



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Behandeln wir die Richtigen? Steuerung des Patienten durch das Gesundheitssystem

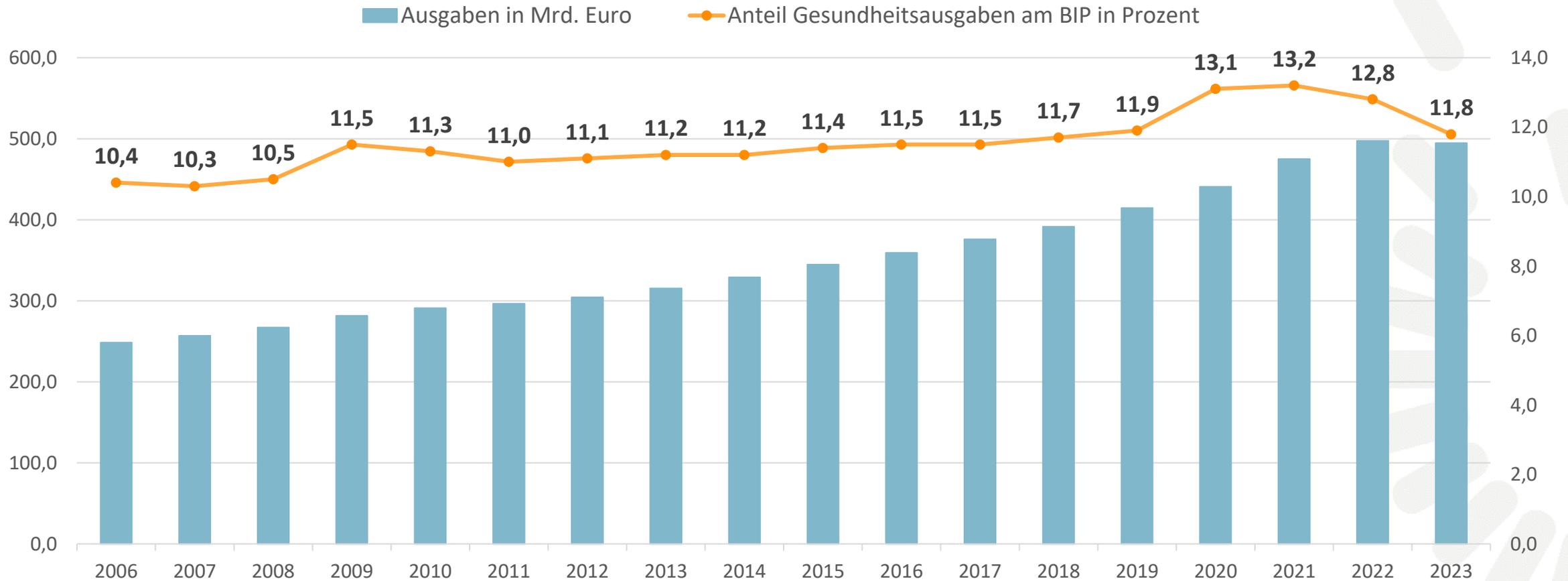
Bundeshauptversammlung Virchowbund

Berlin | 8. November 2024

Professor Josef Hecken

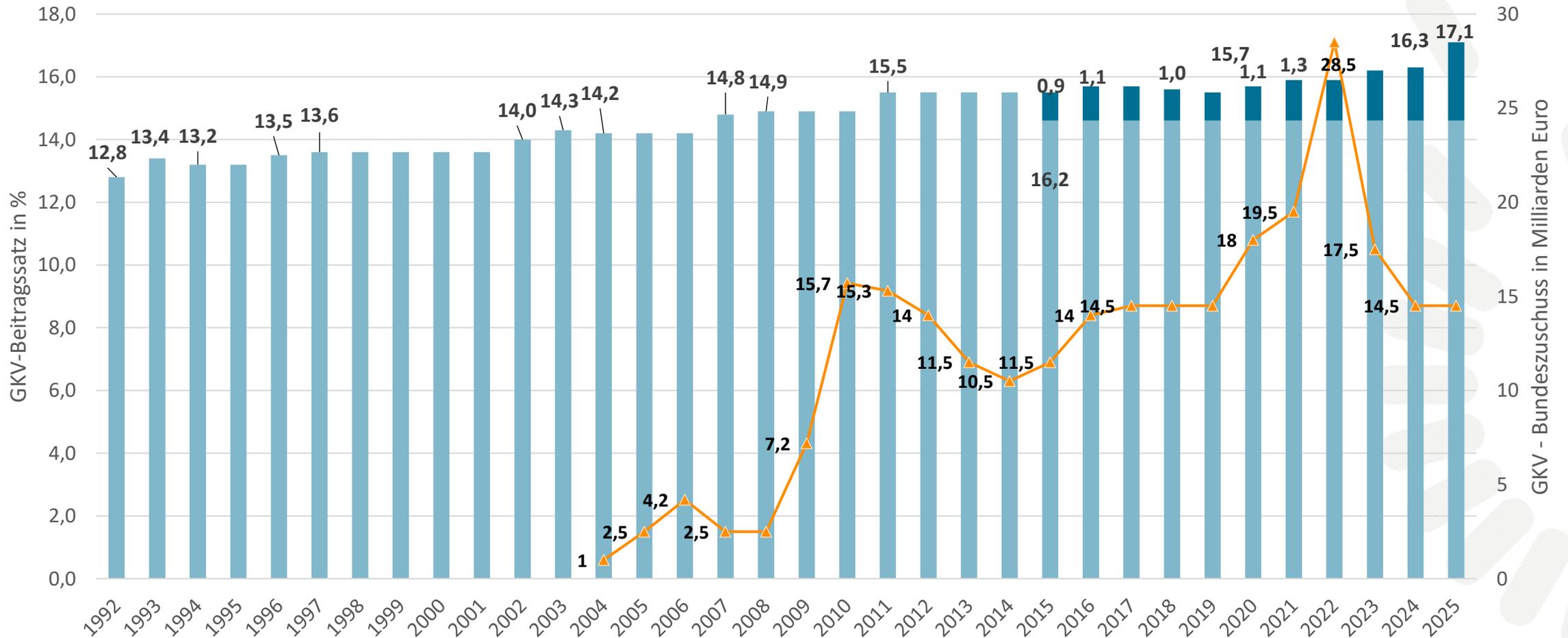
Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und
Vorsitzender des Innovationsausschusses beim G-BA

