

Hüer, Theresa et al.

Working Paper

Sektorübergreifende Planung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen

IBES Diskussionsbeitrag, No. 238

Provided in Cooperation with:

University of Duisburg-Essen, Institute of Business and Economic Studie (IBES)

Suggested Citation: Hüer, Theresa et al. (2023) : Sektorübergreifende Planung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen, IBES Diskussionsbeitrag, No. 238, Universität Duisburg-Essen, Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES), Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/280431>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft

Nr. 238

Dezember 2023

Sektorübergreifende Planung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen

Theresa Hüer M.A.
Dr. Anke Walendzik
Dr. Adam Pilny
Prof. Dr. Florian Buchner
Lara Kleinschmidt M.Sc.
Prof. Dr. Jürgen Wasem
Prof. Dr. Boris Augurzky

IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Nr. 238

Dezember 2023

Sektorübergreifende Planung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen

Diese Studie wurde finanziell durch den Verband der Ersatzkassen
(vdek) unterstützt und als wissenschaftlicher Debattenbeitrag
unabhängig von den Positionen der Ersatzkassen erstellt.

Theresa Hüer M.A. (theresa.hueer@medman.uni-due.de)
Dr. Anke Walendzik (anke.walendzik@esfomed.de)
Dr. Adam Pilny (adam.pilny@hcb-institute.de)
Prof. Dr. Florian Buchner (f.buchner@fh-kaernten.at)
Lara Kleinschmidt M.Sc. (lara.kleinschmidt@medman.uni-due.de)
Prof. Dr. Jürgen Wasem (juergen.wasem@medman.uni-due.de)
Prof. Dr. Boris Augurzky (Boris.Augurzky@hcb-institute.de)



Impressum: Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES)
Universität Duisburg-Essen
Universitätsstraße 12
45141 Essen
E-Mail: IBES-Diskussionsbeitrag@medman.uni-due.de

Disclaimer

Dieses Papier hat den Anspruch, komplexe Zusammenhänge in einfacher und verständlicher Sprache darzustellen. Es lehnt sich daher an die gesprochene Sprache an und verzichtet auf eine wiederkehrende explizite Nennung weiblicher, männlicher und anderer Geschlechteridentitäten bei personenbezogenen Begriffen.

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	1
1 Problemstellung	6
2 Methodische Vorgehensweise	7
3 Begriffsbestimmung.....	8
4 Versorgungsplanung im Status quo.....	11
4.1. Ambulante Bedarfsplanung.....	11
4.2. Krankenhausplanung	14
5 Leistungsbereiche einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung.....	15
6 Herausforderungen einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung	20
7 Modell einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung.....	21
7.1. Vorbereitungsphase	22
7.2. Phase I: Sektorenübergreifendes Monitoring	27
7.3. Phase 2: Sektorenübergreifende Versorgungsplanung.....	31
7.3.1 Variante A: Erweiterung des Umfangs der ambulanten Bedarfsplanungs-Richtlinie.....	31
7.3.2 Variante B: Ausschreibung von Leistungspaketen	32
7.3.3 Variante Y: Kombination der Varianten A und B.....	33
8 Limitationen.....	34
9 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen.....	34
Literatur- und Rechtsnormenverzeichnis.....	36

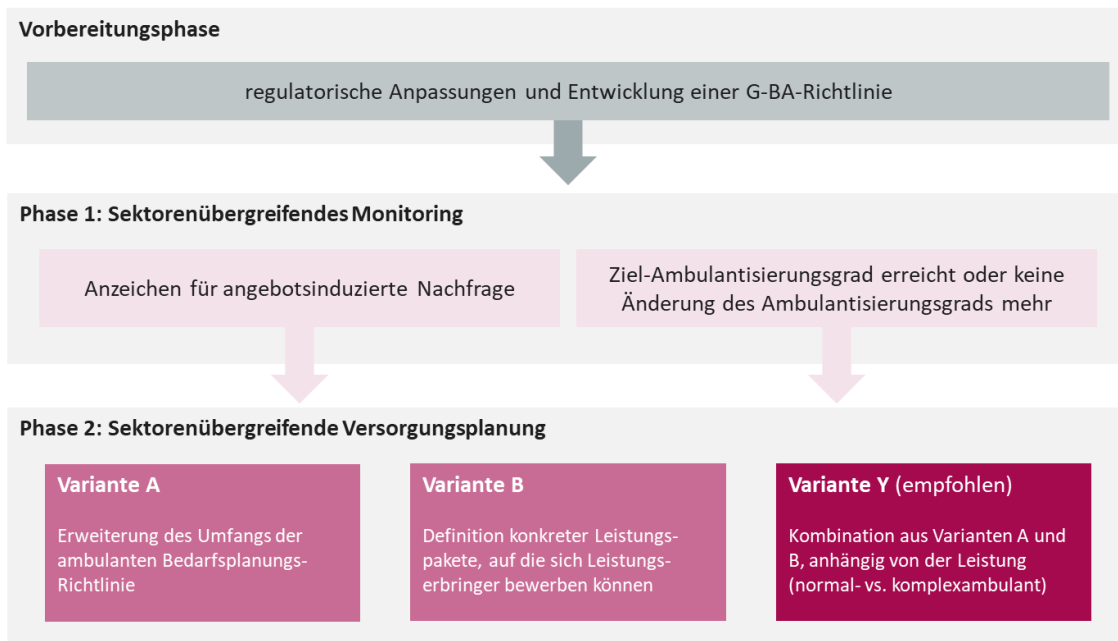
Executive Summary

1. Eine stärkere Ambulantisierung der Versorgung wird politisch angestrebt. In der Konsequenz werden Leistungsbereiche zukünftig zunehmend „sektorenübergreifend“ sowohl von Krankenhäusern als auch von Vertragsärzten und medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erbracht. Damit stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit von Anpassungen von ambulanter vertragsärztlicher Bedarfsplanung und Krankenhausplanung sowie nach einer möglichen eigenen „sektorenübergreifenden“ Versorgungsplanung. Mit diesen auf die Planungssysteme bezogenen Fragen befasst sich die vorliegende Studie. Aspekte der sektorenübergreifenden Vergütung werden demgegenüber ebenso wie die Thematik der Qualitätssicherung nicht behandelt.
2. Zunächst werden die aktuell getrennten Planungssysteme im Krankenhaus- sowie vertragsärztlichen Sektor soweit dargestellt, wie dies für die Analyse der sektorenübergreifenden Fragestellungen erforderlich ist. Die Überlegungen zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung wurden u.a. in einer Serie von Experteninterviews geschärft, während eine national wie international ausgerichtete Literaturrecherche wenig ergiebig war. Daher entwickelt das Projekt einen eigenen Ansatz für die Berücksichtigung zunehmender sektorenübergreifender Versorgungsleistungen im Planungssystem.
3. Ein Einschluss aller bisher an der ambulant-stationären Schnittstelle erbrachten Leistungsbereiche in einen sektorenübergreifenden Planungsansatz ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht praktikabel. Die Studie erachtet es vielmehr als sinnvoll, fachärztlich ambulante und ambulant erbringbare Leistungen, die im Kollektivvertragssystem sowohl von Vertragsärzten als auch Krankenhausärzten grundsätzlich erbracht werden dürfen, einzubeziehen, sofern keine sachlichen oder patientenindividuellen Kontextfaktoren für eine ausschließlich stationäre Versorgung vorliegen. Die Prüfung und Zuordnung der infrage kommenden Leistungen sollte dem G-BA obliegen.
4. Ein zentrales Ziel von Planungssystemen im deutschen Gesundheitssystem ist die Begrenzung des Umfangs der Leistungserbringung, sei es über Kapazitätsbegrenzungen oder über eine Begrenzung erbringbarer Mengen, um nicht bedarfsgerechte Leistungsausweitungen (angebotsinduzierte Nachfrage) zu beschränken und Impulse zu einer bedarfsgerechten regionalen Verteilung des Leistungsangebots zu setzen. Des Weiteren geht es um die Sicherung von Qualitätsanforderungen. Die Entwicklung eines Planungssystems für den sektorenübergreifenden Leistungsbereich stößt insoweit – zumindest in der kurzen Frist – schnell an Grenzen. Denn die versorgungspolitisch gewünschte Ambulantisierung im Sinne der Verlagerung von Leistungen aus der stationären in die ambulante Versorgung führt notwendigerweise zunächst zu einer Vermehrung der ambulant erbrachten Leistungen. Eine frühzeitige explizite Begrenzung des Umfangs der Leistungserbringung in diesem Bereich durch Planungsansätze könnte diesen gewollten Prozess ausbremsen. Zudem gilt es, den ebenfalls gewünschten Kosteneffektivitäts-Wettbewerb um die (neuen) ambulant erbringbaren Leistungen zwischen vertragsärztlichem und Krankenhaussektor, der über entsprechende Vergütungsanreize erreicht werden soll, nicht zu behindern. Gleichwohl ist es im Ambulantisierungsprozess zu vermeiden, dass zwar zusätzliche Leistungen ambulant erbracht werden, aber die stationär erbrachten Leistungen in den entsprechenden Leistungsbereichen auf gleichem oder nur geringfügig niedrigerem Niveau bleiben. Insofern ist eine Berücksichtigung des Ambulantisierungsprozesses bei der Krankenhausplanung in Gestalt einer entspre-

chenden Bereinigung um ambulantisierte Leistungen unabdingbar. Eine länderübergreifende Vergleichbarkeit und Kompatibilität zu empirischen Methodiken (z.B. aus der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen) sollte angestrebt werden.

5. Vor dem Hintergrund der genannten Herausforderungen wird in dieser Studie ein mehrschrittiges Modell entwickelt und zur Umsetzung vorgeschlagen. Es besteht zunächst aus einer konzeptionellen Vorbereitungsphase. Daran schließt sich eine Phase des initialen sektorenübergreifenden Monitorings an (Phase 1). Anschließend erfolgt (in Phase 2) die eigentliche sektorenübergreifende Planung; hierfür werden drei Varianten (A, B und Y) vorgeschlagen. Abbildung ES 1 stellt die beiden Phasen sowie die Vorbereitungsphase schematisch dar.

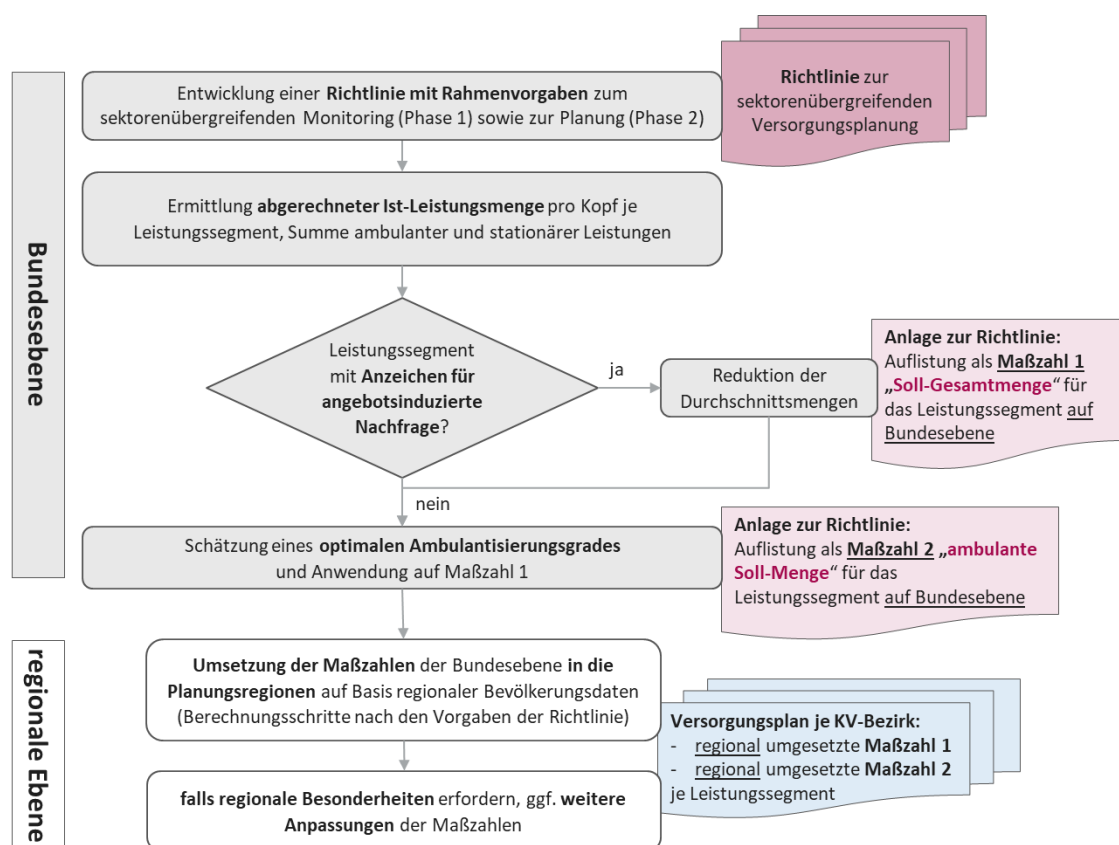
Abbildung ES 1: Sektorenübergreifende Versorgungsplanung



Quelle: eigene Darstellung

6. Voraussetzung sowohl für ein systematisches Leistungsmonitoring als auch für das anschließende Planungssystem ist die Entwicklung von Soll-Maßzahlen für die angestrebten Leistungsmengen in den Leistungssegmenten. Dafür ist sowohl die bedarfsgerechte Gesamtmenge ambulant und stationär erbrachter Leistungen („Maßzahl 1“) als auch – über den angestrebten Ambulantisierungsgrad – die ambulante Sollmenge („Maßzahl 2“) zu ermitteln, um diese anschließend in den Regionen anzuwenden. Es ist eine umfassende Analyse des Status quo der Leistungserbringung in den für die sektorenübergreifende ambulante Leistungserbringung vorgesehenen Leistungssegmenten erforderlich, so dass sich Soll und Ist jeweils gegenüberstellen lassen. Schließlich sind Vorgaben zu machen, wann je Leistungssegment in den Planungsregionen der Übergang von Phase 1 (Leistungsmonitoring) in Phase 2 (Leistungsplanung) stattfinden soll. Aufgabe der Vorbereitungsphase ist es insbesondere, hierfür auf der Bundesebene die notwendigen konzeptionellen und empirischen Grundlagen und Regulierungen zu erarbeiten und die Übersetzung auf die regionale Ebene vorzubereiten. Abbildung ES 2 veranschaulicht den Prozess der Ermittlung der Soll-Maßzahlen.

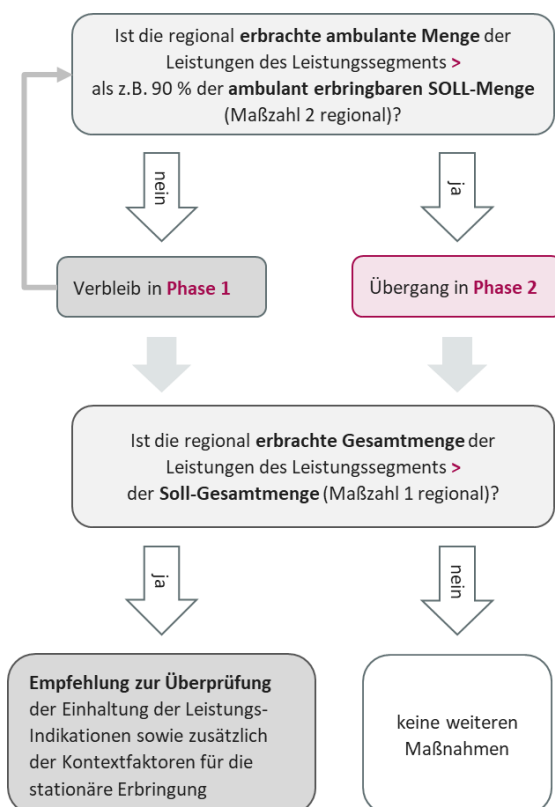
Abbildung ES 2: Prozess in der Vorbereitungsphase



Quelle: eigene Darstellung

- Die Studie schlägt hinsichtlich der institutionellen Zuständigkeiten vor, eine Kompetenz des G-BA für eine Richtlinie zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung festzuschreiben. Die benannten konzeptionellen, empirischen und regulativen Vorarbeiten sollten auch vom G-BA durchgeführt werden. Dabei wird auch zu prüfen sein, welche regionalen Abgrenzungen sinnvoll und inwieweit regionale Vergleiche geeignet sind. Die regionale Umsetzung könnte auf KV-Ebene durch die KVen und die Landeskrankengesellschaften im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, analog zur Vorgehensweise in der ambulanten Bedarfsplanung, erfolgen; eine Schiedslösung könnte beim erweiterten Landesausschuss angesiedelt werden.
- An die Vorbereitungsphase schließt sich das regionale sektorenübergreifende Monitoring (Phase I) an. Ziel ist es, den Ambulantisierungsprozess zu begleiten und zu veranlassen, dass in seinem Verlauf schon bestehende Überversorgung (etwa aufgrund angebotsorientierter Nachfrage) korrigiert und neu entstehende Überversorgung verhindert wird. Die regionalen Maßzahlen dienen hier als Maßstab und dazu, den Zeitpunkt für den Übergang in Phase 2, die sektorenübergreifende Versorgungsplanung, zu bestimmen. Gleichzeitig sind die Maßzahlen Indikatoren dafür, Anpassungen z.B. in der Krankenhausplanung einzuleiten. Abbildung ES 3 zeigt einen exemplarischen Ablauf des Monitorings je Periode.

