkung der freien Arztwahl mit sich bringen, wobei die Wahl des Primärarztes oder der Primärärztin frei bleiben sollte und zu berücksichtigen ist, dass auch im gegenwärtigen System eine Behandlung im Krankenhaus eine Einweisung erfordert und im Krankenhaus keine freie Wahl der Arztperson besteht.

Ziel sollte sein, dass die Primärärztinnen und -ärzte die tragende Säule der ambulanten Versorgung der Bevölkerung sind.





- › Die eingangs genannte Trennung der Gesundheitsversorgung in den **ärztlichen und den nichtärztlichen Sektor** wirft mit dem sich zuspitzenden Fachkräftemangel immer größere Probleme auf. Für die sichere und wohnortnahe Gesundheitsversorgung als Daseinsvorsorge, insbesondere für eine alternde Bevölkerung, ist eine interprofessionelle Versorgung erforderlich. Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige der Gesundheitsberufe sollten hierbei gemeinsam sowohl in der Prävention und Gesundheitsförderung (Salutogenese) als auch in der Heilung und Rehabilitation tätig sein. Die Gesundheitsversorgung muss interprofessionell und damit umfassender definiert, organisiert und sichergestellt werden.

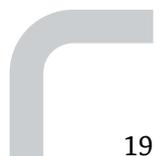
Sinnvoll ist es, eine flächendeckende Versorgung durch **angemessen qualifizierte Pflegefachpersonen** (z. B. Advanced Nurse Practitioner) aufzubauen, die in enger Kooperation mit den Primärärztinnen und -ärzten – aber selbständig und unabhängig sowie ohne Arztvorbehalt – die wohnortnahe therapeutische Versorgung insbesondere chronisch kranker Menschen übernehmen. Hierfür sind die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, einschließlich der vergütungsrechtlichen. Auch die Versorgungssteuerung kann interprofessionell oder rein pflegerisch erfolgen.

- › Eine echte sektorenverbindende Versorgung ergibt sich, wenn Gesundheitseinrichtungen oder Netzwerke von Gesundheitseinrichtungen Versorgungsaufträge für bestimmte Regionen oder Bevölkerungsgruppen erhalten und hierfür mit einem bevölkerungsbezogen ermittelten **Regionalbudget** finanziert werden. Bei einem Netzwerk könnte eine Managementgesellschaft die Verteilung des Budgets auf die verschiedenen Leistungserbringer übernehmen. Da bei einem Regionalbudget keine leistungsabhängige Vergütung erfolgt, werden andere Wettbewerbselemente benötigt, und es sollten Mengen- und Qualitätsziele vereinbart werden, die nachhaltig die Versorgung der Bevölkerung und die wirtschaftliche Sicherung der Gesundheitseinrichtungen ermöglichen. Das Erreichen der Ziele muss überprüft werden.

In einer so gestalteten Gesundheitsversorgung würden sich besondere Möglichkeiten für eine interprofessionelle und arztunabhängige Versorgung ergeben. Regionalbudgets setzen ferner einen starken Anreiz für präventives Handeln in der Region bis hin zu aufsuchenden präventiven Maßnahmen.

Im Fach Psychiatrie wurden zahlreiche derartige Projekte als Modellvorhaben erprobt (§ 64b SGB V) und überwiegend positiv evaluiert¹³ (vgl. auch die achte Stellungnahme der Regierungskommission zu den Psych-Fächern). In der Regel waren diese Modellversuche allerdings noch ohne Einbezug des KV-Bereichs. Die Regierungskommission empfiehlt,

13 Baum F, Schoffer O, Neumann A, Seifert M, Kliemt R, March S, Swart E, Häckl D, Pfennig A, Schmitt J. Effectiveness of Global Treatment Budgets for Patients with Mental Disorders – Claims Data Based Meta-Analysis of 13 Controlled Studies from Germany. Front. Psychiatry 11:131. doi: 10.3389/fpsy.2020.00131.





Konzepte zu erarbeiten, die langfristig in allen medizinischen Fächern oder Leistungsgruppen eine echte sektorenverbindende Versorgung auf der Basis einer bevölkerungsbezogenen Vergütung etablieren.

Für die Einführung von Regionalbudgets bietet sich zunächst insbesondere der ländliche Raum mit einer überschaubaren Anzahl von Leistungserbringern an. Für einen ersten Schritt in Richtung **Regionalbudgets** kann ferner an eine **Verknüpfung mit** dem oben erwähnten **Primärarztssystem** gedacht werden. Wie bei der HZV würden sich die Einwohnerinnen und Einwohner freiwillig bei einem frei wählbaren Primärarzt einschreiben, der im Gegenzug ein festes Budget für den Patienten bzw. die Patientin erhalten würde. Ein Wechsel des Primärarztes sollte mit kurzer Frist möglich sein, um einen Anreiz für eine bestmögliche Versorgungsqualität zu setzen. Das feste Budget wiederum wäre ein Anreiz für eine effiziente Nutzung der Ressourcen, zum Beispiel einen Verzicht auf nicht evidenzbasierte Kontroll- oder Doppeluntersuchungen.



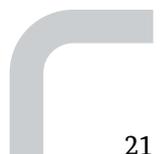
Diese Stellungnahme und Empfehlung ist im Internet abrufbar unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-ueberwindung-der-sektorengrenzen.pdf

Diese Stellungnahme und Empfehlung wurde von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung einstimmig verabschiedet.

**Mitglieder der Regierungskommission
sind (in alphabetischer Reihenfolge):**

Prof. Dr. Boris Augurzky
Prof. Dr. Tom Bschor
Prof. Dr. Reinhard Busse
Prof. Dr. Jörg Dötsch
Michaela Evans
Prof. Dr. Dagmar Felix
Irmtraud Gürkan
Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Prof. Dr. Martina Hasseler
Prof. Dr. Stefan Huster
Prof. Dr. Christian Karagiannidis
Prof. Dr. Thorsten Kingreen
Prof. Dr. Heyo Kroemer
Prof. Dr. Laura Münkler
Prof. Dr. Jochen Schmitt
Prof. Dr. Rajan Somasundaram
Prof. Dr. Leonie Sundmacher





Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung



Impressum

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Leiter und Koordinator:

Prof. Dr. med. Tom Bschor
c/o Bundesministerium für Gesundheit
Mauerstraße 29, 10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin
Krankenhauskommission@bmg.bund.de

Veröffentlichung: 3. Mai 2024