Entwicklung Gesundheitsausgaben (2006-2023)



Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von Statistisches Bundesamt

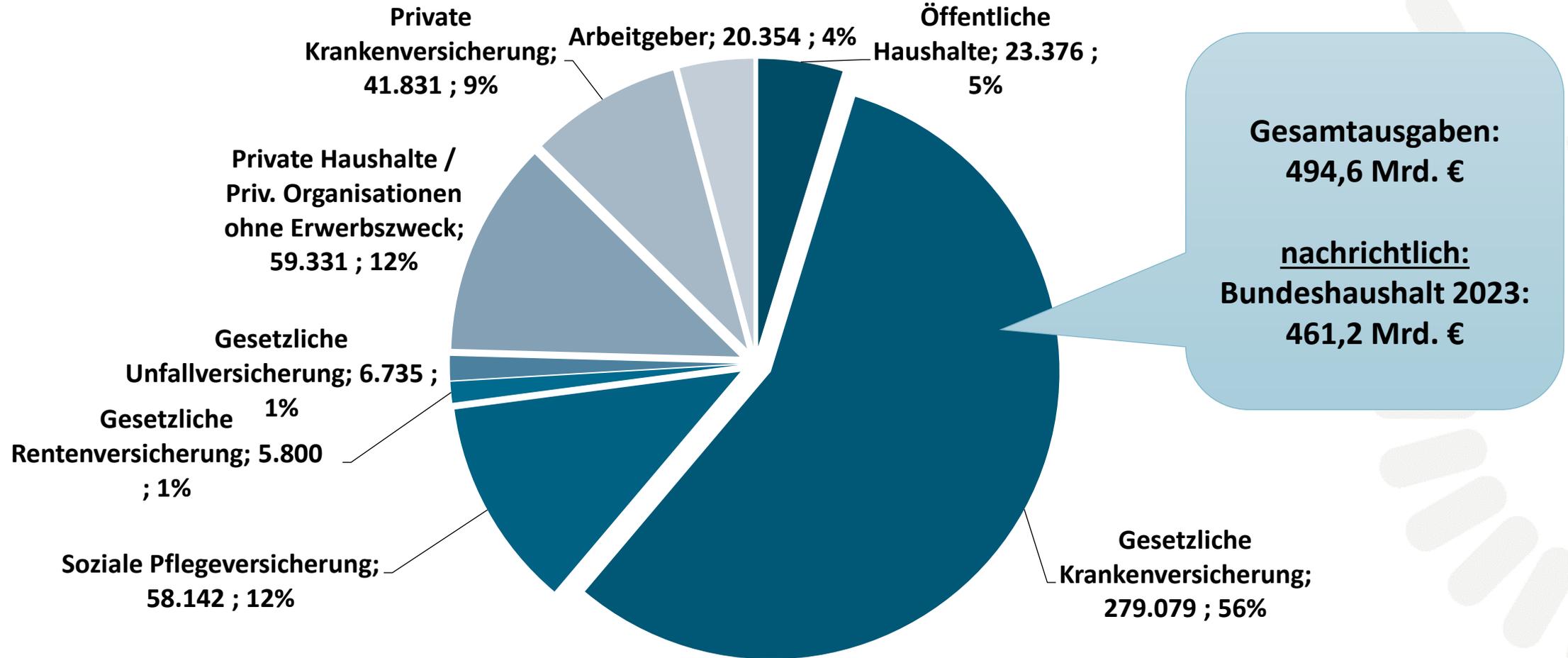
Entwicklung GKV-Beitragssatz und Bundeszuschuss



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Statistisches Bundesamt, GKV-Spitzenverband

Gesundheitsausgaben 2023

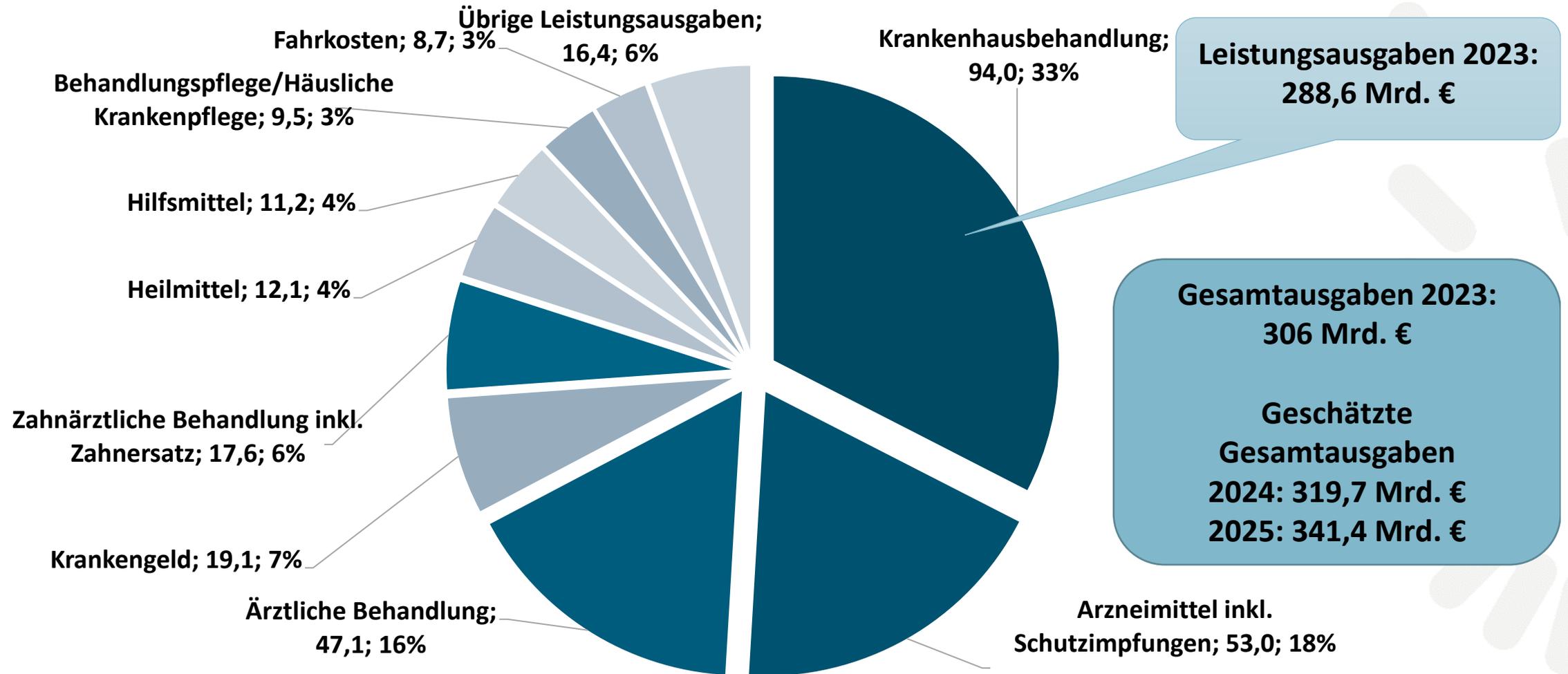
in Mrd. Euro und anteilig



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt, Bundesministerium für Finanzen