Abbildung ES 3: Prozess im sektorenübergreifenden Monitoring



Quelle: eigene Darstellung

9. Die in Phase I identifizierten Leistungssegmente, bei denen der festgelegte Anteil der ambulanten Soll-Menge in einer Region erreicht wurde, gehen in Phase 2, für unterschiedliche Leistungssegmente ggfs. zu verschiedenen Zeitpunkten, in eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung über. Dafür schlägt die Studie drei Varianten vor.
10. Variante A der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung erweitert den Umfang der ambulanten Bedarfsplanung. Leistungen aus dem sektorenübergreifenden Leistungsbereich werden hierbei in das bisher mit der ambulanten Bedarfsplanung geplante Leistungsvolumen überführt. Insoweit bedarf es keines eigenständigen, zusätzlichen Planungssystems für die sektorenübergreifenden Leistungen. Da in der ambulanten Bedarfsplanung keine Leistungsmengen, sondern „Arztköpfe“ durch den Hebel der Zulassung geplant werden, muss in dieser Variante zunächst eine Umrechnung der überführten Leistungen in ärztliche Vollzeitäquivalente erfolgen. Dies geschieht durch eine Umrechnung der Zeiten für die Erbringung der entsprechenden Leistungsmenge in Arztstunden und -minuten und darauf aufbauend in ärztliche Vollzeitäquivalente. Die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA muss dann entsprechend modifiziert werden. Die in der sektorenübergreifenden Versorgung erbrachten Leistungen sind nicht nur bei der ambulanten Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Vielmehr ist es auch notwendig, solche Leistungen, die nunmehr nicht mehr stationär, sondern ambulant erbracht werden, bei der Krankenhausplanung zu beachten. Hier sind die Leistungen entsprechend in nicht mehr notwendige Betten umzurechnen. Dies ist Aufgabe der jeweiligen Landesbehörden.
11. In Variante B werden die ermittelten Bedarfe in einer Region zu passenden Leistungspaketen gebündelt und zu festen Preisen ausgeschrieben. Durch den in einem solchen Ausschrei-

bungsmodell ausgelösten Wettbewerb sollte ein vorteilhaftes Kosten-Nutzen-Verhältnis in dem sektorenübergreifenden Leistungssegment erreicht werden. Die Kriterien für die Zuschlagserteilung (z.B. Wirtschaftlichkeitsaspekte, Qualität, wo sachgerecht: Vorhalten eines professionsübergreifenden Teams) sollten bereits in der Vorbereitungsphase durch den G-BA entwickelt und in der Richtlinie zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung verankert werden. Auf der Landesebene könnten die erweiterten Landesausschüsse mit der Umsetzung der Ausschreibungen betraut werden. Auf die Ausschreibungen können sich alle Leistungserbringer bewerben, die zur Erbringung der Leistungen in der entsprechenden Region die notwendigen Voraussetzungen mitbringen. Ambulante Bedarfsplanung und Krankenhausplanung sind bezüglich der nunmehr über Ausschreibungen vergebenen Leistungen zu bereinigen.

12. Variante Y verbindet die Varianten A und B. Denn die beiden Varianten A und B sind nicht gleichermaßen für alle Leistungen geeignet. Alternative A ist eher für nichtkomplexe Leistungen, die insbesondere kein interprofessionelles Team mit nichtärztlichen Leistungserbringern bei der Leistungserbringung benötigen, geeignet. Variante B kann zwar ebenfalls solche Leistungen abbilden. Allerdings stellt sich die Frage, ob dafür ein umfassendes Ausschreibungsgeschehen für ein breites Leistungsspektrum angemessen ist. Anders als in Variante A sind in Variante B auch Leistungen gut abbildbar, die professionsübergreifend konzipiert sind und für die eine Berücksichtigung in einem Planungssystem den regionalen Zugang zu diesen Leistungen verbessern könnte. In Variante Y würde daher die Erweiterung des Umfangs der ambulanten Bedarfsplanung für weniger komplexe Leistungen vorgesehen. Dagegen würden komplexe Leistungen im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens in die Versorgung einbezogen. Die genaue Abgrenzung bedürfte einer empirischen Untersuchung, die im Rahmen dieser Studie nicht geleistet werden kann. Mit der Vergabe einer entsprechenden empirischen Untersuchung könnten GKV-SV, KBV und DKG oder der G-BA beauftragt werden.
13. Für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung ist die Implementierung von Variante Y zu empfehlen. Sie verbindet die Vorzüge der Varianten A und B, indem sie den unterschiedlichen Anforderungen und Eigenarten der Leistungserbringung gerecht wird.

1 Problemstellung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen, zu denen insbesondere der demografische Wandel, die dadurch hervorgerufene Fachkräfteknappheit und die Auswirkungen globaler Veränderungen (Coronapandemie, Ukraine-Krieg, Klimawandel) gehören. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Hebung von Effizienzreserven bei Wahrung oder möglichst Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung an Bedeutung. Eine stärkere Ambulantisierung der Versorgung wird als ein wesentliches Instrument hierzu angesehen. Durch die effizientere Erbringungsform medizinischer Leistungen soll Fachpersonal eingespart und (regionale) Unterversorgung vermindert oder behoben werden. Gleichzeitig können Patientenpräferenzen nach ambulanter Behandlung befriedigt werden.

Die Ambulantisierung geeigneter bisher stationär erbrachter Leistungen ist daher in der jüngeren Zeit durch unterschiedliche Initiativen des Gesetzgebers angestoßen worden, etwa im Rahmen des MDK-Reformgesetzes von 2020 durch den Auftrag an die Selbstverwaltung, den Katalog Ambulanter Operationen (AOP-Katalog) nach § 115b SGB V auszubauen sowie im Rahmen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes von 2022 mit dem Auftrag an die Vertragsparteien nach § 115b Abs. 1 S. 1 SGB V, eine „sektorengleiche Vergütung“ (Hybrid-DRGs) für einen Teil der ambulant erbringbaren Leistungen des AOP-Katalogs zu vereinbaren (§ 115f SGB V). Hierdurch soll das Interesse der Krankenhäuser an einer ambulanten Erbringung solcher Leistungen gestärkt werden.

Die Auswahl der über Hybrid-DRGs zu vergütenden Leistungen soll sich u.a. an einer hohen stationären Fallzahl im Krankenhaus orientieren. Damit soll eine möglichst zügige Ambulantisierung dieser Leistungen erzielt werden. Erste Hybrid-DRGs sollten bis zum 31. März 2023 vorliegen. Nachdem die dreiseitigen Verhandlungen zwischen GKV-SV, KBV und DKG dazu gescheitert sind, ist das BMG nun ermächtigt, die Leistungen der sektorengleichen Vergütung per Rechtsverordnung zu bestimmen (§ 115f Abs. 4 SGB V). In der Konsequenz werden Leistungsbereiche zukünftig zunehmend „sektorenübergreifend“ sowohl von Krankenhäusern als auch von Vertragsärzten und medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erbracht. Dabei wird der Begriff des „Sektors“ im Sinne einer Unterscheidung der Leistungserbringung durch Krankenhäuser und alternativ durch Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung verstanden.

Neben Vergütungsanreizen zur Steuerung der Leistungen unterliegen die Kapazitäten im deutschen Gesundheitssystem – soweit es um eine Leistungserbringung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geht – sektorspezifischen Systemen einer Planung: einerseits der „Krankenhausplanung“ durch die Bundesländer für insbesondere vollstationäre Kapazitäten („Betten“), andererseits der „Bedarfsplanung“ durch gemeinsame Selbstverwaltung von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen für vertragsärztliche Leistungserbringung („Arztstühle“). Mit den Planungssystemen sollen Unterversorgung und regionale Disparitäten reduziert sowie angebotsinduzierte Nachfrage unterbunden werden.

Die Ambulantisierung von Leistungen hat Auswirkungen auf die Nutzung der Kapazitäten von Krankenhäusern und Vertragsärzten. Damit stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit von Anpassungen der Planungssysteme in beiden Bereichen. Sie sollen die gewünschte Ambulantisierung unterstützen, die Ziele der sektoralen Planungssysteme auch im Bereich sektorübergreifender Leistungserbringung sowie Systemkohärenz der vorhandenen Instrumente erreichen. Darüber hinaus ist zu fragen, ob es einer eigenen „sektorenübergreifenden“ Versorgungsplanung für den Bereich der durch beide Sektoren erbringbaren Leistungen bedarf.

Mit diesen Fragen befasst sich die vorliegende Studie. Sie thematisiert, welche Leistungsbereiche im Kontext der sektorenübergreifenden Versorgung angesprochen sind und inwieweit dafür Planung notwendig ist. Sie geht darauf ein, welche Modelle der Planung (Planungseinheiten und -parameter) geeignet sind und welche Institutionen und Akteure bei der Planung mitwirken sollten.

Dabei ist klar, dass die Steuerung von Versorgungsleistungen in der Praxis in der Regel mit einer Kombination von Instrumentenbündeln erfolgt, die in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen können. Vergütungssysteme bauen auf anreizgesteuerte freiwillige Verhaltensanpassungen, während Planungssysteme mit Begrenzungen von Verhaltensspielräumen verbunden sind. Das dritte Instrumentenbündel betrifft die Qualitätssicherung. So kann der Zugang zur Leistungserbringung z.B. mit Anforderungen an die Strukturqualität verbunden sein.

Diese Studie beschäftigt sich nur mit der Steuerung über Planungssysteme. Weder die Gestaltung von Vergütungs- noch von Qualitätssicherungssystemen ist ihr Thema. Allerdings berücksichtigt sie das Spannungsfeld zwischen diesen Steuerungsansätzen, indem es die Frage stellt, wann und unter welchen Bedingungen mit welchem Instrument die angestrebten Ziele am besten erreicht werden können (vgl. Kap. 6). Dies betrifft insbesondere den Einsatz von Vergütungsanreizen versus Planungselementen. Instrumente der Qualitätssicherung spielen in dieser Studie nur insofern eine Rolle, als davon ausgegangen wird, dass der Zugang zur Leistungserbringung nur unter Erfüllung von Vorgaben der Strukturqualität bezogen auf den jeweiligen Leistungstyp ermöglicht wird.

Die in dieser Studie vorgestellten Instrumente eines sektorenübergreifenden Planungssystems können als Elemente eines Leitbilds für moderne Versorgungsstrukturen verstanden werden. Leistungen, die bislang sektorenspezifisch erbracht werden, sollten auf ihre Möglichkeit einer sektorenunabhängigen Leistungserbringung hin beurteilt werden. Dies kann beispielsweise entsprechend ihrer Eigenart erfolgen: sind sachgerechte oder patientenindividuelle Kontextfaktoren zu berücksichtigen; ist die medizinische Leistung arztzentriert oder teamorientiert? Ein Planungssystem sollte zudem anreizoptimiert sein. Dies kann durch einen Kosteneffektivitäts-Wettbewerb um die (neuen) ambulant erbringbaren Leistungen zwischen vertragsärztlichem und Krankenhaussektor gewährleistet werden. Eine Überführung der ambulanterbringbaren Leistungen bedarf des Weiteren eines „Change Managements“, das empirisch ein Monitoring und eine Bereinigung in den bisherigen Planungssystematiken sicherstellt.

2 Methodische Vorgehensweise

Ausgangspunkt dieser Studie zur sektorenübergreifenden Planung ambulanter bzw. ambulant erbringbarer Leistungen ist eine detaillierte Auseinandersetzung mit den getrennten Planungssystematiken im Krankenhaus- sowie vertragsärztlichen Sektor mit dem Ziel, derzeit verwendete Planungseinheiten und -parameter, beteiligte Akteure (vgl. Kap. 4.1, 4.2) sowie die aktuelle Berücksichtigung möglicher Leistungsbereiche für eine sektorenübergreifende Planung in den Planungssystemen strukturiert aufzubereiten (vgl. Kap. 5, Tabelle 2). Dies erfolgte für den vertragsärztlichen Bereich insbesondere auf Grundlage der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). Für den Krankenhausbereich wurden u.a. die Landeskrankenhauspläne nach § 6 KHG herangezogen. Ergänzend erfolgte eine strukturierte Abfrage zu regionalen Besonderheiten in den Planungssystemen im Status quo bei den Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen.

Neben einer Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen der Planungssysteme im Status quo erfolgte eine strukturierte Recherche national sowie international verfügbarer Literatur zu Modellen sektorenübergreifender Versorgungsplanung. Dabei stellte sich jedoch heraus, dass die konkrete Ausgestaltung sektorenübergreifender Planungsmodelle national bislang nur wenig beleuchtet wurde und international aufgrund der für Deutschland einzigartigen „doppelten Facharztschiene“ weniger relevant und daher kaum Gegenstand wissenschaftlicher Auseinandersetzungen ist.

Ein wesentlicher Pfeiler dieser Studie stellen daher mehrere Interviews mit Experten aus dem deutschen Gesundheitssystem dar, die an Planungssystemen im Status quo beteiligt sind oder über eine umfangreiche Expertise in diesem Bereich verfügen. Die Interviews wurden mit Vertretern aus dem Krankenkassensystem, Kassenärztlicher Vereinigungen sowie eines Landesgesundheitsministeriums geführt. Sie wurden anhand eines Leitfadens mit primär offenen Fragen zu Planungskompetenzen, -einheiten und -parametern für ein sektorenübergreifendes Versorgungsplanungssystem strukturiert. Außerdem wurde übergeordnet nach der Relevanz eines solchen sektorenübergreifenden Planungssystems sowie sinnvollen Leistungsbereichen für dieses gefragt. Um in dem zu entwickelnden sektorenübergreifenden Planungssystem keine Vorschläge zu unterbreiten, die sich nicht in die praktischen Gegebenheiten integrieren lassen, wurde gezielt nach möglichen Hürden auf unterschiedlichen Ebenen gefragt, sodass diese in der Studie bedacht werden konnten. Die Interviews wurden im 4-Augen-Prinzip protokolliert, einer verkürzten qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen und an geeigneten Stellen in dieser Studie berücksichtigt.

Im Laufe der Erstellung der Studie sowie in der Auseinandersetzung mit den beschriebenen Quellen und den Gesprächsergebnissen wurde früh klar, dass eine einheitliche Verwendung zentraler Begriffe eine wichtige Rolle spielt, um Überlegungen transparent, eindeutig und nachvollziehbar darstellen zu können. Das Ergebnis wird in einem eigenen Abschnitt dargestellt.

Zur Bestimmung des Leistungsbereichs, der einer sektorenübergreifenden Planung bedarf, wurden zunächst die in Frage kommenden Versorgungsbereiche an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung anhand der entsprechenden Paragraphen des SGB V systematisch zusammengestellt und diskutiert. Dazu wurde eine Übersicht über die Berücksichtigung dieser Versorgungsformen in der aktuellen Bedarfsplanung erstellt. In einem nächsten Schritt wurden konkrete Ein- und Ausschlusskriterien für den zu beplanenden Versorgungsbereich entwickelt.

Auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse wurden von den Autoren der Studie unterschiedliche Ansätze zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung entwickelt und diskutiert, die schließlich zu einem konkreten Modellvorschlag zusammengeführt wurden. In mehreren Runden wurden die Überlegungen mit Vertretern der Praxis erörtert.

3 Begriffsbestimmung

Eine systematische Befassung mit den Themen an der „Schnittstelle“ zwischen unterschiedlichen Bereichen des Versorgungssystems bedarf einer präzisen Begriffsverwendung. Für diese Studie verwenden wir das nachfolgende Begriffsverständnis; soweit dies auf Legaldefinitionen bzw. gesetzlich verwendeten Begriffen fußt, wird dies deutlich gemacht:

- *Ambulante Leistungen:* Leistungen, für die Patienten nicht über Nacht in der Versorgungseinrichtung verbleiben; abweichend davon werden auch operative Eingriffe mit Nachbeobachtungszeiten von bis zu 16 Stunden als ambulante Leistung in dieser Studie verstanden.

Ambulante ärztliche Leistungen werden in der GKV traditionell und deutlich überwiegend von für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen niedergelassenen Ärzten erbracht. Seit ihrer Implementierung in die GKV werden sie auch von zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erbracht. Diese können sich primär in der Trägerschaft von Krankenhäusern oder zugelassenen Ärzten befinden. Zugelassene Krankenhäuser (§ 108 SGB V) können ambulante Leistungen in den vom Gesetzgeber geregelten Fällen (§§ 115a ff. SGB V) als Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) erbringen.