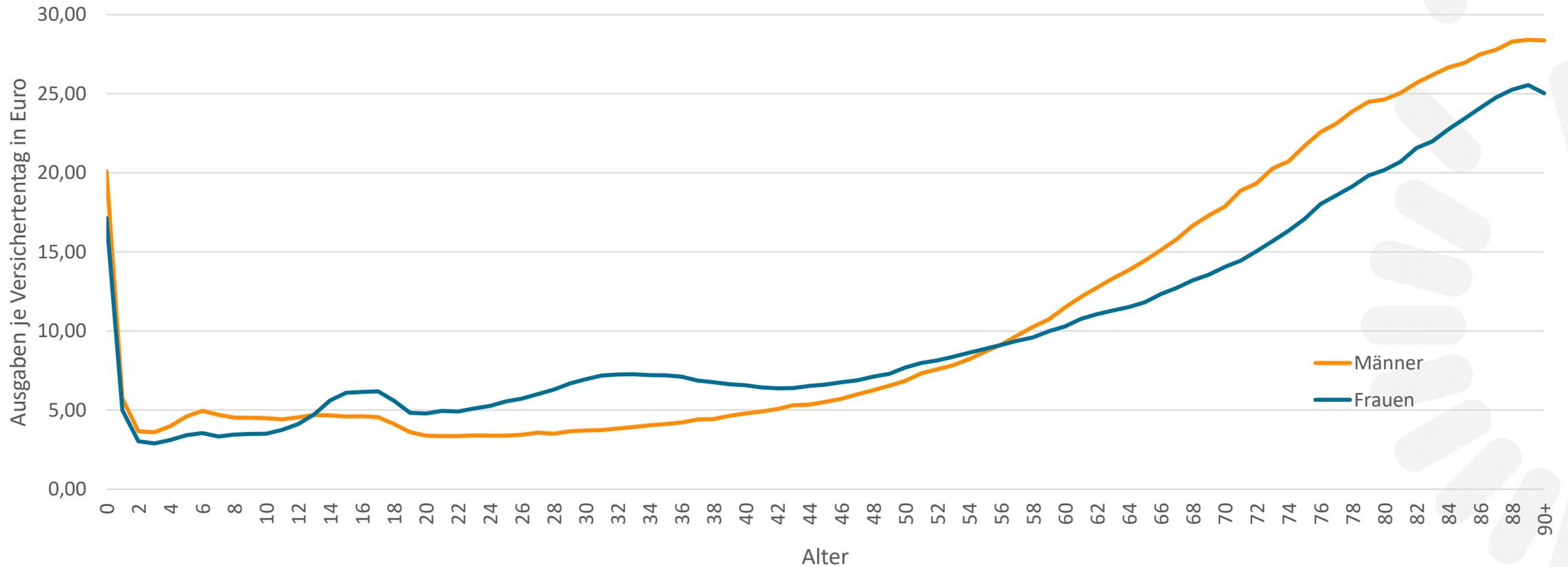
GKV-Leistungsausgaben 2023

in Mrd. Euro und anteilig



Wachsender Versorgungsbedarf...

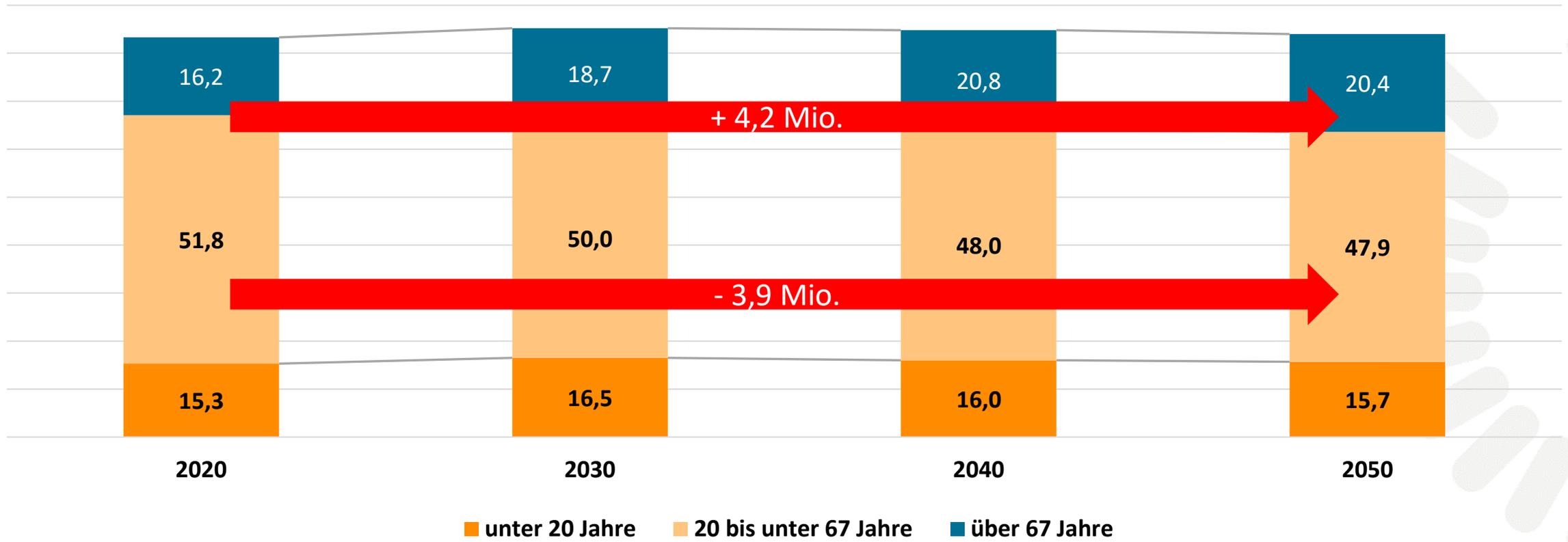
Leistungsausgaben der GKV im Jahr 2022, ohne Krankengeld



Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

...aufgrund einer alternden Bevölkerung

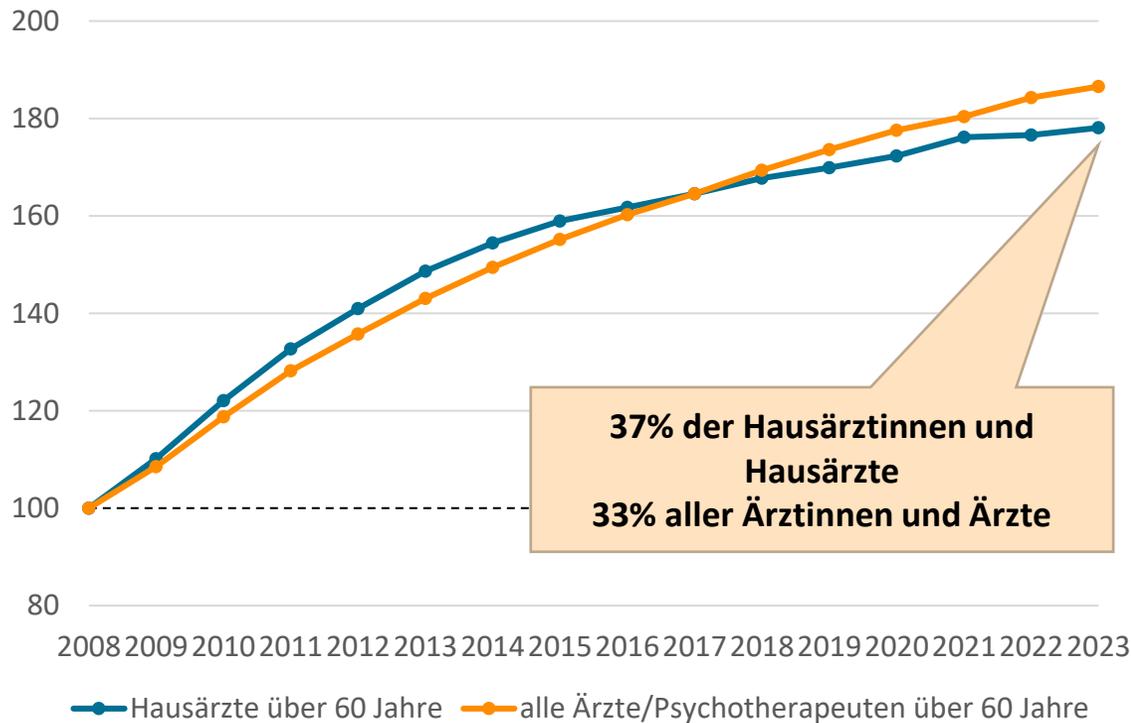
Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur
in Millionen 2020 - 2050



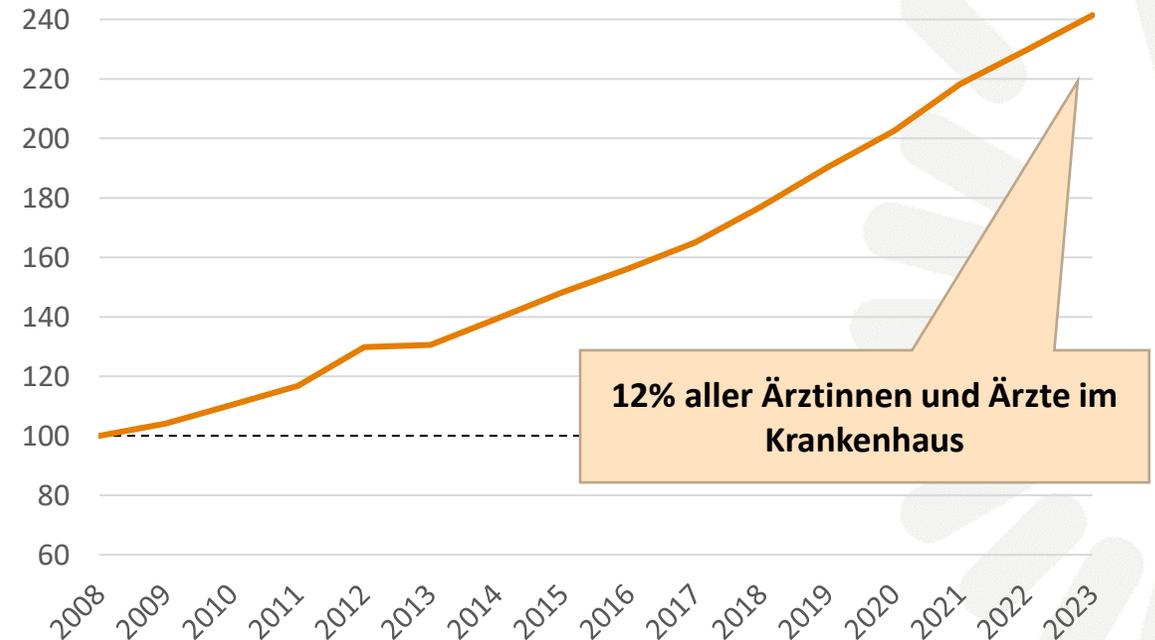
Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2024): 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2: G2-L2-W2

Zunehmender Fachkräftemangel...