- *Ambulant erbringbare Leistungen:* Leistungen, die aufgrund der Art sowie des Umfangs der Leistungserbringung – im Rahmen der Berücksichtigung von fallspezifischen Kontextfaktoren¹ – auch ambulant erbracht werden könnten, gegenwärtig jedoch (noch) stationär erbracht werden.
- *Ambulante Bedarfsplanung:* Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stellen nach Maßgabe von §§ 99 ff. SGB V Bedarfspläne auf. Sie stellen vorhandene Ist-Arztkapazitäten (Arztsitze) errechneten Soll-Arztkapazitäten gegenüber. Dabei wird nach Arztgruppen und Planungsbereichen unterschieden. Die Soll-Kapazitäten folgen aus der Umsetzung der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).
- *Belegärztliche Leistungen:* Der Gesetzgeber definiert diese als Leistungen, die von Vertragsärzten (Belegärzten) im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung erbracht und über EBM vergütet werden (§ 121 SGB V). Das Krankenhaus erhält eine um die belegärztlichen Anteile reduzierte Fallpauschale.
- *Krankenhausbehandlung:* Krankenhäuser erbringen im Rahmen des gesetzlichen Rahmens sowohl voll- und teilstationäre Leistungen, stationsäquivalente als auch ambulante Leistungen in den vom Gesetzgeber geregelten Fällen nach §§ 115a ff. SGB V (§ 39 SGB V).
- *Krankenhausplanung:* Von den Bundesländern werden gemäß KHG zur Sicherung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung Krankenhauspläne aufgestellt (§ 6 KHG). Die Pläne weisen den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten aus.
- *Krankenhaussektor:* Einrichtungen des Gesundheitssystems, wie sie in § 2 KHG und § 107 SGB V definiert sind, unabhängig davon, ob sie ambulante oder stationäre Leistungen erbringen. Zugelassene Krankenhäuser (§ 108 SGB V) sind im Bereich der GKV berechtigt, Krankenhausbehandlung zu erbringen.
- *Leistungspaket:* Zusammenfassung von mehreren Leistungssegmenten.
- *Leistungssegmente:* Bündelung einzelner ambulanterbringbarer Leistungen bzw. Versorgungsformen an der ambulant-stationären Schnittstelle zu Leistungssegmenten als Einheit für Monitoring und Planung. Der in diesem Gutachten verwendete Begriff der „Leistungssegmente“ ist abzugrenzen von dem Begriff der „Leistungsgruppen“, der in der Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen und daran anknüpfend den Vorschlägen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung verwendet wird. Die Regierungskommission definiert 128 Leistungsgruppen, die sich (abgese-

¹ Vgl. Albrecht et al. (2022).

hen vom vorgeschlagenen Level II, integrierte ambulant/stationäre Versorgung) ausschließlich auf die stationäre Versorgung beziehen und nicht explizit auf ambulanterbringbare Leistungen abzielen.²

- *Maßzahlen*: Soll-Maßzahlen geben die angestrebten Leistungsmengen in den Leistungssegmenten wieder. „Maßzahl 1“ beschreibt die Soll-Gesamtmenge ambulanter und stationärer Leistungen in einem Leistungssegment. „Maßzahl 2“ gibt – über den angestrebten Ambulantisierungsgrad – die ambulante Soll-Menge wieder.
- *Sektorenübergreifende Versorgung*: Versorgung, an der sich sowohl der Krankenhaussektor als auch der vertragsärztliche Sektor beteiligen kann. Dabei bezieht sich der Begriff der Versorgung im Rahmen dieser Studie ausschließlich auf (ausgewählte) ambulante und ambulant erbringbare jedoch nicht auf stationäre Leistungen (vgl. Kap. 5).
- *Sektorenübergreifende Versorgungsplanung*: Planung für den Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung, unabhängig davon, ob hierbei bestehende Instrumente eines Sektors auch für den anderen Sektor genutzt werden oder ob ein neues Instrumentarium für den Bereich der sektorübergreifenden Versorgung entwickelt und eingesetzt wird.
- *Sektorengleiche Vergütung*: Der Begriff kann einerseits so verstanden werden, dass gleiche ambulante Leistungen in beiden Sektoren (vertragsärztlicher und Krankenhaussektor) gleich vergütet werden. Dazu zählen bspw. solche Leistungen des AOP-Kataloges nach § 115b SGB V, die nach EBM bei ambulanter Erbringung gleich für Vertragsärzte und Krankenhäuser vergütet werden (Dimension 1). Er kann andererseits in dem Sinne verstanden werden, dass stationäre Leistungen eines definierten Leistungskatalogs so vergütet werden wie die entsprechenden ambulant erbrachten Leistungen (Dimension 2). Konkret finden sich beide Dimensionen in Fallpauschalen (Hybrid-DRGs), die nach § 115f SGB V für bestimmte AOP-Leistungen entrichtet werden, unabhängig davon, ob die Leistungserbringung durch den Krankenhaus- oder den vertragsärztlichen Sektor (*Vertragsärzte bzw. MVZ*) oder auch in ambulanter oder stationärer Form der Leistungserbringung erfolgt³.
- *Stationäre Leistungen*: Leistungen, die voll- oder teilstationär erbracht werden, insbesondere von Krankenhäusern, aber auch von Belegärzten. Sofern solche Leistungen unter Berücksichtigung von fallspezifischen Kontextfaktoren auch im ambulanten Setting durchgeführt werden könnten, werden sie im Rahmen dieser Studie als *ambulant erbringbar* bezeichnet.
- *Stationäre Vergütung*: Vergütung für Krankenhäuser für stationäre Leistungen, typischerweise Fallpauschalen (DRGs) und (für psychiatrische Krankenhäuser) tagesbezogene Pauschalen (PEPP), möglicherweise künftig auch Vorhaltepauschalen für Vorhalteleistungen von Krankenhäusern.
- *Vertragsärzte*: Für die vertragsärztliche Versorgung zugelassene niedergelassene Ärzte (§ 95 Abs. I SGB V). Sie führen ambulante ärztliche Behandlung durch. Sie können belegärztliche Leistungen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung erbringen.

² Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023), S. 17 ff.

³ Unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren kann hier allerdings auch eine stationäre Leistungserbringung in besonderen Fällen weiter abweichend nach regulären DRGs vergütet werden.

- *Vertragsärztliche Versorgung*: Sie umfasst die Leistungserbringer des vertragsärztlichen Systems: vertragsärztliche Einzel- und Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, MVZ sowie ermächtigte Krankenhausärzte oder Einrichtungen (§§ 116, 116a SGB V).
- *Vertragsärztlicher Sektor*: Zugelassene Ärzte (Vertragsärzte), zugelassene MVZ sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen (§ 95 SGB V), die im Rahmen der GKV die hausärztliche und fachärztliche Behandlung mit den in § 73 SGB V benannten Gegenständen sowie die ärztliche Behandlung durch als Belegärzte (§ 121 SGB V) tätige Vertragsärzte im Rahmen voll- oder teilstationärer Krankenhausbehandlung im Krankenhaus erbringen.

4 Versorgungsplanung im Status quo

Im Status quo unterliegen Krankenhaus- und vertragsärztlicher Sektor getrennten Planungssystemen. Nur in wenigen Fällen werden vom Krankenhaus erbrachte ambulante Leistungen im System der ambulanten Bedarfsplanung berücksichtigt, z.B. im Falle der Ermächtigung (vgl. Kap. 5, Tabelle 2).

4.1. Ambulante Bedarfsplanung

Im vertragsärztlichen Sektor findet seit Mitte der 1980er Jahre mit Blick auf Unter- und Überversorgung sowie die regionale Verteilung mit Vertragsärzten eine Zulassungsplanung statt.

Ausgangspunkt der ambulanten Bedarfsplanung ist die Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) des G-BA (§§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 9; §§ 99 ff. SGB V). In der Richtlinie werden bundesweit einheitliche Vorgaben getroffen, die mit der Erstellung von Bedarfsplänen für die jeweilige KV-Region durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen umgesetzt werden. Die zuständigen obersten Landesbehörden für Gesundheit können zum Bedarfsplan Stellung nehmen und haben zudem ein Beanstandungsrecht von acht Wochen. Von den bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben der Planungssystematik der BPL-RL kann abgewichen werden, wenn regionale Besonderheiten dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V).

Der Bedarfsplan stellt den Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung auf KV-Ebene dar und beschreibt die Grundsätze zur regionalen Versorgung, systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie sowie die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion und Informationen zum barrierefreien Zugang zur Versorgung. Auf Basis dieser Bedarfspläne treffen die jeweiligen Landesausschüsse nach § 90 SGB V, bestehend aus der Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, Feststellungen zur Unter- oder Überversorgung. Im Fall von Überversorgung für eine Arztgruppe in einer Region ordnet der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen an (§ 103 SGB V). Der Zulassungsausschuss nach § 96 SGB V ist an die Entscheidungen des Landesausschusses gebunden und trifft entsprechend Entscheidungen über die Zulassung von Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeuten oder über die Ermächtigung von (Krankenhaus-)Ärzten bzw. Institutionen im jeweiligen Bezirk der KV-Region oder für Teile dieses Bezirks. Weist die Bedarfsplanung unterversorgte Bezirke aus, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Maßnahmen zur Beseitigung der Unterversorgung zu ergreifen (§ 100 SGB V), z.B. durch Schaffung von Anreizen zur Niederlassung.

Die Bedarfsplanungssystematik sieht vier Versorgungsebenen vor, in denen jeweils Arztgruppen der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer mit einem vergleichbaren Versorgungsspektrum zusammengefasst werden und in denen die Planung in der gleichen Planungsregionskategorie erfolgt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Versorgungsebenen und Arztgruppenzuweisung in der ambulanten Bedarfsplanung

Versorgungsebene	Arztgruppe	Planungsregion
Hausärztliche Versorgung	Hausärzte	Mittelbereich ⁽¹⁾
Allgemein fachärztliche Versorgung	Augenärzte Chirurgen und Orthopäden Frauenärzte HNO-Ärzte Hautärzte Kinder- und Jugendärzte Nervenärzte Psychotherapeuten Urologen	Kreise und kreisfreie Städte
Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Fachinternisten Anästhesisten Radiologen Kinder- und Jugendpsychiater	Raumordnungsregion ⁽¹⁾
Gesonderte fachärztliche Versorgung	PRM-Mediziner Nuklearmediziner Strahlen-therapeuten Neurochirurgen Humangenetiker Laborärzte Pathologen Transfusionsmediziner	Gebiet der KV

(1) Nach Definition des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)

Im Planungsbereich der allgemein fachärztlichen Versorgung wird für die Feststellung der Basis-Verhältniszahlen zusätzlich nach fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien auf Basis einer Zuordnung des Konzepts der Großstadtregionen des BBSR unterschieden.

Als Steuerungsinstrument der ambulanten Bedarfsplanung wird das zahlenmäßige Verhältnis der Ärzte je Arztgruppe zu den Einwohnern festgelegt. Diese so genannten Basis-Verhältniszahlen legen die Sollgröße für die Zulassung von Vertragsärzten je Vertragsarztgruppe fest. Diese Basis-Verhältniszahl wurde als bundeseinheitlicher Quotient der Anzahl der Vertragsärzte und der Summe der Einwohner zum Stichtag 31.12.1990 nach Arztgruppen differenziert festgelegt. Abweichend davon wurden für einzelne Arztgruppen aufgrund vom Durchschnitt abweichender Niederlassungsentwicklungen und im Zuge von Richtlinienanpassungen andere Stichtage zur Berechnung der Verhältniszahlen bestimmt (§ 8 BPL-RL; Anlage 5 BPL-RL). Die Basis-Verhältniszahlen werden in zwei Schritten mit demografischen Faktoren und regionalen Morbiditätsfaktoren modifiziert und geben so das Soll-Verhältnis von Arzt zu Einwohnern in der Arztgruppe aus. Der Versorgungsgrad wird durch den arztgruppenspezifischen Abgleich des Ist-Niveaus des tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältnisses mit dem Soll-Verhältnis ermittelt. Auf Grundlage des ermittelten Versorgungsgrades werden Entscheidungen hinsichtlich zusätzlicher Niederlassungsmöglichkeiten oder weiteren Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung getroffen. Es wird nach folgenden Versorgungsgraden unterschieden:

- Offener Planungsbereich (Versorgungsgrad unter 110 %; Niederlassungen möglich)
- Überversorgung (Versorgungsgrad von 110 % und höher; gesperrter Planungsbereich)

- Unterversorgung (Versorgungsgrad unter 75 % bei Hausärzten oder unter 50 % bei Fachärzten; bzw. drohende Unterversorgung, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung führen würde; nach Prüfung Förderungsmöglichkeiten)

Treten regional trotzdem Versorgungsprobleme auf, kann von den Rahmenvorhaben der BPL-RL abgewichen werden. Dazu können „zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten“ nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V wie beispielsweise Demografie, Morbidität, sozioökonomischen Faktoren, räumlichen Faktoren, infrastrukturellen Besonderheiten begründet Abweichungen im Bedarfsplan verzeichnet werden. Davon machen die meisten KVen Gebrauch.⁴ Den Landesausschüssen wird die Möglichkeit gegeben, zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf für unterversorgte Gebiete in Teilregionen eines ansonsten sogar gesperrten Planungsbereiches zu beschließen (nach § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3a SGB V). Auch die zuständigen Landesbehörden können ländliche oder strukturschwache Teilregionen bestimmen, die auf ihren Antrag für einzelne Arztgruppen oder Fachrichtungen von den Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind.⁵ Dem Zulassungsausschuss ist die Möglichkeit gegeben, trotz Zulassungsbeschränkungen zur Sicherstellung der Versorgung lokalen und qualifikationsbezogenen Sonderbedarf geltend zu machen (§ 101 Absatz 1 Nummer 3 SGB V). Ärzte, die aufgrund der Feststellung von qualifikationsbezogenem Sonderbedarf zugelassen werden, können nur diejenigen ärztlichen Leistungen abrechnen, die die Feststellung von Sonderbedarf ausgelöst haben.

Neben den für die Bedarfsplanung verantwortlichen Landesausschüssen können seit Einführung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz auf Landesebene zudem sogenannte **Gemeinsame Landesgremien gemäß § 90a SGB V** gebildet werden. Je nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann sich ein § 90a-Gremium aus „Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankengesellschaft sowie weiteren Beteiligten“ zusammensetzen und „Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben“ sowie eine Stellungnahme zu der Aufstellung und der Anpassung der Bedarfspläne und zu den von den Landesausschüssen zu treffenden Entscheidungen abgeben.

Zum derzeitigen Stand ist in jedem Bundesland ein solches Gremium eingerichtet, ihre Rolle und das Aufgabenspektrum ist jedoch in den Ländern sehr unterschiedlich ausgestaltet. Insgesamt scheinen die Aktivitäten der gemeinsamen Landesgremien derzeit wenig umfangreich. In wenigen Ländern finden regelmäßig Sitzungen der gemeinsamen Landesgremien statt, nicht selten sind sie inaktiv. Empfehlungen zu sektorenübergreifender Versorgungsplanung sind daher nur in Einzelfällen erfolgt. Beispielhaft zu nennen sind hier die Mitarbeit an Modellvorhaben und Innovationsfondsprojekten in Brandenburg, die Erarbeitung eines Geriatriekonzepts als Anlage zum Krankenhausrahmenplan 2018-2021 in Bremen, die modellhafte Erprobung des Projektes SaN (sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung) in Hessen⁶ oder in Mecklenburg-Vorpommern die Mitwirkung an der Umsetzung an Landesregierungsinitiativen zur Verbesse-

⁴ Ausnahmen stellen die KV-Regionen Bremen, Baden-Württemberg und Saarland statt.

⁵ Dies ist in Schleswig-Holstein (Nahbereiche Schafflund und Garding für die Arztgruppe der Hausärzte) beschlossen worden.

⁶ Vgl. KV Hessen (2023).

rung der Gesundheitsversorgung. Zudem haben die wenigen Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Versorgung aufgrund ihres nichtbindenden Charakters bislang eher selten Eingang in die Praxis gefunden.

Von der Möglichkeit zur Stellungnahme zur Aufstellung und Anpassung des ambulanten Bedarfplans wird in der Praxis in nur sechs Bundesländern (Schleswig-Holstein, Hessen, Bayern und Saarland, Berlin, Brandenburg) Gebrauch gemacht.

4.2. Krankenhausplanung

Für die Krankenhausplanung gibt der Bund mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den rechtlichen Rahmen vor. Daneben verfügt jedes Bundesland über ein eigenes Landeskrankenhausgesetz, in denen regionale Besonderheiten berücksichtigt werden oder Planungsinstrumente vertieft werden. Die Planungshoheit obliegt ausschließlich den Ländern. Sie stellen zur Sicherung einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung Krankenhauspläne auf (§ 6 KHG). Die Krankenhauspläne weisen den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und Ausbildungsstätten aus. Bei der Erstellung des Krankenhausplans ist eine enge Zusammenarbeit mit den „unmittelbar Beteiligten“ vorgesehen bzw. anzustreben (§ 7 Abs. 1 KHG). Die Bezeichnung der „unmittelbar Beteiligten“ variiert über die Länder.⁷ Ebenso kann die Zusammensetzung dieser Gremien länderspezifisch variieren. Die Festlegung der Beteiligten ist in den Landeskrankenhausgesetzen geregelt. Häufig finden sich die folgenden Akteure darin: Landeskrankenhausgesellschaft, Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, KV und Vertreter der Kommunalpolitik.