Entwicklung des Anteils der Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre in der Niederlassung (2008=100)



Entwicklung des Anteils der Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre im Krankenhaus (2008=100)



Quellen: Bundesärztekammer: Ergebnisse der Ärztestatistik zum jeweils 31. Dezember, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister

...zugleich wachsende Versorgungsmöglichkeiten durch den medizinischen Fortschritt

1882

- William Halsted führt die erste radikale Mastektomie zur Behandlung von Brustkrebs durch

1899

- Sjörgen und Stenbeck berichten von der ersten Heilung von Hautkrebs durch Röntgenstrahlung

1942

- Erste chemotherapeutische Behandlung eines Krebspatienten in den USA

1958

- Georges Mathé führt die erste Knochenmarktransplantation durch

2000

- In Deutschland wird ein monoklonaler Antikörper zur Behandlung von HER2-positivem Brustkrebs zugelassen

2001

- In Deutschland wird das erste zielgerichtete Medikament zugelassen (Behandlung von CML)

2016

- Erste Virotherapie wird in Europa zugelassen (Behandlung von schwarzem Hautkrebs)

2018

- In Deutschland wird die CAR-T-Zell-Therapie zugelassen

20XX

- ???

Patientensteuerung in der Notfallversorgung

Unstrukturierter Zugang und unkoordinierte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

DKG zur Lage der Notfallversorgung

Ambulante Notfallversorgung muss dringend neu geordnet werden

20. Januar 2023

Die Menschen in Deutschland suchen in überwiegender Zahl Hilfe in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Gleichzeitig können die Kliniken ihre Notfallversorgung nicht annähernd kostendeckend betreiben. Das sind Ergebnisse einer Blitzzumfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

Demnach werden sämtliche Notaufnahmen in Deutschland defizitär betrieben, kein Krankenhaus erreicht mit seiner Notfallversorgung auch nur ein ausgeglichenes Ergebnis. Hinzu kommen **anhaltende Kapazitätsprobleme vor allem aufgrund des Personalmangels**. So mussten 2022 77 Prozent der Krankenhäuser ihre Notfallambulanzen mindestens einmal komplett abmelden.

„Die wirtschaftliche Lage der Notfallambulanzen ist desaströs und trägt zusammen mit einer **fehlenden Patientensteuerung** maßgeblich zur massiven ökonomischen Schieflage vieler Krankenhäuser und damit zur drohenden Insolvenzelle bei. Hier besteht großer Handlungsbedarf. Wir erwarten, dass die Vorschläge der Regierungskommission zur Notfallversorgung genau diese Probleme adressieren“, erklärt der Vorstandsvorsitzende der DKG, Dr. Gerald Gaß.

„[...] Unser Vorschlag sind **integrierte Notfallzentren** in den Kliniken, in denen Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte in Portalpraxen und Notfallambulanzen kooperativ die Notfallversorgung übernehmen. [...]“

THE GENTEEL OUT-PATIENT ABUSE AT THE PUBLIC CHARITIES. To the Editor of THE LANCET.

SIR,—Amongst the many grievances of which the medical profession have to complain, I think the following one not the least, and it appears to me to be generally overlooked; I allude, Sir, to the indiscriminate admission of out-patients to charitable institutions. This is a growing evil, and I am convinced that it operates most injuriously upon our interests, individually, as much as collectively. The late Mr. Callaway, whilst prescribing for the out-patients at Guy's Hospital, used frequently to remark to me the lamentable want of discretion and restriction, and which was, in his opinion, a gross fraud practised upon the governors, as well as the profession. A very eminent physician, who was mainly instrumental in forming an excellent institution, recently left it in disgust, because persons well able to remunerate medical men were allowed to be out-patients, without the slightest inquiry as to their circumstances. I could enlarge much upon this subject, but refrain from further intruding upon your pages, than by mentioning, that at the Ophthalmic Infirmary, in Moorfields, I know that one half the patients can afford to pay the surgeon his fee, and, in many instances, applicants dress shabbily, and even borrow their servants' bonnets and shawls, in order that they may not be detected plundering the surgeon of his guinea. Now, to remedy this abuse, I would suggest that each applicant be compelled to bring a note of recommendation from the clergyman, or a medical man in the district where he lives, and thus, a satisfactory inquiry being necessarily made, as to the character and circumstances of the person petitioning for gratuitous advice, the original design of the governors will be effected, by only the truly deserving receiving assistance.—I am, Sir, your obedient servant,

Spital-square, December, 1849.

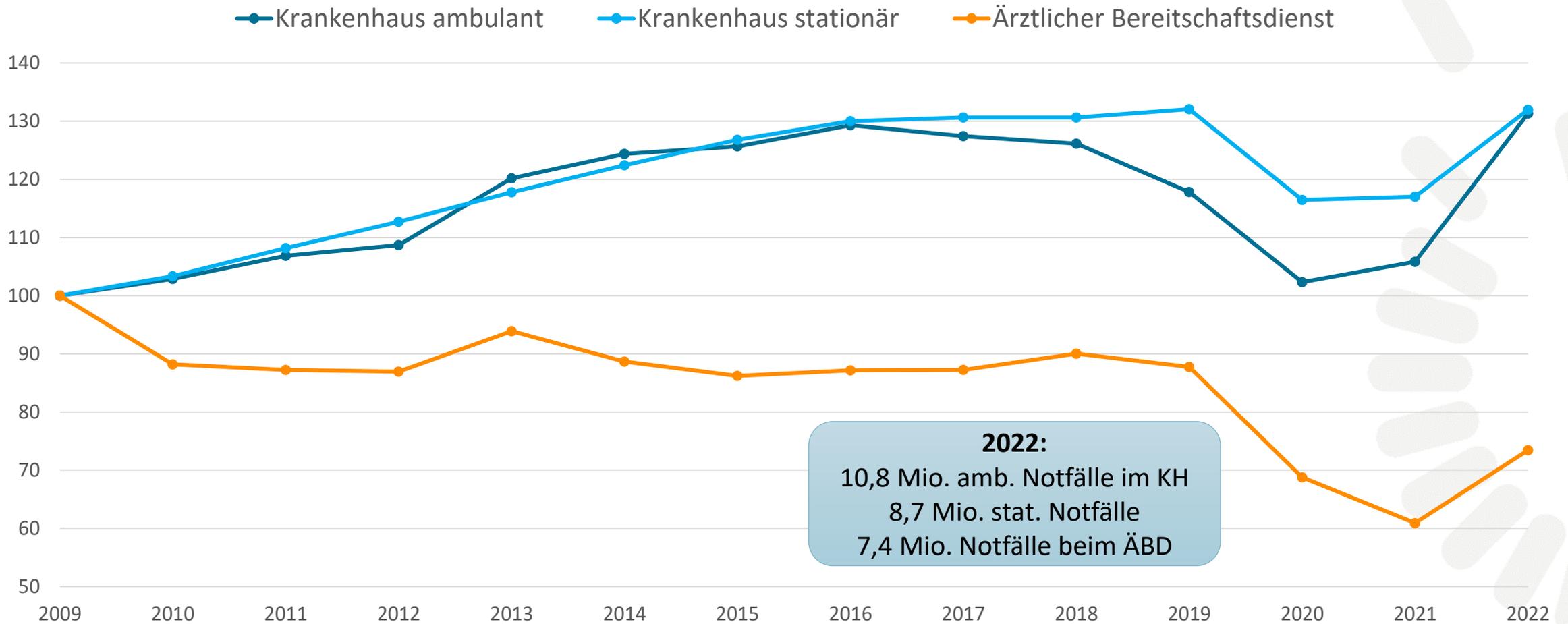
JOSEPH HODGSON.