Die planerische Festlegung der Landesbehörden umfasst die Kapazitäten, die fachliche Ausrichtung und die Erreichbarkeit. Mittels Feststellungsbescheiden entscheiden die zuständigen Landesbehörden über die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan. Dabei werden in den meisten Bundesländern die Standorte und ggf. die Betriebsstätten der Krankenhäuser sowie die Bettenzahl festgelegt. Abhängig vom Bundesland werden die Betten in der Gesamtzahl oder unterteilt nach Fachabteilungen bzw. Schwerpunkten ausgewiesen. Bei einer Ausweisung der Gesamtbettenzahl kann das Krankenhaus die Betten eigenverantwortlich auf die Fachabteilungen bzw. Schwerpunkte aufteilen. Darüber hinaus erfolgt die Festlegung der bedarfsgerechten Fachabteilungen, Leistungsschwerpunkte, Versorgungsstufen und -gebiete. Ebenfalls planungsrelevant ist in einigen Bundesländern die Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte. Erreichbarkeitskriterien sind vom G-BA im Rahmen der Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen (§ 136c Absatz 3 SGB V) definiert worden. Rheinland-Pfalz, Hessen, Nordrhein-Westfalen und das Saarland legen darüber hinaus für bestimmte Fachbereiche eigene Erreichbarkeitskriterien fest bzw. sehen die Berücksichtigung solcher vor.

Mit dem 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein weiteres Kriterium für die Krankenhausplanung der Länder eingeführt. Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden vom G-BA festgelegt und umfassen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Sie sind Bestandteil der Krankenhausplanung der Länder (§ 6 Abs. 1a KHG). Die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren kann ganz oder teilweise durch Landesrecht ausgeschlossen oder eingeschränkt werden (§ 6 Abs. 1a

⁷ Bezeichnungen sind u.a. Landeskrankenhausausschuss oder Krankenhausplanungsausschuss.

Satz 2 KHG). Die Länder können darüber hinaus weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung machen.

In den meisten Ländern ist die Krankenhausplanung fachgebiets- und bettenorientiert. Der Bedarf an zukünftig benötigten Betten wird in der Regel für die Folgejahre fortgeschrieben. Die gängigste genutzte Methode zur Bestimmung des Bedarfs an zukünftigen Betten ist die Hill-Burton-Formel (DKG 2022). Hierbei wird zunächst die erwartete Fallzahl mittels einer demografischen Fortschreibung der Krankenhaushäufigkeiten (Fälle je Einwohner) hergeleitet. Dieser Wert wird unter Verwendung des Verweildauer Trends und der durchschnittlichen Bettennutzungsgrade in die erwartete erforderliche Bettenkapazität umgerechnet.

Einen neuen Weg in der Krankenhausplanung beschreitet Nordrhein-Westfalen, indem es auf eine leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierte Planung setzt. Diese hat nicht mehr den starren Fokus auf die Kapazitäten. Vielmehr wird auf erbrachte Leistungen geblickt. Die neue Planungssystematik in Nordrhein-Westfalen umfasst (i) die Bildung von planerischen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen, (ii) die Definition der Planungsebene: Landesteil, Regierungsbezirk, Versorgungsgebiet und Kreis, (iii) die Kopplung an Qualitätskriterien (z.B. Erbringung verwandter Leistungsgruppen, Vorhaltung Geräte, fachärztliche Vorgaben) sowie (iv) die Ermittlung des regionalen Versorgungsbedarfs (MAGS 2023).

Ambulantisierungspotenziale von stationär erbrachten Fällen werden in der Methodik vieler Länder nicht ausreichend (empirisch) berücksichtigt. In einigen Ländern ist in den Krankenhausplänen zwar von „ambulanter Substitution“ oder der „Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich“ die Rede.⁸ Inwiefern diese Aspekte Eingang in die Berechnungen der Bettenbedarfe finden, bleibt in einigen Fällen unklar. Einen empirischen Ansatz zur Berücksichtigung der Ambulantisierung sieht die neue Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen vor. Für die Bedarfsprognose soll die Ambulantisierung, mittels eines Ambulantisierungsfaktors, algorithmisch berücksichtigt werden.

5 Leistungsbereiche einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung

Um sektorenspezifische Anpassungen sowie eine sektorenübergreifende Planung vornehmen zu können, ist eine Definition des zu betrachtenden Leistungsbereiches wesentlich. Es stellt sich die Frage, welches Leistungsspektrum eine potenzielle sektorenübergreifende Versorgungsplanung umfassen soll: ausgewählte Leistungen oder das gesamte Spektrum ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen?

Tabelle 2 listet zunächst die Versorgungsformen an der ambulant-stationären Schnittstelle auf.

⁸ Vgl. hierzu die Krankenhauspläne von Niedersachsen, Berlin, dem Saarland, Brandenburg oder Rheinland-Pfalz.

Tabelle 2: Versorgungsformen an der ambulant-stationären Schnittstelle

Versorgungsform	Rechtsgrundlage im SGB V	Aktuelle Berücksichtigung in Planungssystem ¹
<i>Im Rahmen des EBM vergütete Leistungen</i>		
Ambulantes Operieren	§ 115b	keine Anrechnung durch Krankenhäuser erbrachter AOP in amb. BP-RL
Geriatrische Institutsambulanzen	§ 118a	Anrechnung mit Fallzahlquotienten in amb. BP-RL ²
Ambulante Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte	§ 116	Anrechnung entsprech. tatsächlichem Tätigkeitsumfang in amb. BP-RL ³
Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung	§ 116a	Anrechnung mit Fallzahlquotienten in amb. BP-RL ¹
Ambulante Behandlung nach § 116b alt SGB V	§ 116b alt	keine Anrechnung in amb. BP-RL
Belegärztliche Leistungen	§ 121	da durch Vertragsärzte erbracht, Berücksichtigung in ambulanter BP-RL, Sonderregelung bei Überversorgung ⁴
<i>Auf Basis eigener Vergütungsregelungen vergütete Leistungen</i>		
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)	§ 116b (Erweiterung von EBM-Ziffern)	nein, „wer Voraussetzungen erfüllt, der darf“
Hochschulambulanzen	§ 117	keine Anrechnung in BP-RL ⁵
Psychiatrische Institutsambulanzen	§ 118	Anrechnung pauschal mit 0,5 je Einrichtung in amb. BP-RL ⁶
Sozialpädiatrische Zentren	§ 119	
Pädiatrische Spezialambulanzen	§ 120 Abs. 1a	keine Anrechnung in BP-RL
Med. Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung	§ 119c	keine Anrechnung in BP-RL
Vor- und nachstat. Behandlung im Krankenhaus	§ 115a ⁷	keine Anrechnung in BP-RL
Notfallambulanzen/Portalpraxen	§ 75 Abs. 1b	keine Berücksichtigung
Disease Management Programme (DMP)	§ 137f	keine Anrechnung in BP-RL
Teilstationäre Behandlung	§ 39	Krankenhausplan
Ein-Tages-Fälle	§ 39	Krankenhausplan
Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	§ 115d	Krankenhausplan
Besondere Versorgung	§ 140a SGB V	im jeweiligen Planungssystem der Leistungserbringer
Behandlung in Praxiskliniken	§ 122	Anrechnung in BP-RL
<i>Nach KHEntgG vergütete Leistungen (DRG)</i>		
Vor- und nachstat. Behandlung im Krankenhaus	§ 115a ⁵	keine Anrechnung im KH-Plan

Quelle: eigene Darstellung, SGB V

¹Zuordnung nicht immer trennscharf, da Problematik der Differenzierung zwischen der Berücksichtigung eines „Arztkopfes“ oder der von ihm erbrachten Leistungen. – ²§ 22 Abs. 2 S. 3 Nr. 1 BP-RL: „Krankenhäuser, die ambulante Behandlung nach § 116a SGB V und § 118a SGB V erbringen, werden entsprechend einem Fallzahlquotienten in Schritten von jeweils 0,25 angerechnet. Der Fallzahlquotient ergibt sich aus dem Verhältnis der Fallzahlen der Einrichtung zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte der entsprechenden Arztgruppe in der betreffenden KV-Region. Es wird mathematisch auf den nächstliegenden Anrechnungsfaktor auf- bzw. abgerundet.“ – ³§ 22 Abs. 1 BP-RL: „Ermächtigte Ärzte werden entsprechend ihrem tatsächlichen Tätigkeitsumfang pauschaliert auf den Versorgungsgrad angerechnet, soweit der Tätigkeitsumfang nicht vernachlässigbar ist [mind. ein Viertel Versorgungsauftrag]. (...) Tätigkeitsumfänge werden je nach vom Ermächtigten erbrachtem Tätigkeitsumfang mit dem Faktor 0,25; 0,5; 0,75 oder 1,0 auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet. Als Maßstab für die Anrechnung des Tätigkeitsumfanges ist auf das Verhältnis der vom ermächtigten Arzt erbrachten Fallzahl zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte der entsprechenden Arztgruppe in der betreffenden KV-Region abzustellen (...).“ – ⁴§ 103 Abs. 7 SGB V: In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, haben Krankenhausträger das Angebot zum Abschluss von Belegarztverträgen auszuschreiben. Kommt ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande, kann der Krankenhausträger mit einem bisher im Planungsbereich nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag schließen. Dieser erhält eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung; die Beschränkung entfällt bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 3, spätestens nach Ablauf von zehn Jahren. – ⁵Vgl. § 22 Abs. 2 S. 2 BP-RL. – ⁶§ 22 Abs. 2 S. 3 Nr. 2 BP-RL: „Einrichtungen gemäß §§ 118 und 119 SGB V sind mit einem Anrechnungsfaktor von pauschal 0,5 je Einrichtung zu berücksichtigen [...]“. – ⁷ Wenn sich an eine vorstationäre Behandlung ein stationärer Aufenthalt anschließt, erfolgt die Abrechnung nur über eine DRG, sonst über eine Pauschale. Die Berechnung von nachstationären Leistungen neben einer DRG kommt nur in Betracht, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt. Daher wurde § 115a SGB V beiden Bereichen zugeordnet.

Ein Einschluss aller bisher an der ambulant-stationären Schnittstelle erbrachten Leistungsbereiche erscheint zum jetzigen Zeitpunkt als nicht praktikabel. Im Rahmen dieser Studie werden daher mögliche **Ein- und Ausschlusskriterien** formuliert (vgl. Tabelle 3), um die Leistungsbereiche zu definieren, die sektorenübergreifend geplant werden könnten und bei denen entsprechend Anpassungen in den sektorenspezifischen Systemen der Versorgungsplanung erfolgen sollten. Es wird ein *leistungsorientierter* Ansatz verwendet, weshalb der Fokus nicht auf der erbringenden Institution oder Person liegt, sondern auf der Eigenart der Leistung als solche.⁹

Zunächst relevant sind *fachärztlich ambulante sowie ambulant erbringbare* Leistungen (vgl. Tabelle 3, Einschlusskriterien (E) 2 und 3). Sektorenübergreifende Versorgungsplanung bezieht sich auf einen Bereich von Leistungen, die sowohl Vertragsärzte als auch am Krankenhaus angestellte Ärzte grundsätzlich erbringen dürfen (E 4). Aus diesem Grund würde ein einseitiger Zugang zur Leistungserbringung nur für Vertragsärzte oder nur für im Krankenhaus tätige Ärzte nicht unter den sektorenübergreifenden Leistungsbereich fallen. Dies schließt die hausärztliche Versorgung aus, die nicht sektorenübergreifend erbracht wird (Ausschlusskriterien (A) 3 und 4). Ebenso auszuschließen sind Leistungen, die *ausschließlich* in einem anderen Leistungsbereich (stationär, Pflege, Heilmittel, Arzneimittel) erbracht werden dürfen (A 2).

Sollten aus Gründen der Aufrechterhaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung ein Krankenhaus oder einzelne Krankenhausärzte Teile der vertragsärztlichen Versorgung übernehmen (Ermächtigungen nach §§ 116, 116a SGB V), so fallen die entsprechenden ambulanten Leistungen dieses Krankenhauses unter die ambulante Bedarfsplanung.

Ob bei der Durchführung der Leistungen „ein Bett zum Einsatz kommt“ oder nicht, scheint kein geeignetes Abgrenzungskriterium im Zusammenhang der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung. Leistungen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V benötigen beispielsweise hinsichtlich der Nachbeobachtungszeiten Betten für eine Überwachungszeit der Patienten von bis zu 16 Stunden.

In Hinblick auf bestehendes und zukünftiges Ambulantisierungspotenzial scheint es sinnvoll, „ambulant erbringbare Leistungen“ in die sektorenübergreifende Versorgungsplanung einzuschließen (E 5). Dies geschieht in unseren Modellen (vergleiche Abschnitt 7) im Rahmen einer Zielquote ambulant erbringbarer Leistungen für die einzelnen Leistungssegmente. Der Exkurs am Ende dieses Kapitels zeigt ein Beispiel für einen Ambulantisierungsprozess anhand von Hüftoperationen im US-amerikanischen System anhand von beobachteten Zahlen auf. Auch wenn eine solche Entwicklung aufgrund sehr unterschiedlicher Rahmenbedingungen nicht unmittelbar auf Deutschland übertragbar ist, kann man sich so doch ein entsprechendes Szenario konkreter vorstellen. Es wird jedoch auch weiterhin im Bereich der identifizierten Diagnosen und Behandlungen Fälle geben, die aufgrund von sachlichen oder patientenindividuellen Kontextfaktoren weiterhin stationär behandelt werden müssen und auch über stationäre DRG-Fallpauschalen vergütet werden (s.u.). Diese Fälle sollen nicht durch das hier entwickelte Konzept geplant werden. Sie bleiben vielmehr Teil der regulären Krankenhausplanung durch die Länder (A 5).

⁹ Insofern gilt es bei Institutionen wie bspw. Medizinischen Behandlungszentren, den diversen Krankenhausambulanzen oder den von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vorgeschlagenen und im Bund-Länder-Eckpunkte-Papier vom 10. Juli 2023 aufgegriffenen Level II-Kliniken genau zu prüfen, welche Leistungen dort erbracht werden und auf dieser Basis zu entscheiden, ob und inwieweit diese Leistungen erbringen, die zum Leistungsbereich der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung gehören.

Des Weiteren können für eine Versorgungsplanung nur kollektivvertraglich erbrachte Leistungen relevant sein (E 1). Um der Flexibilität der für die individuellen Bedarfe eingesetzten selektivvertraglich erbrachten Leistungsformen weiterhin gerecht zu werden, sollte die besondere Versorgung nach § 140a SGB V im Rahmen der sektorenübergreifenden Planung ausgeschlossen werden (A 1).

Bei der Berücksichtigung von ASV-Leistungen in einem sektorenübergreifenden Planungssystem sollte zunächst geprüft werden, ob Teilbereiche inhaltlich begründet ausgenommen werden sollten. Zu prüfen sind insbesondere ASV-Leistungen, die heute einer Kooperationsvereinbarung bedürfen, z.B. bei onkologischen Erkrankungen, oder ASV-Leistungen bei seltenen Erkrankungen.

Eine weitere Versorgungsform an der ambulant-stationären Schnittstelle ist die Notfallversorgung. Diese wird aufgrund der aktuellen Reformvorschläge der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vom 13. Februar 2023 im Rahmen dieser Studie nicht behandelt.

Eine abschließende Beurteilung welche Versorgungsform in die sektorenübergreifende Planung übergehen sollte, kann in diesem Gutachten nicht getroffen werden. Das gesamte Spektrum an ambulanten und ambulanterbringbaren Leistungen wird voraussichtlich aufgrund von sachlichen oder patientenindividuellen Kontextfaktoren nicht in die sektorenübergreifende Versorgungsplanung überführt werden können. Auch die große Varianz von Leistungen innerhalb einer Versorgungsform (z.B. ASV) erschwert eine pauschale Aussage zur konkreten Zuordnung von Versorgungsformen. Die Prüfung und Zuordnung der infrage kommenden Leistungen sollte dem G-BA im Rahmen einer Vorbereitungsphase (s. Kapitel 7.1) zukommen.

Tabelle 3 stellt Ein- und Ausschlusskriterien für die sektorenübergreifende Versorgungsplanung auf Grundlage der oben diskutierten Kriterien dar.

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien für die sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Einschlusskriterien		Ausschlusskriterien	
E1	Kollektivvertragssystem	A1	Selektivvertragssystem
E2	ambulante Leistungen	A2	ausschließlich andere Leistungsbereiche: stationäre Leistungen, Pflege, Heilmittel, Arzneimittel
E3	fachärztliche Versorgung	A3	hausärztliche Versorgung
E4	Vertragsärzte und KH-Ärzte dürfen Leistungen grundsätzlich erbringen	A4	entweder nur Vertragsärzte oder nur KH-Ärzte erbringen die Leistung
E5	Fälle im Rahmen der grundsätzlich ambulant erbringbaren Leistungen, bei welchen <i>keine</i> sachlichen oder patientenindividuellen Kontextfaktoren für eine stationäre Versorgung vorliegen	A5	Fälle im Rahmen der grundsätzlich ambulant erbringbaren Leistungen, bei welchen sachliche oder patientenindividuelle Kontextfaktoren für eine stationäre Versorgung vorliegen

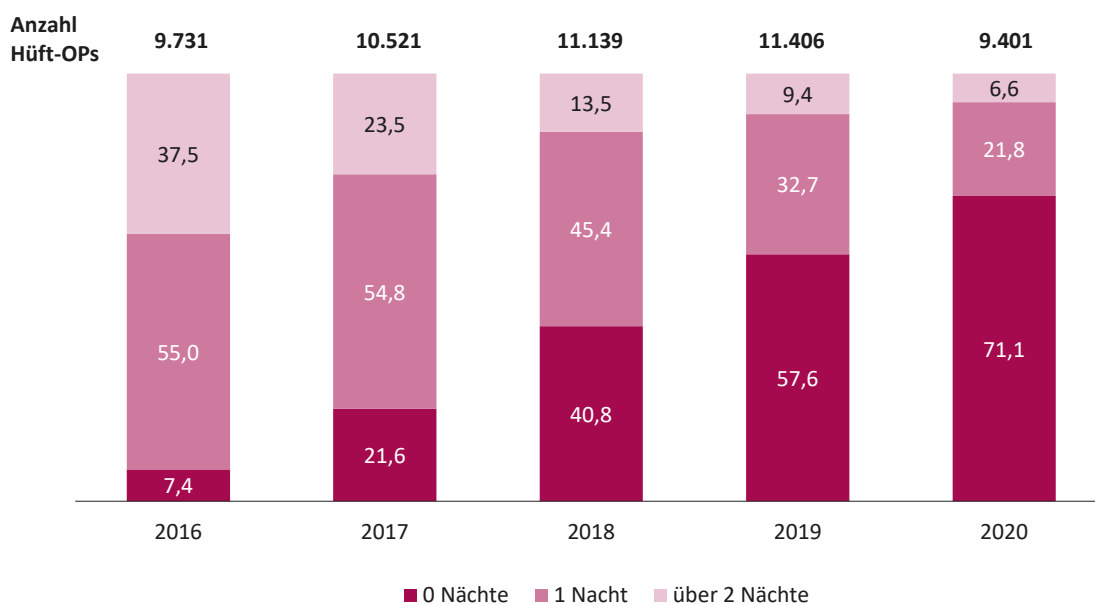
Quelle: eigene Darstellung

Exkurs: Ambulantisierungspotenzial in der Hüftgelenk-Endoprothetik

In der Endoprothetik besteht ein großes Ambulantisierungspotenzial. In einem aktuellen Beispiel untersuchen Simon et al. (2023) die Versorgungssituation von Patienten mit Operationen mit Hüftgelenk-Endoprothesen bei dem US-amerikanischen Anbieter Kaiser Permanente. Kaiser Permanente bündelt mehrerer Versorgungspfade zu einem Prozess aus einer Hand (u.a. Phase vor dem Eingriff, Präoperative Prozeduren, Operation und postoperative Nachsorge).

In den teilnehmenden Krankenhäusern von Kaiser Permanente konnte in dem Zeitraum von 2016 bis 2020 die durchschnittliche Verweildauer spürbar reduziert werden (Abbildung EX1). Während 2016 rund sieben Prozent der Patienten mit einer Hüftprothesen-Operation ohne einen stationären Aufenthalt über Nacht auskamen, waren es 2020 bereits über 71 Prozent. Etwa 22 Prozent haben 2020 noch einen Aufenthalt von einer Nacht aufgewiesen und knapp sieben Prozent verweilten mindestens zwei Nächte im Krankenhaus. Im Durchschnitt und im Median konnte durch das gebündelte Versorgungsmodell die Verweildauer auf unter einen Tag reduziert werden. Simon et al. (2023) zeigen zudem, dass das Modell von Kaiser Permanente mit Verbesserungen in der Versorgungsqualität und in der Patientenzufriedenheit einherging. Dieses konkrete Beispiel zeigt, dass durch die Bündelung verschiedener Versorgungspfade ein hohes Ambulantisierungspotenzial ausgeschöpft werden kann, ohne dass es zu Einbußen in der Qualität kommen muss.

Abbildung EX1: Stationäre Verweildauer bei Kaiser Permanente bei Hüft-Prothesen-Operation, Anteile in Prozent



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Simon et al. (2023)

6 Herausforderungen einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung

Zur Herleitung möglicher Planungsansätze für den in Kapitel 5 identifizierten sektorenübergreifenden Leistungsbereich soll zunächst eine Auseinandersetzung mit den damit einhergehenden bzw. erwünschten Zielen erfolgen. Ein zentrales Ziel von Planungssystemen im deutschen Gesundheitssystem ist die Begrenzung des Umfangs der Leistungserbringung, sei es über Kapazitätsbegrenzungen oder über eine Begrenzung erbringbarer Mengen, um nicht bedarfsgerechte Leistungsausweitungen (angebotsinduzierte Nachfrage) zu beschränken.

Bei der Anwendung dieses Ziels auf den sektorenübergreifenden Leistungsbereich stößt man – zumindest in der kurzen Frist – schnell an Grenzen. Denn die Ambulantisierung im Sinne der Verlagerung von Leistungen aus der stationären in die ambulante Versorgung und also zunächst einer Vermehrung der ambulant erbrachten Leistungen ist ausdrückliches Ziel in der gesundheitspolitischen Diskussion, wie in Kapitel 1 bereits ausgeführt wurde. Der Fokus der Strategie des Gesetzgebers liegt hier zunächst auf Vergütungsanreizen in Gestalt der einzuführenden Hybrid-DRGs. Es ist davon auszugehen, dass derzeit noch ein relevanter Anteil dieser grundsätzlich ambulant erbringbaren Leistungen stationär im Krankenhaus erbracht wird. Ein nicht sicher prognostizierbarer Teil davon wird auch weiter dort erbracht und bei Vorliegen von sachlichen oder patientenindividuellen Kontextfaktoren auch über stationäre DRG-Fallpauschalen vergütet werden. Auch ist noch nicht abzusehen, in welchem Umfang und wie zügig die Krankenhäuser und die Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung diese Leistungen künftig ambulant erbringen werden. Eine frühzeitige explizite Begrenzung des Umfangs der Leistungserbringung in diesem Bereich könnte die gewollte und per Vergütung angereizte Verschiebung von stationär zu ambulant ausbremsen.

Eng damit verbunden ist der gewünschte Kosteneffektivitäts-Wettbewerb um die (neuen) ambulant erbringbaren Leistungen zwischen vertragsärztlichem und Krankenhausesektor, der über entsprechende Vergütungsanreize erreicht werden soll. Er soll dazu führen, dass diese Leistungen von den kosteneffektivsten Leistungserbringern erbracht werden. Es handelt sich hierbei um einen marktlichen Ansatz. In der Folge sind die Leistungsmengen in diesem Bereich sowie ihre Verteilung zwischen den beteiligten Leistungserbringern zunächst schwer absehbar. Dabei soll die Vergütungshöhe flexibel auf die Verteilung zwischen den Leistungsbereichen reagieren.

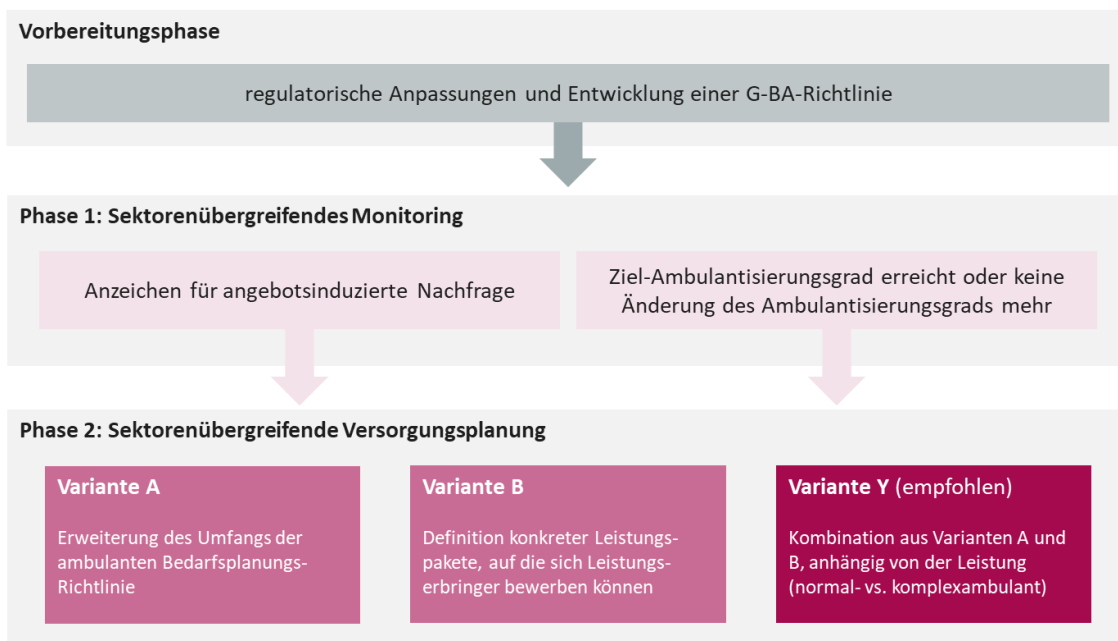
In diesem Ambulantisierungsprozess gilt es allerdings zu vermeiden, dass zwar zusätzliche Leistungen ambulant erbracht werden, aber die stationär erbrachten Leistungen in den entsprechenden Leistungsbereichen auf gleichem oder nur geringfügig niedrigerem Niveau bleiben. Insofern ist eine Berücksichtigung des Ambulantisierungsprozesses bei der Krankenhausplanung in Gestalt einer entsprechenden Bereinigung um ambulantisierbare Leistungen unabdingbar. Für die Bereinigung ambulantisierter Leistungen sollte möglichst ein einheitliches Verfahren gewählt werden. Da Krankenhausplanung den Ländern obliegt, sollte eine über die Länder vergleichbare Methodik zur Anwendung kommen. Der G-BA könnte hierzu im Rahmen einer Richtlinie Empfehlungen geben. Einen empirischen Ansatz zur Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials bei der Bedarfsprognose in der Krankenhausplanung verfolgt Nordrhein-Westfalen. Inwieweit Ambulantisierungspotenziale und ambulantisierbare Leistungen bei der anstehenden Krankenhausreform berücksichtigt werden, ist zum Stand der Gutachtererstellung offen. Eine Kompatibilität der Methodik zur Bereinigung ambulantisierter Leistungen sollte angestrebt werden.

Neben der Begrenzung des Umfangs der Leistungserbringung ist die regionale Lenkung ein weiteres Ziel von Versorgungsplanung. Allerdings gehen mit der angestrebten Dynamik im Leistungsgeschehen des sektorenübergreifenden Bereichs auch für die Umsetzung dieses Ziels in der kurzen Frist Herausforderungen einher. So ist für Leistungsbereiche mit regionaler Unterversorgung einerseits und parallel bestehender regionaler Überversorgung andererseits ein Aus-tarieren der regionalen Ungleichgewichte primär über Zulassungsbeschränkungen in überver-sorgten Gebieten kaum realisierbar. Erschwerend hinzu kommt eine fehlende Datentransparenz in solchen Leistungsbereichen, die als Basis für Planungen eine zentrale Voraussetzung ist.

7 Modell einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung

Vor dem Hintergrund der genannten Herausforderungen wird in dieser Studie ein Zwei-Phasen- Modell mit einem initialen sektorenübergreifenden Monitoring in Phase 1, der eigentlichen Planung mit drei Varianten in Phase 2 und Kriterien des Übergangs von Phase 1 zu Phase 2 vorgeschlagen. Dies ermöglicht in Phase 1 einen marktgesteuerten Ambulantisierungsprozess, der bei drohender Überversorgung flexibel in ein Planungssystem übergeht, das die Entstehung und Verfestigung unerwünschter Versorgungsstrukturen verhindern soll. Um die Monitoring- und Planungsprozesse zu strukturieren, Maßzahlen als Kriterien für den Übergang von Phase 1 in Phase 2 zu entwickeln und auf die regionale Ebene zu übersetzen sowie institutionelle Zuständigkeiten zu klären, ist eine regulative Vorbereitungsphase notwendig. Abbildung 4 stellt die beiden Phasen sowie die Vorbereitungsphase schematisch dar. Die Varianten der Versorgungsplanung werden in Abschnitt 7.3 beschrieben.

Abbildung 4: Sektorenübergreifende Versorgungsplanung



Quelle: eigene Darstellung

7.1. Vorbereitungsphase

Grundlegende Überlegungen

Voraussetzung sowohl für ein systematisches Leistungsmonitoring als auch für das anschließende Planungssystem ist die Entwicklung von Soll-Maßzahlen für die angestrebten Leistungsmengen in den Leistungssegmenten. Dafür ist sowohl die **bedarfsgerechte Gesamtmenge ambulant und stationär erbrachter Leistungen** als auch – über den angestrebten **Ambulantisierungsgrad** – die ambulante Sollmenge zu ermitteln. Außerdem ist eine umfassende Analyse des **Status quo der Leistungserbringung** in den für die sektorenübergreifende ambulante Leistungserbringung vorgesehenen Leistungssegmenten erforderlich, so dass sich Soll und Ist jeweils gegenüberstellen lassen. Dies ist zum einen auf der Bundesebene festzulegen und muss zum anderen auf die regionalen Planungsebenen heruntergebrochen werden.

Zunächst müssen **bedarfsgerechte Leistungsmengen** unabhängig von ihrer Erbringungsform abgeschätzt werden, um damit (ggf. regionale) Überversorgung¹⁰ messen zu können. Die Differenzierung zwischen „echter“ und „angebotsinduzierter“ Nachfrage wird dabei eine zentrale Herausforderung sein. Dafür ist ein ausreichend detailliertes Konzept noch zu entwickeln, was den Rahmen dieser Studie jedoch sprengen würde. Es könnte perspektivisch durch den G-BA, basierend auf wissenschaftlichen Gutachten, unter zeitlicher Fristsetzung durch den Gesetzgeber erfolgen. Erste Arbeiten für Konzepte einer Ermittlung bedarfsgerechter Leistungsmengen sind allerdings verfügbar. So könnten möglicherweise Ansätze wie die des PopGroup-Projektes¹¹ zu den empirischen Zusammenhängen zwischen Morbidität der Versicherten und Prozeduren bzw. Leistungen genutzt werden. Außerdem sollten solche Analysen auf Konzepten leitliniengerechter Versorgung basieren. Dabei wird auch zu prüfen sein, welche regionalen Abgrenzungen sinnvoll und inwieweit regionale Vergleiche geeignet sind.

Da aber die sorgfältige und insofern zeitaufwändige Entwicklung eines solchen Konzeptes zeitgleich zur Einführung der Vergütungsanreize zur Ambulantisierung wenig praktikabel scheint, sollte **zunächst ein weniger komplexer Ansatz** verwendet werden. Als **lernendes System** sollte es im Laufe der Zeit in das wissenschaftlich fundiertere Konzept übergehen. Wie ursprünglich in der ambulanten Bedarfsplanung mit Ist-Arztzahlen, könnte hier analog **mit den Ist-Leistungsmengen** (alle Leistungen eines Leistungssegments, unabhängig vom Sektor, in dem diese erbracht werden) **gestartet** werden.

G-BA-Richtlinie zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung

Grundlage des Monitoring-Verfahrens wie auch des jeweils zu unterschiedlichen Zeitpunkten sich anschließenden Planungsverfahrens sollten, wie in Tabelle 4 dargestellt, Rahmenvorgaben einer **Richtlinie des G-BA zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung** sein.

Obwohl die Erbringung von Leistungen in diesem Bereich erst in der zweiten Phase an eine Zulassung bzw. Vergabe von Ausschreibungen geknüpft ist, dürfen auch in der ersten Phase (dem

¹⁰ Für die Adressierung regionaler Unterversorgung bspw. in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen scheinen Vergütungsanreize geeigneter als die Instrumente in Planungssystemen, da diese primär auf Begrenzungsregelungen abstellen.

¹¹ Das Innovationsfonds-Projekt PopGroup des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen der TU Berlin (Prof. Dr. Busse) entwickelt ein bevölkerungsbezogenes Klassifikationssystem zur sektorenübergreifenden Ermittlung des regionalen Versorgungsbedarfs, vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.).

Monitoring) nur solche Leistungserbringer tätig werden, die die zugehörigen Voraussetzungen der Qualitätssicherung (vgl. z.B. §§ 135 Abs. 2, 116b Abs. 4 S. 4 SGB V) erfüllen. Die Festlegung bzw. Klarstellung der konkreten Qualitätsanforderungen für die einzelnen Leistungsbereiche muss daher bereits in der Vorbereitungsphase erfolgen. Dies könnte in der Richtlinie des G-BA zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung umgesetzt werden.

Die eingeschlossenen Leistungssegmente müssen Planungsregionen zugeordnet werden. Grundlage hierfür kann die regionale Zuordnung der führenden Arztgruppe für die jeweiligen Leistungssegmente in der ambulanten Bedarfsplanung sein. Abhängig von den Charakteristika des entsprechenden Leistungssegments kann der G-BA auch abweichende Planungsregionen festlegen, als sich bei der Zuordnung nach der führenden Arztgruppe ergeben würden. Bei der Festlegung der Planungsregionen sollte eine Kompatibilität zu der Krankenhausplanung der Länder angestrebt werden. Dies würde eine Bereinigung der ambulantiserten Leistungen aus dem Krankenhausplan erleichtern und eine länderübergreifende Vergleichbarkeit gewährleisten.¹²

Weiterhin sind Vorgaben für die notwendigen Maßzahlen auf Bundesebene festzulegen, nämlich für

1. die Soll-Gesamtmenge der Leistungen des Leistungssegments (ambulant und stationär erbracht) (**Maßzahl 1 Bundesebene**) sowie für
2. die ambulante Soll-Menge (**Maßzahl 2 Bundesebene**).