* * Mr. Hodgson is right. The abuse, the existence of which he so justly complains, is one of enormous magnitude, and affects the social status of the profession to a degree greater than can easily be imagined. But it is an evil that has not been overlooked by this journal. Often have we denounced the indiscriminate way in which out-patients in good circumstances have been allowed to participate in the benefit of funds which really belonged to the poor and destitute. By the present practice of receiving and prescribing for, and supplying medicines to, all who apply, the poor are robbed, and the profession is cheated out of thousands annually. We fear that the remedy proposed by Mr. Hodgson would scarcely check, still less strike at the root of, this gigantic evil.—Ed. L.

„Unter den vielen Missständen, über die sich die Ärzteschaft zu beklagen hat, halte ich den folgenden für nicht den geringsten. [Ich] spiele, Sir, auf die wahllose Aufnahme von ambulanten Patienten in Wohltätigkeitseinrichtungen an. Dies ist ein wachsendes Übel, und ich bin überzeugt, dass es unseren Interessen sowohl individuell als auch kollektiv am meisten schadet. [...] Um diesen Missstand zu beseitigen, möchte ich vorschlagen, dass jeder Antragsteller ein Empfehlungsschreiben des Geistlichen oder eines Arztes des Bezirks, in dem er wohnt, vorlegen muss [...].“

Hodgson J. The Genteel outpatient abuse at the Public Charities. *Lancet* 1849; ii: 705

Anzahl ambulanter und stationärer Notfälle 2009 bis 2022 nach Versorgungsbereich

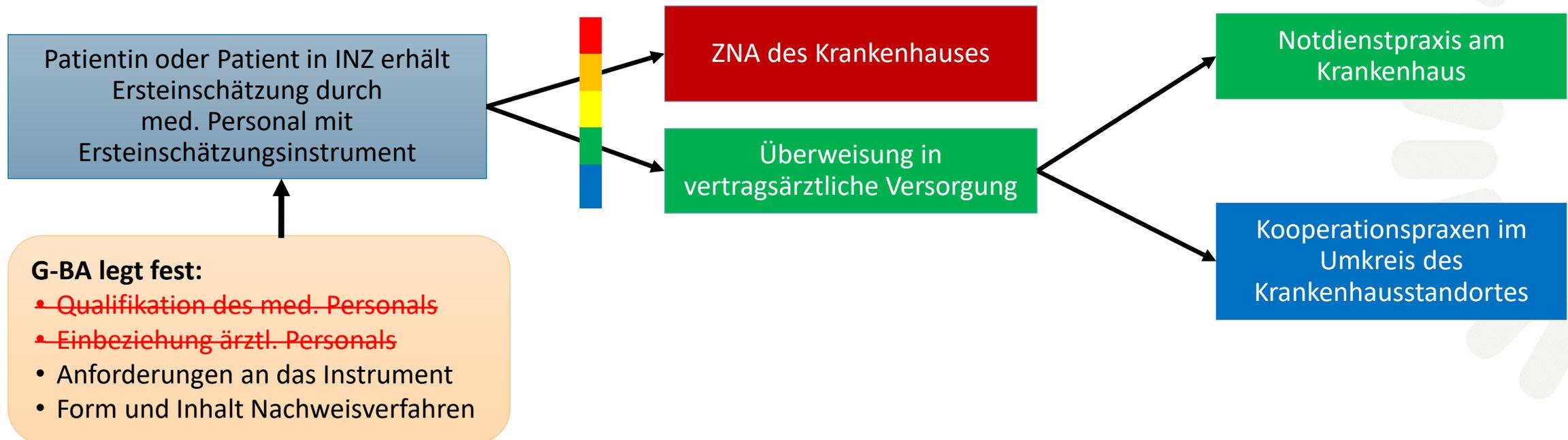


Eigene Darstellung nach [Starke, E. und von Stillfried, D. \(2023\): Akut- und Notfallversorgung – Quo vadis? Eine neue Reformroute muss die Rahmenbedingungen dauerhaft knapper Personalressourcen berücksichtigen. In: Repschläger, U. / Schulte C. und Osterkamp N. \(Hrsg.\): Gesundheitswesen aktuell 2023, S. 114–136](#) sowie Destatis (2023): Grunddaten der Krankenhäuser 2022



Integrierte Notfallzentren und Ersteinschätzung

- Bisheriger Auftrag des G-BA wird auf Steuerung zwischen Notaufnahme und Notdienstpraxis unter Berücksichtigung möglicher Kooperationspraxis beschränkt
- Qualifikation des Personals regeln statt G-BA die Kooperationspartner des jeweiligen INZ in Kooperationsvereinbarung
- G-BA regelt zudem Mindestanforderungen an sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren



G-BA legt fest:

- ~~Qualifikation des med. Personals~~
- ~~Einbeziehung ärztl. Personals~~
- Anforderungen an das Instrument
- Form und Inhalt Nachweisverfahren

Steuerung des Zugangs zur Notfallversorgung

- Steuerung der Hilfesuchenden über Ersteinschätzung durch qualifiziertes Personal und konkretes, verbindliches Weiterleitungsangebot
- Einrichtung gemeinsamer bzw. vernetzter Leitstellen von ärztlichem Bereitschaftsdienst (116 117) und Rettungsdienst (112)
- Nutzung digitaler Lösungen zur Verbesserung des Informationsaustauschs
- Förderung des bedarfsgerechten Einsatzes telemedizinischer Angebote in der Notfallversorgung

Notdienstliche Akutversorgung

„Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags“

§ 75 Absatz 1b SGB V – neu

Der Sicherstellungsauftrag [...] umfasst auch die 24 Stunden täglich verfügbare vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Wird diese Versorgung im Notdienst erbracht (notdienstliche Akutversorgung), umfasst der Sicherstellungsauftrag nur die Versorgung im Umfang der jeweils kurzfristig erforderlichen Maßnahmen. [...] Nicht vom Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst ist die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Akutversorgung insbesondere durch folgende Maßnahmen (Notdienst) sicher:

1. die Beteiligung an Integrierten Notfallzentren und Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche,
2. ein telefonisches und videounterstütztes, 24 Stunden täglich verfügbares ärztliches Versorgungsangebot, auch durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, und
3. einen 24 Stunden täglich verfügbaren aufsuchenden Dienst.