Für die Festlegung der Soll-Gesamtmenge je Leistungssegment (Maßzahl 1 Bundesebene) sind zudem Regelungen zur Datenlieferung zum Zwecke der Ermittlung der Ist-Mengen in den einzelnen Leistungssegmenten zu treffen. Ausgangspunkt für Maßzahl 1 sind diese Ist-Leistungsmengen. Außerdem sind Kriterien für die Identifizierung eines begründeten Verdachts auf angebotsinduzierte Nachfrage bzw. einer Überversorgung in einzelnen Leistungssegmenten festzulegen. Grundlage dafür können sowohl internationale Vergleiche als auch die Analyse nationaler regionaler Unterschiede von Pro-Kopf-Leistungsmengen sein. Anschließend ist die Vorgehensweise zur Anpassung der Maßzahl 1 bei Verdacht auf angebotsinduzierte Nachfrage zu regeln. Zudem ist die Ermittlung des angestrebten optimalen Ambulantisierungsgrads je Leistungssegment zum Beispiel auf Grundlage internationaler Vergleiche zu beschreiben, um diesen auf Maßzahl 1 anzuwenden zu können, sodass sich daraus die ambulante Soll-Menge (Maßzahl 2 Bundesebene) ergibt.

Analog zur Regelungssystematik der Richtlinie zur ambulanten Bedarfsplanung sind Regelungen zum Herunterbrechen der Maßzahlen auf die regionale Ebene zu treffen – unter Berücksichtigung insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität. So kann beispielsweise ein überdurchschnittlicher Anteil älterer Menschen in der Region sowohl die Soll-Gesamtmenge der Leistungen in einem Leistungssegment (Maßzahl 1 regional) erhöhen als auch die ambulante Soll-Menge (Maßzahl 2 regional) aufgrund der damit verbundenen Kontextfaktoren senken.

Außerdem ist festzulegen, in welchen Fällen Abweichungen auf der regionalen Ebene etwa bei Besonderheiten der regionalen Versorgungsstrukturen beschlossen werden können. Zu denken wäre hier z.B. an Abweichungen im anzustrebenden regionalen Ambulantisierungsgrad, wenn

¹² In den Krankenhausplänen der Länder wird häufig nach Versorgungsgebieten geplant, die sich an Raumordnungsregionen orientieren.

spezialisierte Klinikstandorte schwerere Fälle mit höherem stationärem Versorgungsbedarf innerhalb eines Leistungssegments überregional anziehen.

Schließlich sind Vorgaben zu machen, wann je Leistungssegment in den Planungsregionen der Übergang von Phase 1 (Leistungsmonitoring) in Phase 2 (Leistungsplanung) stattfinden soll. Ausgangspunkt ist hier zunächst die ambulante Soll-Menge (Maßzahl 2 regional) im Leistungssegment. Spätestens wenn diese erreicht ist, sollte die Phase 2 einsetzen. Da jedoch vermieden werden soll, dass sich Überversorgung etabliert und verfestigt, bietet es sich an, einen Prozentsatz der ambulanten Soll-Leistungsmenge der Maßzahl 2, z.B. 90 oder 95%, festzulegen, bei deren Erreichung das Leistungssegment bereits in Phase 2, die sektorenübergreifende Versorgungsplanung, übergeht.

Festlegung institutioneller Zuständigkeiten

Neben dem grundsätzlichen Auftrag an den G-BA zur Erstellung einer Richtlinie zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung sind seitens des Gesetzgebers die zuständigen Akteure sowohl auf Bundes- als auch regionaler Ebene festzulegen. Im Rahmen seiner Richtlinien-Kompetenz erscheint der G-BA für die Bundesebene als der geeignete Akteur, die Maßzahlen 1 und 2 für die einzelnen Leistungssegmente auf Bundesebene festzulegen.

Das Herunterbrechen der Maßzahlen auf die regionale Ebene im Rahmen eines sektorübergreifenden Versorgungsplans nach den Vorgaben der Richtlinie könnte auf KV-Ebene durch die KVen und die Landeskrankengesellschaften im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, analog zur Vorgehensweise in der ambulanten Bedarfplanung, erfolgen. Wie für den Bedarfsplan nach § 99 SGB V vorgesehen, sollte auch hier die Verpflichtung zur Vorlage dieses sektorenübergreifenden Versorgungsplans bei der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde bestehen. Diese hätte dann ein Beanstandungsrecht innerhalb einer Frist von zwei Monaten.

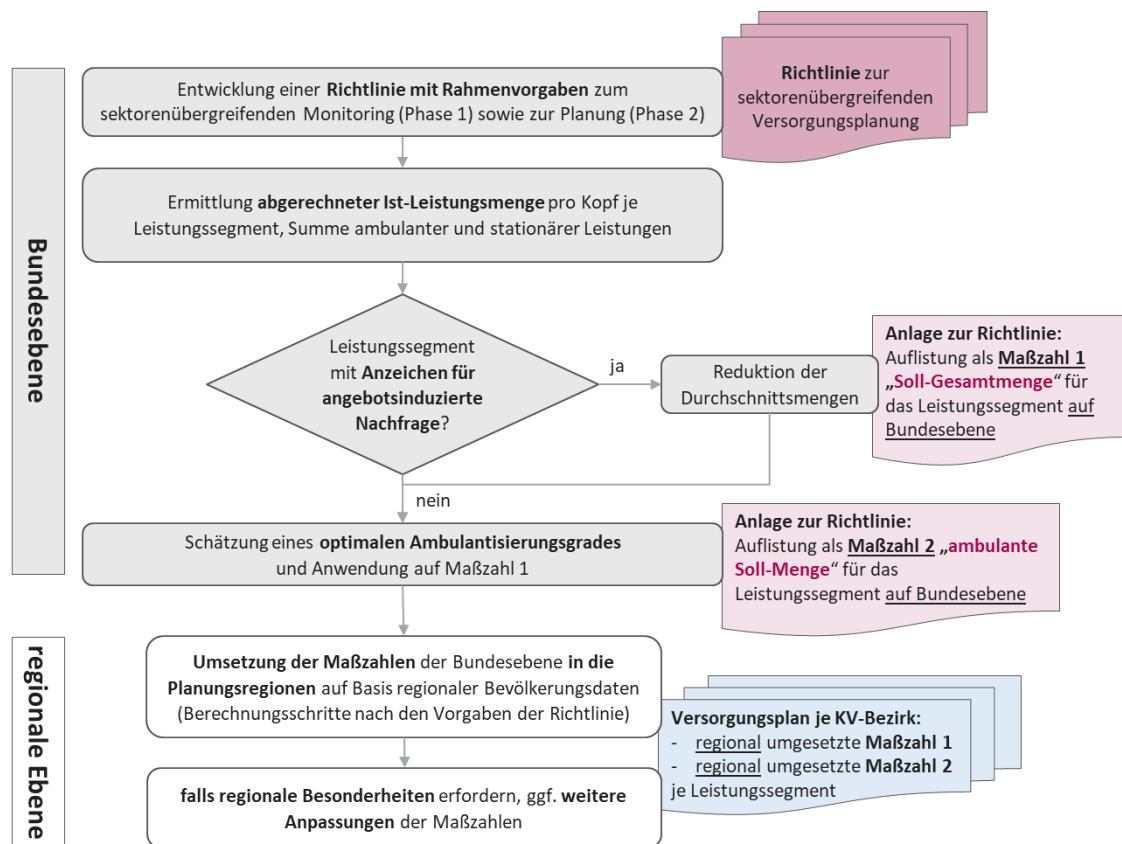
Bei ausbleibendem Einvernehmen zwischen KV, Landeskrankengesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen wäre auch hier eine analoge Regelung zur Anrufung des Landesausschusses nach § 90 SGB V vorzusehen (vgl. dazu § 99 Abs. 2 SGB V). Diese Kompetenz sollte dem erweiterten Landesausschuss, der bspw. auch für die Wahrnehmung der Aufgaben im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vorgesehen ist (§ 116b Abs. 3 SGB V), übertragen werden. Dabei handelt es sich um den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der um Vertreter der Krankenhäuser, bestellt durch die Landeskrankengesellschaft, erweitert wird, sodass eine G-BA-Parität mit einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern entsteht. Wie in § 90 Abs. 4 verankert, wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden beratend im erweiterten Landesausschuss mit.

Die durch die Richtlinie geregelten zusätzlichen Anpassungsmöglichkeiten der Maßzahlen durch die regionale Ebene könnten ebenfalls der Kompetenz des erweiterten Landesausschusses unterstellt werden. Für die Landesebene spricht hier z.B., dass sich Prozesse der regionalen Verteilung von leichten und schwereren Fällen aufgrund regionaler Spezialisierung beobachten und planerisch berücksichtigen lassen. Die erweiterten Landesausschüsse könnten auch das regionale Monitoring in Phase 1 und die Planung in Phase 2 wahrnehmen.

Umsetzungsprozess der Maßzahlen im Rahmen der G-BA-Richtlinie in der Vorbereitungsphase des sektorenübergreifenden Monitorings

Abbildung 5 und Tabelle 4 zeigen den mit dieser Studie empfohlenen und auf einer solchen Richtlinie aufbauenden Prozess der Ermittlung der Soll-Maßzahlen für das Monitoring ausgehend von Ist-Mengen der Leistungserbringung. Entsprechend den Vorgaben der Richtlinie werden auf Bundesebene durch den G-BA die Ist-Leistungsmengen der einzelnen Leistungssegmente ermittelt und nach den festgelegten Kriterien auf Anhaltspunkte für Überversorgung überprüft und ggf. angepasst und so die Maßzahl 1 (Soll-Gesamtmenge) auf Bundesebene ermittelt. Ebenfalls entsprechend den Richtlinien-Kriterien wird auch die Maßzahl 2, die ambulante Soll-Menge, festgelegt.

Abbildung 5: Prozess in der Vorbereitungsphase



Quelle: eigene Darstellung

Das Herunterbrechen der Maßzahlen auf die regionale Ebene nach den Vorgaben der Richtlinie erfolgt auf KV-Ebene durch die KVen und die Landeskrankenhausesellschaften im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen im sektorenübergreifenden Versorgungsplan. Die erweiterten Landesausschüsse werden (wie bereits beschrieben) bei ausbleibendem Einvernehmen angerufen und nehmen ggf. im Rahmen der ihnen zugeordneten Kompetenzen weitere Anpassungen vor.

Ergebnis des Berechnungsprozesses für die einzelnen Planungsregionen und Leistungssegmente sind also zwei regionale Maßzahlen, die die Grundlage für den Monitoring-Prozess bilden:

1. die regional angepasste Soll-Gesamtmenge der Leistungen des Leistungssegments (ambulant und stationär erbracht) (Maßzahl 1 regional) und
2. die ambulante Soll-Menge (Maßzahl 2 regional).

Tabelle 4: Details der Vorbereitungsphase (Bezug, Akteure und Instrumente)

Vorbereitungsschritte	Bezug der Maßzahl	geograf. Bezug	beteiligte Akteure	Methoden und Instrumente
<p>1 Entwicklung einer Richtlinie mit Rahmenvorgaben, die u.a. folgende Aspekte umfasst:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Festlegung von Qualitätsanforderungen für die Erbringung der Leistungen in Phase 1 2. Zuordnung von Planungsregionen zu Leistungssegmenten 3. Ableitung der Maßzahlen auf Bundesebene 4. Formeln zur Umsetzung der bundesweiten Maßzahlen in die Planungsregionen 5. Abweichungsmöglichkeiten bei regionalen Besonderheiten 6. Datenumfang und Prozess der Datenlieferung 7. Vorgaben für den Übergang von Phase 1 (Monitoring) in Phase 2 (Planung), z.B. Festlegung eines Prozentsatzes der Maßzahl 2, bei dessen Erreichung der Übergang stattfinden muss 		Bundesebene	G-BA auf Basis wissenschaftlicher Gutachten	Konzeptentwicklung auf Basis wissenschaftl. Gutachten in enger Orientierung an die amb. BP-RL
<p>2 Ermittlung abgerechneter Ist-Leistungsmengen je Leistungssegment (Summe ambulanter und stationärer Leistungen)</p>	durchschnittl. Leistungen je Kopf der Bevölkerung	Bundesebene	G-BA <u>Zuarbeit:</u> InBA und/oder InEK <u>Datenlieferung:</u> GKV-SV	Analyse von Abrechnungsdaten
<p>3a Prüfung auf Leistungssegmente mit Anzeichen für angebotsinduzierte Nachfrage</p>	durchschnittl. Leistungen je Kopf der Bevölkerung	Bundesebene	G-BA <u>Zuarbeit:</u> InBA und/oder InEK	nationale (z.B. starke regionale Schwankungen) & internationale Analysen, Expertenpanels
<p>3b Reduktion der Durchschnittsmengen bei Leistungen mit Anzeichen für angebotsinduzierte Nachfrage = angepasste Gesamtmenge je Leistungssegment → Maßzahl 1 (Bundesebene)</p>	durchschnittliche Leistungen je Kopf der Bevölkerung	Bundesebene	G-BA <u>Zuarbeit:</u> InBA und/oder InEK	nationale sowie internationale Analysen, Expertenpanels
<p>3c Schätzung eines optimalen Ambulantisierungsgrads und Anwendung auf Maßzahl 1 → Maßzahl 2 (Bundesebene)</p>	ambulante Soll-Menge	Bundesebene	G-BA <u>Zuarbeit:</u> InBA und/oder InEK	internationale Analysen, Expertenpanels
<p>4 Regionale Umsetzung und ggfs. Anpassung der Maßzahlen der Bundesebene im Versorgungsplan je KV-Bezirk auf Basis regionaler Bevölkerungsdaten (Berechnungsschritte nach den Vorgaben der Richtlinie) → <u>regional</u> umgesetzte Maßzahl 1 → <u>regional</u> umgesetzte Maßzahl 2</p>	durchschnittliche Leistungen je Kopf	Planungsregion abh. vom Leistungssegment, Zuordnung in Anlehnung an Fachgruppenansatz der amb. BP-RL	KV und LKG im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen; Prüfung des Versorgungsplans durch Landesaufsicht	Analyse regionaler Abrechnungs- und Bevölkerungsdaten
<p>5 ggf. weitere Anpassungen beider Maßzahlen „falls regionale Besonderheiten dies erfordern“ (z.B. Versorgungsstrukturen, sozioökonom. Faktoren)</p>			erweiterte Landesausschüsse nach § 116b Abs. 3 SGB V	u.a. Analyse regionaler Bevölkerungsdaten (z.B. BBSR/INKAR), Expertenpanels

Quelle: eigene Darstellung

7.2. Phase I: Sektorenübergreifendes Monitoring

Da der Gesetzgeber die Ambulantisierung, d.h. die Verlagerung von stationär zu ambulant, über Vergütungsanreize beschleunigen möchte, sollte eine Versorgungsplanung mit Mengenbegrenzungen grundsätzlich erst einsetzen, wenn der Ambulantisierungsprozess abgeschlossen ist. In der ersten Phase sollten daher Leistungserbringer, die die zugehörigen Voraussetzungen der Qualitätssicherung (vgl. z.B. §§ 135 Abs. 2, 116b Abs. 4 S. 4 SGB V) erfüllen, Leistungen grundsätzlich ohne Mengenbegrenzung erbringen können. Allein durch die Notwendigkeit der Erfüllung definierter Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringung kann jedoch von einer mengenbegrenzenden Wirkung ausgegangen werden.

Allerdings ist zu erwarten, dass es bei einzelnen Leistungssegmenten ohne Mengenbegrenzung auch zu einer (regionalen) Überversorgung durch angebotsinduzierte Nachfrage kommen könnte und in der Konsequenz nicht gewollte Strukturen regionaler Überversorgung entstehen, die dann in der eigentlichen Planungsphase nicht mehr behoben werden können. Daher ist in Phase I ein differenziertes Monitoring der Leistungsentwicklung für die eingeschlossenen Leistungssegmente mit einer sich unmittelbar anschließenden Konsequenz für den Übergang in Phase 2 erforderlich.

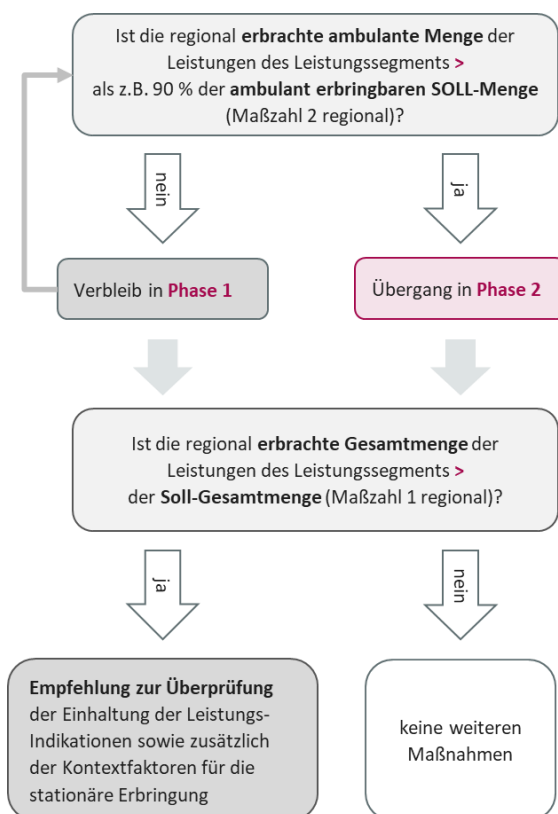
Das Monitoring ist, neben dieser Kernfunktion für Phase I, als Daueraufgabe in Phase 2 als Basis für einen regelmäßigen Soll-Ist-Abgleich im Planungsmodell notwendig. Der Umfang des sich in Phase 2 anschließenden, kontinuierlichen Monitorings kann jedoch von dem in der ersten Phase abweichen. Das Monitoring findet kontinuierlich in Perioden statt. Eine Periode kann z.B. ein Kalenderjahr umfassen. Das initiale Monitoring würde in der Startperiode stattfinden.