- § 75 Abs. 1b SGB V bisher nur auf Notdienst zu sprechstundenfreien Zeiten bezogen
- Völlig unklar, wer notdienstliche Akutversorgung leisten soll → Notdienst parallel zur aktuellen Akutversorgung in den Praxen?
- Erweiterung des Notdienstes stellt Abkehr von Rechtsprechung des BSG dar (Urt. v. 02.07.2014 – B 6 KA 30/13 R – Rn. 10)
- 24/7-Angebot erfordert erhebliche Mehraufwände und Kosten (Fachkräftemangel!)
- Telekonsile nach § 367 sind zur unmittelbaren Kommunikation im 24/7 Notfallszenario im Bereich Kinder- und Jugendmedizin nicht geeignet
- Bundesweiter aufsuchender Dienst weder versorgungsnotwendig noch wirtschaftlich

Integrierte Notfallzentren (INZ)

Bewertung des NotfallG

Grundannahmen richtig:

- Nicht an jedem Notfallkrankenhaus ein INZ
- Auswahl geeigneter INZ-Standorte sollte auf Basis bundeseinheitlicher Kriterien erfolgen
- Bestehende Notdienstpraxen der KV als Auswahlkriterium
- Rund 700 INZ werden zur flächendeckenden Versorgung benötigt

Lücken in der Regelung:

- Keine Festlegung für wie viele Einwohner ein INZ notwendig (Bedarfskomponente und Kapazität)
- Keine Festlegung der Planungsregion(en) für INZ
- Keine bundeseinheitliche Konkretisierung der abstrakten Planungsvorgaben
- Kriterium „Erreichbarkeit des Standorts mit dem öffentlichen Personennahverkehr“ kaum zu operationalisieren
- Zu kurze Fristen für eLAs zur Bestimmung der INZ-Standorte

→ Ersatzvornahme durch Länder absehbar

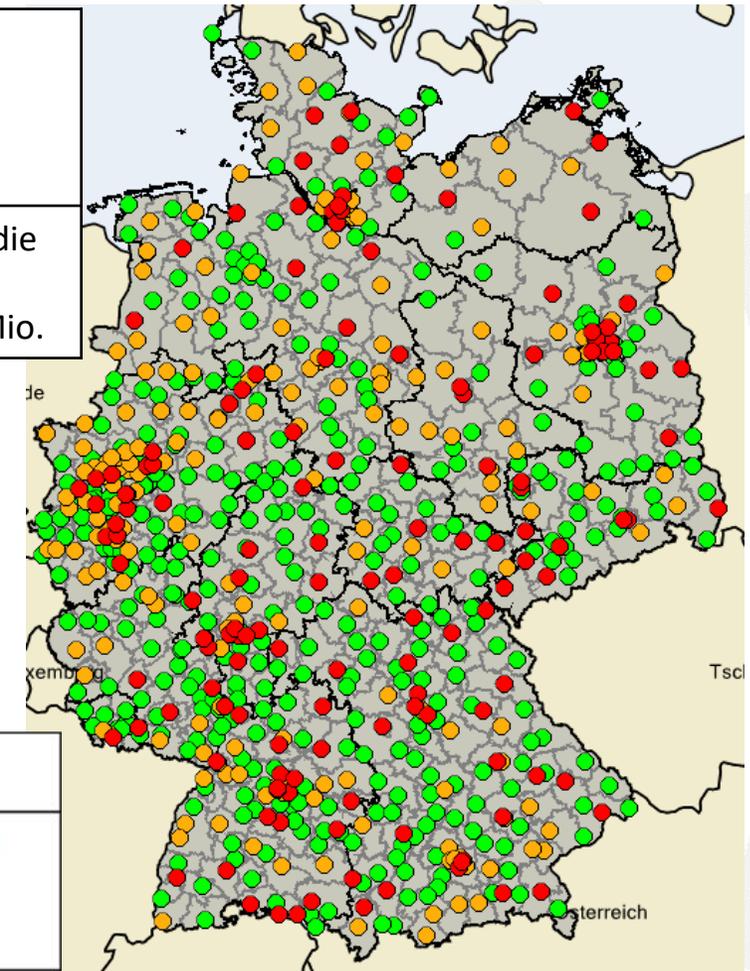
728 Notdienstpraxen

- 145 umfassende NFS
- 199 erweiterte NFS
- 384 Basisnotfallstufe

Anzahl der Einwohner, die länger als 30 Minuten fahren müssten: rd. 3 Mio.

Arzt-Kennzahlen:
Notfallstufe

- umfassende Stufe
- erweiterte Stufe
- Basisstufe



Quelle: GKV-Spitzenverband

Patientensteuerung in der Regelversorgung

Steuerung des Zugangs zur Regelversorgung

- Einführung verbindlicher Arztpraxiswahl für die primäre Versorgung
- Förderung der hausarztzentrierten Versorgung und enge Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und Fachärzten
- Beibehaltung der freien Arztwahl innerhalb der vorgesehenen Strukturen
- Entbudgetierung von Leistungen in der primärärztlichen Versorgung