Das Monitoring selbst basiert auf den Ergebnissen der Vorbereitungsarbeiten (vergleiche Abschnitt 7.1). Ziel ist es, den Ambulantisierungsprozess zu begleiten und zu veranlassen, dass in seinem Verlauf schon bestehende Überversorgung (etwa aufgrund angebotsorientierter Nachfrage) korrigiert und neu entstehende Überversorgung verhindert wird. Die regionalen Maßzahlen dienen hier als Maßstab und dazu, den Zeitpunkt für den Übergang in Phase 2, die sektorenübergreifende Versorgungsplanung, zu bestimmen. Gleichzeitig sind sie Indikatoren dafür, Anpassungen z.B. in der Krankenhausplanung einzuleiten. Schon in der Startperiode und in jeder folgenden Periode sollte überprüft werden, inwieweit Anzeichen für regionale ambulante Überversorgung für ein Leistungssegment vorliegen. Kriterium hierfür ist das Überschreiten des festgelegten Anteils (z.B. 90 %) der ambulant zu erbringenden Soll-Menge eines Leistungssegments (Maßzahl 2 regional). Die ambulante Soll-Menge wird der tatsächlichen regionalen Menge der ambulant erbrachten Leistungen gegenübergestellt. Überschreitet die regional erbrachte ambulante Leistungsmenge¹ diese Zielgröße, erfolgt unmittelbar in der entsprechenden Periode der Übergang des Leistungssegments in Phase 2, die sektorenübergreifende Versorgungsplanung.

Abbildung 6 zeigt einen exemplarischen Ablauf des Monitorings je Periode.

¹ Hierunter fallen nicht die mit Hybrid-DRG vergüteten Leistungen, die dennoch stationär erbracht wurden.

Abbildung 6: Prozess im sektorenübergreifenden Monitoring



Quelle: eigene Darstellung

Besondere Schwierigkeiten können auftreten, wenn zwar die Maßzahl 2 nicht erreicht wird, jedoch Anzeichen für Überversorgung im gesamten Leistungssegment durch Überschreitung der Maßzahl 1 von vornherein vorliegen oder sich im Rahmen des angestrebten Ambulantisierungsprozesses einstellen. Das heißt, zwar wird die ambulant zu erbringende Soll-Menge (Maßzahl 2 regional) nicht erreicht, jedoch werden insgesamt mehr Leistungen eines Leistungssegments erbracht als die im Sinne der Bedarfsgerechtigkeit ermittelte Gesamtmenge (Maßzahl 1 regional). Die Menge der stationär erbrachten Leistungen ist also von vornherein zu hoch und/oder sinkt nicht entsprechend dem Anstieg der ambulant erbrachten Leistungen. Dies ist nicht mit den Instrumenten der Phase 2 adressierbar, da diese nur die ambulant erbrachten Leistungen betreffen. Eine vorzeitig einsetzende Planung wäre hier kein passendes Instrument; sie würde eine ggfs. nicht-indikationsgerechte Leistungserbringung nicht adressieren können.

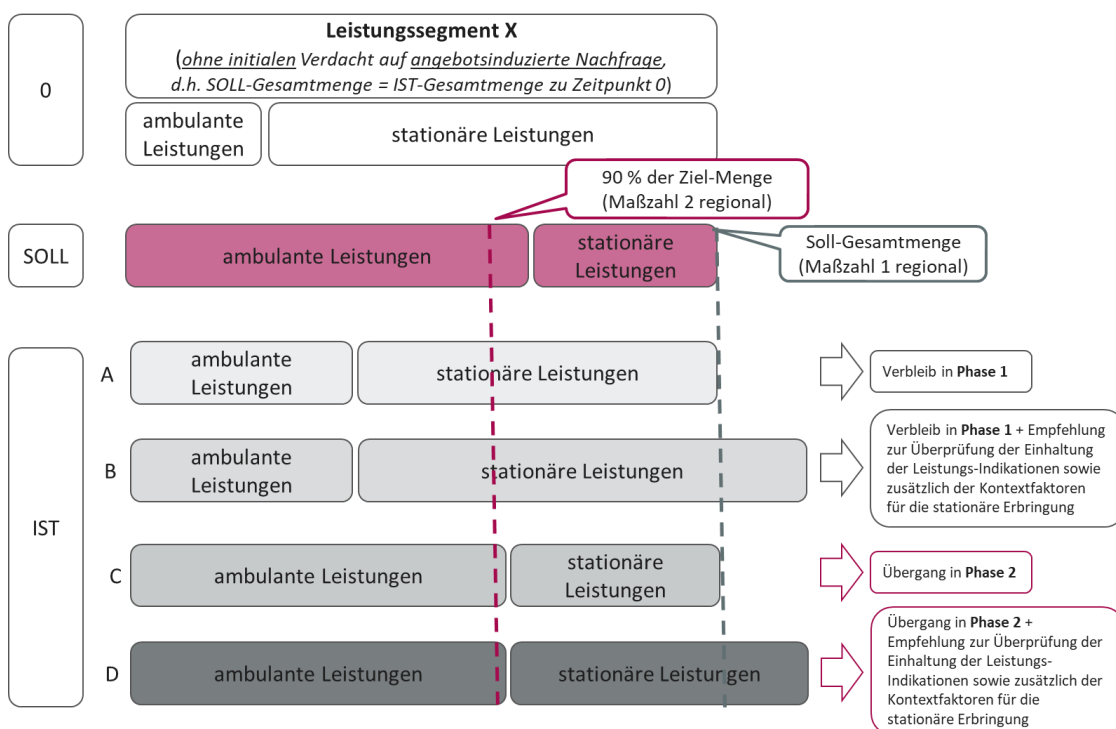
Zusätzlich würde eine frühzeitige Zuteilung von Arztsitzen (Variante A, vgl. Kap. 7.3.1) oder ausgeschriebenen Leistungen (Variante B, vgl. Kap. 7.3.2) den angestrebten durch die Vergütungsmechanismen ausgelösten Effizienzwettbewerb in der Ambulantisierungsphase verhindern. Eine durch das frühzeitige Einsetzen des Planungsprozesses angereizte frühzeitige Sicherung von Arztsitzen durch die Akteure in Variante A könnte außerdem dazu führen, dass mit den zusätzlichen Kapazitäten dann vorwiegend andere Leistungen als diejenigen des beplanten Leistungssegments erbracht würden.

Ansatzpunkt für den Fall der isolierten Überschreitung der regionalen Maßzahl 1 (Soll-Gesamtmenge regional) können hier also nur die Krankenhausplanung oder Prüfmechanismen bzgl. der Indikationsgerechtigkeit entsprechender Leistungen sein. Dabei sollte bei grundsätzlich bestehender Indikation für die Erbringung der Leistung im stationären Bereich auch geprüft werden, ob entsprechende Kontextfaktoren die stationäre Erbringung rechtfertigen. Ist dies nicht der

Fall, ist von einer primären Fehlbelegung auszugehen, sodass entsprechende Maßnahmen durch den Medizinischen Dienst (MD) initiiert werden müssten.

Mögliche Szenarien der Mengenentwicklung eines Leistungssegments im Vergleich zum ermittelten Soll und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die sektorübergreifende Planung werden exemplarisch in **Abbildung 7** dargestellt. Als Soll werden die angestrebten Mengen definiert. Sie bestimmen sich über die jeweiligen regionalen Maßzahlen 1 und 2. Um zu verhindern, dass sich (regionale) Überversorgung etabliert, wird für den Übergang in die Planungsphase eine Schwelle von hier exemplarisch 90 % der ambulanten Soll-Menge (Maßzahl 2 regional) angesetzt und in der Grafik durch eine gestrichelte Linie dargestellt. Darunter werden vier mögliche Ist-Situationen exemplarisch aufgezeigt.

Abbildung 7: Szenarien der Mengenentwicklung in einem Leistungssegment



Quelle: eigene Darstellung

Die **Situation A** zeigt eine bedarfsgerechte Versorgungssituation insgesamt im Leistungssegment. Der angestrebte Ambulantisierungsgrad bzw. die Maßzahl 2 (ambulante Soll-Menge) ist jedoch noch nicht erreicht. Dieser noch ausstehende Ambulantisierungsprozess zeigt sich analog in der im Vergleich zum Soll zu hohen stationären Leistungsmenge. Das Leistungssegment verbleibt daher in der Monitoring-Phase.

In der **Situation B** ist die Maßzahl 2 ebenfalls nicht erreicht, jedoch herrscht gemessen an Maßzahl 1 (Soll-Gesamtmenge) Überversorgung. Die stationäre Leistungsmenge ist gemessen an der angestrebten stationären Menge (Maßzahl 1 minus Maßzahl 2) zu hoch. Diese Überversorgungssituation kann einerseits schon in der Startphase vorliegen. Sie kann sich andererseits auch ergeben, wenn die stationären Leistungen im Laufe des Ambulantisierungsprozesses nicht ausreichend stark zurückgehen. Die Ursachen können vielfältig sein: eine nicht indikationsgerechte oder nicht durch Kontextfaktoren berechnete stationäre Leistungserbringung und/oder eine nicht indikationsgerechte Leistungserbringung im ambulanten Bereich, indem unnötige Behandlungen per angebotsorientierter Nachfrage

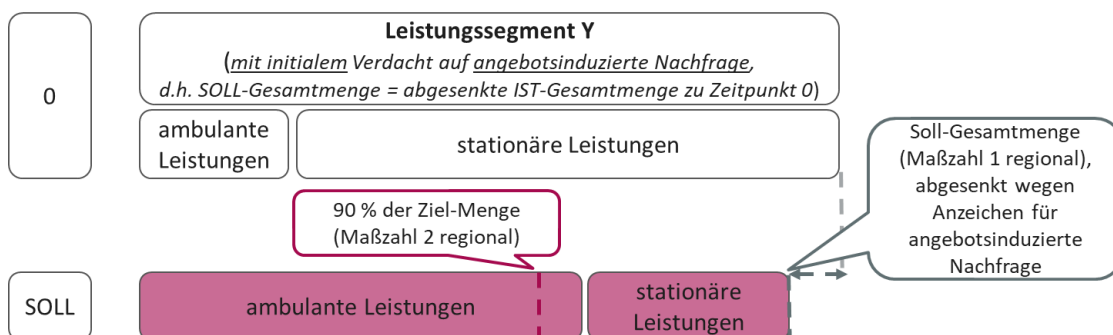
generiert werden. Das Leistungssegment verbleibt jedoch in der Monitoring-Phase, weil die ambulante Ziel-Menge (Maßzahl 2) noch nicht erreicht wurde. Insbesondere für den stationären Sektor wird in dieser Situation empfohlen, die Einhaltung der Leistungs-Indikationen sowie zusätzlich der Kontextfaktoren für die stationäre Erbringung zu prüfen.

In der **Situation C** ist der festgelegte Prozentsatz der Maßzahl 2 (ambulante Soll-Menge) erreicht. Gleichzeitig sind die stationären Leistungen wie angestrebt zurückgegangen. Die marktlichen Anreize haben insofern ihr Ziel erreicht. Das Leistungssegment geht in die Planungsphase über, um keine ambulante Überversorgung entstehen zu lassen. Weitere Maßnahmen sind nicht zu initiieren.

Anders sieht die **Situation D** aus. Auch hier ist der festgelegte Anteil der Maßzahl 2 (ambulante Soll-Menge) erreicht, was den Übergang des Leistungssegments in die Planungsphase auslöst. Jedoch herrscht insgesamt gemessen an Maßzahl 1 (Soll-Gesamtmenge) eine Überversorgung, und auch hier sind die Ursachen nicht per se klar. Entsprechend sollten ebenfalls Maßnahmen außerhalb des Planungssystems, insbesondere Prüfmechanismen, ausgelöst werden.

Bei Leistungssegmenten mit initialem Verdacht auf angebotsinduzierte Nachfrage sind die Situationen B bis D analog denkbar und mit den gleichen Auswirkungen wie in Abbildung 4 dargestellt verbunden. Da bei solchen Leistungssegmenten jedoch Soll-Mengen unterhalb der Ist-Leistungsmengen liegen, erscheint Situation A in seiner ursprünglichen Form nicht realistisch. **Abbildung 8** stellt daher nur die von Abbildung 4 abweichende initiale Konstellation von Soll- und Ist-Mengen für diesen Fall dar.

Abbildung 8: Soll- und Ist-Mengen bei Leistungssegmenten mit initialem Verdacht auf angebotsinduzierte Nachfrage



Quelle: eigene Darstellung

Erwogen werden könnte für diesen Fall ein sofortiger Übergang in die Phase 2. Ein mögliches Argument hierfür wäre, dass eine in der Versorgung schon bestehende angebotsinduzierte Nachfrage sich sehr schnell auch in den ambulanten Bereich übertragen könnte. Jedoch müsste man auch in dem Fall ggfs. mit den oben beschriebenen problematischen Auswirkungen einer zu frühzeitigen Planung rechnen (z.B. Verhinderung des Effizienzwettbewerbs in der Ambulantisierungsphase). Daher ist der sofortige Übergang in Phase 2 hier nicht zu empfehlen.

Je nach Verlauf des Ambulantisierungsprozesses kann die Phase I in den einzelnen Leistungssegmenten unterschiedlich lang dauern kann. Für die Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung könnte sich im Zuge des Ambulantisierungsprozesses das Problem ergeben, dass knappe Kapazitäten an zugelassenen Ärzten und damit entsprechender ärztlicher Arbeitszeit in einzelnen fachärztlichen Bereichen die Erbringung zusätzlicher ambulanter Leistungen be-

schränken. In diesem Fall sollte kurzfristig die Möglichkeit einer zusätzlichen (Teil-)Zulassung aufgrund eines ambulantisierungsbedingten Sonderbedarfs im Rahmen der ambulanten Bedarfsplanung ermöglicht werden.

7.3. Phase 2: Sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Die in der ersten Phase identifizierten Leistungssegmente, bei denen der festgelegte Anteil der ambulanten Soll-Menge (Maßzahl 2 regional) erreicht wurde, gehen in der zweiten Phase in eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung über. Dabei kann der Zeitpunkt des Übergangs, wie oben beschrieben, für unterschiedliche Leistungssegmente verschieden sein. Im Folgenden werden dafür drei Varianten vorgeschlagen. Für den Zeitpunkt des Übergangs von der Monitoring- in die Planungsphase könnte ein Vorrang der Zulassung für schon während der Monitoringphase tätige Leistungserbringer erwogen werden.

7.3.1 Variante A: Erweiterung des Umfangs der ambulanten Bedarfsplanungs-Richtlinie

Ausgangspunkt der Variante A ist die ambulante Bedarfsplanung.¹³ Leistungen aus dem sektorenübergreifenden Leistungsbereich (Abschnitt 5) würden hierbei in das bisher mit der ambulanten Bedarfsplanung geplante Leistungsvolumen überführt werden. Vorteil dieser Variante ist, dass kein zusätzliches eigenständiges Planungssystem für die sektorenübergreifenden Leistungen konzipiert werden muss, sondern nur Anpassungen in der institutionellen Ausgestaltung vorgenommen werden müssen (Erweiterte Landesausschüsse, vgl. Kap. 7.1). Ein eigenständiges Planungssystem birgt die Gefahr, ungewollt einen zusätzlichen dritten Sektor zu schaffen und damit mögliche zusätzliche Schnittstellenprobleme.

Bei dem in das ambulante Bedarfsplanungssystem überführten Leistungsvolumen kann es sich um bisher oder zukünftig von Krankenhäusern ambulant erbrachte Leistungen bzw. bisher unbeplante, durch Vertragsärzte oder Krankenhäuser erbrachte, ambulante Leistungsarten handeln. Da in der ambulanten Bedarfsplanung allerdings keine Leistungen, sondern „Arztköpfe“ durch den Hebel der Zulassung geplant werden, muss in dieser Variante zunächst eine Umrechnung der überführten Leistungen in ärztliche Vollzeitäquivalente erfolgen. Dies geschieht durch eine Umrechnung der Zeiten für die Erbringung der entsprechenden Leistungsmenge in Arztstunden und -minuten und darauf aufbauend in ärztliche Vollzeitäquivalente. Die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA muss dann entsprechend modifiziert werden.

Grundsätzlich sind arztzentrierte Leistungen aus dem sektorenübergreifenden Bereich geeigneter für Variante A als bspw. stark teamorientierte Leistungen, an denen verschiedene Professionen mitwirken. Arztzentrierte Leistungen sind z.B. in der Regel AOP-Leistungen (§ 115b SGB V), ebenso vielfach Leistungen ausgewählter Krankenhausambulanzen (z.B. Hochschulambulanzen, § 117 SGB V), aber auch (ausgewählte) Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V), die zwar teamorientiert, jedoch nicht professionsübergreifend konzipiert ist. Weniger geeignet für die Überführung in die ambulante Bedarfsplanung ist die Berücksichtigung von Leistungen in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (§ 119c SGB V) oder in Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V). Für diese Leistungen ist die professionsübergreifende Ausrichtung prägend.

¹³ Vgl. oben Abschnitt 3.1.

Eine stark arztzentrierte Planung könnte hier mit unerwünschten Effekten für die Versorgung einhergehen.

In Variante A würden zudem bestehende regionale Ungleichgewichte unter Berücksichtigung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser deutlich und könnten mit entsprechenden Zulassungsbeschränkungen bzw. -erweiterungen adressiert werden. Um Ungleichgewichte innerhalb einzelner Facharztgruppen und Regionen durch die Hinzunahme neuer Leistungen nicht weiter zu verstärken, könnte zudem ein höherer Konkretisierungsgrad der Bedarfsplanung für die Leistungen dieses sektorenübergreifenden Versorgungsbereichs erwogen werden. Dies könnte auf zwei Weisen geschehen. Einerseits könnten die beplanten Arztgruppen stärker differenziert werden – hierfür könnte sich z.B. eine Aufteilung nach vorwiegend konservativ und vorwiegend operativ tätigen fachärztlichen Gruppen anbieten. Andererseits könnte analog zu dem schon in der Bedarfsplanung eingesetzten Element des qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs eine Beplanung über konkrete Versorgungsaufträge, bezogen auf den Leistungsbereich der facharztspezifischen ambulantisierbaren Leistungen, eingeführt werden.

Für beide Wege ist jedoch kritisch zu überprüfen, inwieweit sie zusätzliche Schnittstellenprobleme für Patienten generieren, z.B. Überweisungswege zwischen neu entstehenden „Facharzt-Untergruppen“, und/oder zu hohen regulativen und bürokratischen Aufwand erzeugen, z.B. Festlegung der Leistungsbereiche und Kontrolle der Einhaltung der Leistungsabgrenzung. Dabei ist zu erwägen, ob der möglichen Gefahr einer unerwünschten Verlagerung von Leistungsanteilen in den operativen Bereich nicht flexibler mit der Umgestaltung von Vergütungsanreizen, hier zugunsten des konservativen Bereichs, begegnet werden könnte. Auch ist vorstellbar, die Zulassungen für die in die Bedarfsplanung überführten Leistungen zeitlich zu befristen. Dazu wäre ein jeweils angemessener zeitlicher Rahmen vorzusehen, so dass Investitionen in die entsprechenden Leistungen von den Leistungserbringern als sinnvoll eingeschätzt werden.

Die in der sektorenübergreifenden Versorgung erbrachten Leistungen sind nicht nur bei der ambulanten Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Vielmehr ist es auch notwendig, solche Leistungen, die nunmehr nicht mehr stationär, sondern ambulant erbracht werden, bei der Krankenhausplanung zu beachten. Hier sind die Leistungen entsprechend in nicht mehr notwendige Betten umzurechnen. Dies ist Aufgabe der jeweiligen Landesbehörden.

7.3.2 Variante B: Ausschreibung von Leistungspaketen

Aufbauend auf der Vorbereitungsphase werden in Variante B die ermittelten Bedarfe in einer Region zu passenden Leistungspaketen gebündelt und zu festen Preisen, die sich aus den bestehenden und mit diesem Reformvorschlag nicht adressierten Vergütungsregelungen ergeben, ausgeschrieben. Die Leistungsbündel dürfen nicht zu kleinteilig sein, sondern müssen eine Bewerbung für einen zusammenhängenden Kontext von Leistungen attraktiv machen. Auf die Ausschreibungen könnten sich alle Leistungserbringer bewerben, die zur Erbringung der Leistungen in der entsprechenden Region die notwendigen Voraussetzungen mitbringen.

Für die Zuschlagserteilung bedarf es konkreter Kriterien, unter anderem Wirtschaftlichkeitsaspekte. Für Leistungen, die spezifische Geräte erfordern, könnten Leistungserbringer in der Vergabe bevorzugt werden, die diese bereits angeschafft haben, um aus Gesamtsystem-Perspektive nicht notwendige Investitionen zu vermeiden und bestehende Ressourcen auszulasten. Auch Qualitätskriterien sollten einbezogen werden. So dürften Leistungserbringer, die bereits Erfahrungen in der Erbringung vergleichbarer Leistungen aufweisen können, ein höheres Qualitätsniveau erreichen. Auch die Vorhaltung eines professionsübergreifenden Teams kann für

manche Leistungspakete eine sinnvolle Anforderung sein. Durch den in einem solchen Ausschreibungsmodell ausgelösten Wettbewerb sollte ein vorteilhaftes Kosten-Nutzen-Verhältnis in dem sektorenübergreifenden Leistungssegment erreicht werden. Die für die Entscheidung genutzten Kriterien müssen dabei bei der Ausschreibung transparent kommuniziert und mit einer festen Hierarchie untereinander versehen werden. Die Kriterien und ihre Hierarchie sollten bundeseinheitlich ausgestaltet werden, ihre konkrete Operationalisierung auf der Landesebene.

Ein weiterer Vorteil dieser Variante ist die Möglichkeit, dem zeitlich variablen Bedarf einzelner Leistungen gerecht zu werden. Anders als in der regulären ambulanten Bedarfsplanung sind auch befristete Ausschreibungen umsetzbar. Dies setzt an der oft diskutierten Problematik unbegrenzter, auch über ein Vertragsarztleben hinausgehender Zulassungen in der ambulanten Bedarfsplanung an. Diese Befristungen können zudem leistungsspezifisch variieren. Gerade für investitionsintensive Leistungen sind in der Regel längere Fristen notwendig.

Anders als in Variante A sind in dieser Variante auch solche Leistungen gut abbildbar, die professionsübergreifend konzipiert sind und für die eine Berücksichtigung in einem Planungssystem den regionalen Zugang zu diesen Leistungen verbessern könnte. Dies gilt etwa für Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (§ 119c SGB V), deren regionale Verteilung zurzeit nicht dem Kriterium der Versorgungsgerechtigkeit zu folgen scheint. Die Leistungsbeschreibungen der auszuschreibenden Leistungspakete könnten entsprechend formuliert werden.

Die bundesweite Definition der Kriterien und ihrer Ausgestaltung und Hierarchisierung sollte bereits in der Vorbereitungsphase durch den G-BA entwickelt und in der Richtlinie zur sektorenübergreifenden Versorgung verankert werden. Wie bereits für Variante A erläutert, könnte man für die Umsetzung der Ausschreibungen auf der Landesebene erweiterte Landesausschüsse nutzen. Alternativ könnten neue Gremien dafür geschaffen werden (z.B. „§ 90b-Gremien“).

Die über Ausschreibungen vergebenen, in der sektorenübergreifenden Versorgung erbrachten Leistungen sind, soweit sie bislang in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht wurden, in der ambulanten Bedarfsplanung von den Landesausschüssen bereinigend zu berücksichtigen. Auch müssen solche Leistungen, die nunmehr nicht mehr stationär, sondern ambulant erbracht werden, bei der Krankenhausplanung bereinigend berücksichtigt werden. Hier sind die Leistungen entsprechend von den zuständigen Landesbehörden in nicht mehr notwendige Betten umzurechnen.

7.3.3 Variante Y: Kombination der Varianten A und B

In den vorangegangenen beiden Abschnitten sind die beiden Varianten A und B als Alternativen dargestellt worden. Allerdings hatte die Analyse bereits gezeigt, dass beide Varianten nicht gleichermaßen für alle Leistungen geeignet sind. Alternative A ist eher für nichtkomplexe Leistungen, die insbesondere kein interprofessionelles Team mit nichtärztlichen Leistungserbringern bei der Leistungserbringung benötigen, geeignet. Variante B kann zwar ebenfalls solche Leistungen abbilden. Allerdings stellt sich die Frage, ob dafür ein umfassendes Ausschreibungs-geschehen für ein breites Leistungsspektrum angemessen ist.

Daher bietet es sich an, beide Varianten miteinander zu kombinieren. Die Erweiterung des Umfangs der ambulanten Bedarfsplanung würde für weniger komplexe Leistungen vorgesehen. Dagegen würden komplexe Leistungen im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens in die Versorgung einbezogen. Die genaue Abgrenzung bedürfte einer empirischen Untersuchung, die im

Rahmen dieser Studie nicht geleistet werden kann. Mit der Vergabe einer entsprechenden empirischen Untersuchung könnten GKV-SV, KBV und DKG oder der G-BA beauftragt werden.

8 Limitationen

Die vorliegende Studie weist einige Limitationen auf. So ist es nicht möglich, eine Reihe von notwendigen konzeptionellen und empirischen Untersuchungen im Rahmen dieser Studie durchzuführen. Dies gilt beispielhaft für die Abgrenzung der Leistungen in Variante Y nach den beiden Teil-Varianten A und B in Phase 2. Die Entwicklung eines differenzierten Modells der Maßstäbe des Monitorings und des Konzepts bedarfsgerechter Leistungsmengen sprengt den Rahmen der Studie. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf, der ähnlich wie bei der Weiterentwicklung der ambulanten Bedarfsplanung durch den G-BA oder der Weiterentwicklung des AOP-Kataloges durch die Vertragspartner nach § 115b SGB V durch die Vergabe entsprechender Gutachten bearbeitet werden könnte.

Eine grundsätzliche Beschränkung ergibt sich auch daraus, dass – wie an mehreren Stellen der Studie deutlich geworden – Planung und Vergütung nicht immer losgelöst voneinander betrachtet werden können. Vielfach können sie sogar als Gestaltungsalternativen oder auch ergänzend zueinander betrachtet werden. Die Vergütungsaspekte werden in dieser Studie allerdings nicht betrachtet. Zudem steht diese Studie unter der Limitation, dass gesundheitspolitische Entwicklungen ihren Gegenstand in erheblicher Weise beeinflussen. Dies gilt insbesondere für die Umsetzung und Ausgestaltung der neuen Regelungen in § 115f SGB V, die einen nennenswerten Teil des Gegenstandsbereichs für sektorenübergreifende Versorgungsplanung bilden.

9 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Eine stärkere Ambulantisierung der Versorgung gehört zu den Prioritäten in der deutschen Gesundheitspolitik. Neben der Ausgestaltung der dafür nötigen Anreize im Vergütungssystem steht dabei die Frage nach der Anpassung der Versorgungsplanung, wenn Krankenhäuser und Vertragsärzte bzw. MVZ in für sie jeweils neuen Feldern tätig werden. Die vorliegende Studie befasst sich zunächst mit der Abgrenzung der Leistungsbereiche für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung. Es erscheint demnach sachgerecht, die sektorenübergreifende Versorgungsplanung auf die Leistungsbereiche zu beziehen, die kollektivvertraglich organisiert sind, ambulant in fachärztlicher Versorgung erbracht werden oder ambulant erbringbar sind und die grundsätzlich sowohl von Vertragsärzten bzw. MVZ als auch Krankenhausärzten erbracht werden dürfen.

Der versorgungspolitisch gewollte Ausbau ambulanter Versorgung an der ambulant-stationären Schnittstelle wird über entsprechende Vergütungsanreize politisch forciert. Es stellt sich die Frage nach der Einordnung des ausgebauten ambulant-stationären Bereichs in die bestehenden Systeme der Versorgungsplanung. Zur Verbindung von Steuerung über Vergütungsanreize und Planungsinstrumente empfiehlt diese Studie ein mehrschrittiges Modell mit einer konzeptionellen und empirischen Vorbereitungsphase sowie einem Zwei-Phasen-Modell mit einem initialen sektorenübergreifenden Monitoring (Phase 1) und anschließend der eigentlichen sektorenübergreifenden Versorgungsplanung (Phase 2). Dabei ist das Monitoring darauf angelegt, festzustellen, ob es Anzeichen für angebotsinduzierte Nachfrage gibt sowie ob die ambulante Soll-Leistungsmenge erreicht ist. Bereiche, in denen sich das Leistungsangebot an der ambulant-stationären Schnittstelle konsolidiert hat, sowie solche mit einer (ggfs. regionalen) Überversorgung oder Tendenz zu angebotsinduzierter Nachfrage werden sodann sektorübergreifend beplant.

Die Studie entwickelt drei Varianten für ein System sektorenübergreifender Versorgungsplanung. Die erste Variante erweitert den Umfang der ambulanten Bedarfsplanungs-Richtlinie, indem auch Krankenhäuser insoweit einbezogen werden, wie sie an der ambulant-stationären Schnittstelle ambulante Leistungen erbringen. Herausfordernd ist hier, dass die Leistungen in die Planungseinheiten der ambulanten Bedarfsplanung, (Arztzahlen) umgerechnet werden müssen. Soweit dadurch bisher stationär erbrachte Leistungen entfallen, sind zudem Anpassungen in der Krankenhausplanung erforderlich.

Die zweite Variante basiert auf einer umfassenden Bedarfsermittlung, um gebündelte Leistungspakete an der ambulant-stationären Schnittstelle auszuschreiben. Sowohl vertragsärztliche Leistungserbringer als auch Krankenhäuser können sich auf die Erbringung solcher Leistungspakete bewerben. Im Zuge der Vergabe der Leistungspakete sind in der ambulanten Bedarfsplanung sowie der Krankenhausplanung Bereinigungen vorzunehmen, weil die Leistungen nunmehr nicht mehr in diesen Systemen erbracht werden.

Während grundsätzlich beide skizzierte Varianten alternativ eingesetzt werden könnten, weisen sie jeweils Stärken und Schwächen auf, die für die einzelnen Leistungssegmente nicht gleich sind. So eignen sich insbesondere komplexe Leistungen, die ein interprofessionelles Team benötigen, weniger für den Einbezug in die ambulante Bedarfsplanung. Daher bietet es sich an, weniger komplexe und arztzentrierte Leistungen in die ambulante Bedarfsplanung einzubeziehen. Für komplexe und teamorientierte Leistungen, vor allem solche mit interprofessioneller Leistungserbringung, bietet sich die Ausschreibung von Leistungsbündeln an. Für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung ist daher die Implementierung von Variante Y zu empfehlen. Sie verbindet die Vorzüge der Varianten A und B, indem sie den unterschiedlichen Anforderungen und Eigenarten der Leistungserbringung gerecht wird.

Die in diesem Gutachten erarbeiteten Modelle etablieren keinen dritten Sektor, sondern greifen wesentlich auf die bestehenden Planungssystematiken zurück. Diese werden im vorgestellten Modell zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung genutzt und bereinigt. Die hier vorgeschlagenen Konzepte bedürfen der detaillierten Operationalisierung, für die eine vertiefende empirische Grundlegung erforderlich ist, die mit dieser Studie nicht geleistet werden konnte.

Die Gutachter empfehlen zur Umsetzung des hier empfohlenen Konzeptes zur Einführung und Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung die folgenden „next steps“:

- „Übersetzung“ des Konzeptes in einen Normtext für einen Paragraphen zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung und der Anpassung relevanter Vorschriften, insbesondere in SGB V und KHG.
- Nach entsprechender gesetzgeberischer Beschlussfassung Aufnahme der konzeptionellen Arbeiten durch den G-BA in der "Vorbereitungsphase“, mit Vergabe entsprechender Aufträge an InEK, InBA sowie die Einholung relevanter wissenschaftlicher Expertise.

Literatur- und Rechtsnormenverzeichnis

Albrecht, M. / Mansky, T. / Sander, M. / Schiffhorst, G. [IGES Institut GmbH] (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin, März 2022. Online unter: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objjs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf [Zugriff am 25.05.2023]

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2022. Stand: Dezember 2022. Online unter: https://www.dkgv.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.4_Publikationen/3.4.7_Bestandsaufnahme_im_Krankenhaus/2022_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_und_Investitionsfinanzierung.pdf [Zugriff am 30.05.2023]

Gemeinsamer Bundesausschuss (o. J.): PopGroup – Entwicklung eines bevölkerungsbezogenen Klassifikationssystems zur sektorenübergreifenden Ermittlung des regionalen Versorgungsbedarfs. Online unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/pop-group-entwicklung-eines-bevoelkerungsbezogenen-klassifikationssystems-zur-sektoreneuebergreifenden-ermittlung-des-regionalen-versorgungsbedarfs.407> [Zugriff am 25.05.2023]

Gemeinsamer Bundesausschuss (2022): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), in der Neufassung vom 20. Dezember 2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7 vom 31. Dezember 2012 in Kraft getreten am 1. Januar 2013, zuletzt geändert am 21. April 2022 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 18.08.2022 B2) in Kraft getreten am 19. August 2022. Online unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2937/BPL-RL_2022-04-21_iK-2022-08-19.pdf [Zugriff am 25.05.2023]

Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2023): SaN-Projekt: ein Schnittstellenprojekt zur ambulanten Notfallversorgung. Online unter: <https://www.kvhessen.de/praxis-management/san-projekt> [Zugriff am 23.05.2023] MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2023), Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen. Online unter: <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung> [Zugriff am 30.05.2023]

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023): Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. Online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf [Zugriff am 30.05.2023]

Simon, B., Navarro, R., Reddy, N.C., Convissar, J.L., Rabrenovich, V., Paxton, E., Fasig, B.H., Harris, J., Prentice, H., Bottomley, E.M. and Ross, M.N. (2023): Patient Pathway Comparison for Total Hip Replacement in the United States and Germany — Why the Payment Model Matters. NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, 4(6), pp.CAT-22.

Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz), in der Fassung vom 14. Dezember 2019 / 20. Dezember 2019 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2019 I Nr. 51

Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG), in der Fassung vom 20. Dezember 2022 / 28. Dezember 2022 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2022 I Nr. 56

IBES



ISSN-Nr. 2192-5208 (Print)
ISSN-Nr. 2192-5216 (Online)