Tabelle 6: Ergebnisübersicht 2020

Zielgröße	Unterschied in % Signifikanz – adjustiert –** HZV vs. RV
Hausarztkontakte	+22,68 % p < 0,0001
Facharztkontakte koordiniert	+56,16 % p < 0,0001
Facharztkontakte unkoordiniert	-45,32 % p < 0,0001
Hospitalisierungsrate Durchschnittliche Anzahl der Aufnahmen pro Versicherten	-9,07 % p < 0,0001
Krankenhaustage (Liegezeiten) Durchschnittliche Anzahl der Tage im Krankenhaus pro eingewiesenem Versicherten	-5,48 % p < 0,0001
Krankenhaus-Wiederaufnahmen Durchschnittlicher Anteil der Wiederaufnahmen innerhalb von 4 Wochen pro eingewiesenem Versicherten	-8,55 % p < 0,0001
Vermeidbare Krankenhausaufnahmen („ACSCs“) Anteil an ACSC-Aufnahmen in %	-3,91 % p < 0,0001
Stationäre Ausgaben Ausgaben in € pro Versicherten mit stationärem Aufenthalt im Berichtsjahr	-3,74 % p < 0,0001
Medikamentenausgaben im ambulanten Sektor Ausgaben pro Versicherten, Bruttopreise in € ohne Rabatte	-5,94 % p < 0,0001

Quelle: Ergebnisbericht zur Evaluation der HZV Baden-Württemberg: Teil 1

Koordination und Kooperation über die Zugangsteuerung hinaus

- Förderung interprofessioneller Versorgung und regionaler Vernetzung
- Vernetzung von Hausärztinnen und Hausärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten mit regionalen Einrichtungen der ärztlichen (z. B. OP-Zentren) und nichtärztlichen ambulanten Versorgung (z. B. Heilmittelerbringer, qualifizierte Pflegekräfte), mit Krankenhäusern, Pflegediensten und kommunalen Dienstleistungen (z. B. Sozialdienste)
- Nutzung digitaler Plattformen zur Information, Terminvergabe sowie für Konsile und Fallbesprechungen
- Gewährleistung angemessener Vergütung für telemedizinische Formate und Koordinationsleistungen



Besonderem Versorgungsbedarf gerecht werden

- Qualifizierte Begleitung für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf durch speziell fortgebildete MFA oder Pflegefachkräfte
- Weiterentwicklung erkrankungs- und fachspezifischer Versorgungsnetzwerke und populationsbezogener integrierter Versorgungsmodelle

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

in der Fassung vom 2. September 2021

§ 5 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten

- (1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 10 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.

Gesundes-Herz-Gesetz

Fokus auf Früherkennung

Pressemitteilung | Sonstige

Prof. Josef Hecken zum Kabinettsbeschluss des Gesundes-Herz-Gesetz: „Änderungen richtig und sinnvoll“

Berlin, 28. August 2024 – Heute hat das Bundeskabinett den Entwurf zum Gesundes-Herz-Gesetz (GHG) beschlossen. Dazu Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):

„[...] Die Gefahr, dass die Gesundheitsversorgung stärker in Richtung Staatsmedizin rückt, ist durch den neuen Entwurf zunächst einmal deutlich reduziert. Vorgesehen ist nun, dass der G-BA wie in anderen Fällen auch die Details der Versorgung regeln soll. Das betrifft sowohl die Grenzwerte für Statinverordnungen, die er in einem bereits begonnenen Verfahren risikoabhängig festlegen und regeln wird, wie auch den Ausbau von Früherkennungsuntersuchungen. Hier wird unser Augenmerk zum einen auf Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern liegen, die familiär-genetisch vorbelastet sind. [...]

Bedauerlich ist, dass der Kabinettsbeschluss der Primärprävention nicht die Bedeutung beimisst, die ihr zukommen sollte. Vielmehr sieht der Gesetzentwurf immer noch vor, dass die Krankenkassen ihre Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention zu Gunsten der Früherkennungsmaßnahmen umschichten sollen. Gerade bei der Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen kann in vielen Fällen aber eine gesundheitsbewusstere Lebensgestaltung und Änderung des Lebensstils wesentlich effektiver sein, als die lebenslange Verabreichung von Medikamenten.“

- Fokus auf Früherkennungsuntersuchungen, für deren Nutzen oft wenig Evidenz vorliegt
- Primärprävention, die sich auf Maßnahmen zur Vermeidung von Krankheiten konzentriert, ist wissenschaftlich besser belegt und langfristig kosteneffizienter
- „Anrechnungsregelung“ macht Präventionsmaßnahmen für Krankenkassen finanziell und politisch weniger attraktiv
- Untersuchungen von Gesunden binden finanzielle und personelle Ressourcen ab, die wir an anderer Stelle dringend brauchen
- Begünstigt werden Apotheken, Labore und Arzneimittelhersteller

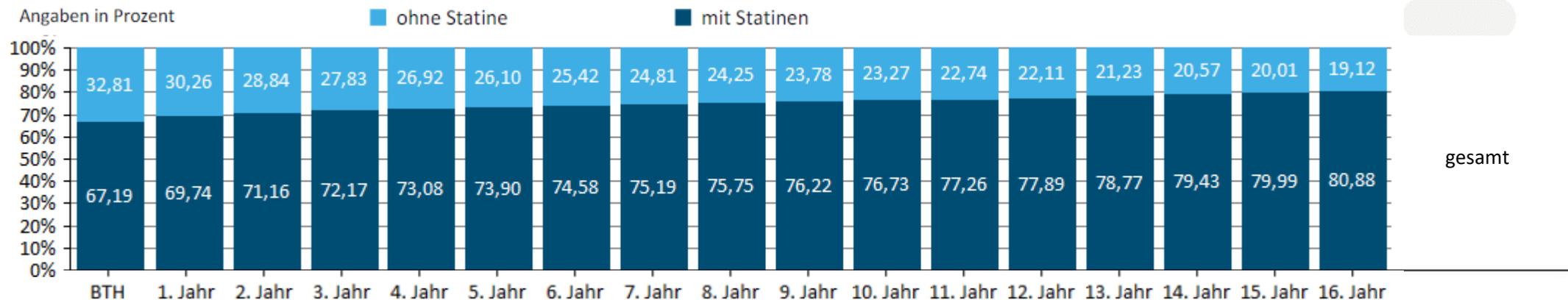
Gesundes-Herz-Gesetz

Strukturierte Behandlungsprogramme für Gesunde

- Strukturiertes Behandlungsprogramm für krankheitsübergreifende Versorgung von behandlungsbedürftigen Versicherten, bei denen aufgrund einer Erkrankung wie Bluthochdruck oder Hyperlipidämie bereits ein hohes Risiko für die Manifestierung oder Verschlechterung einer Herz-Kreislauf-Erkrankung besteht
- Einbeziehung behandlungsbedürftiger Versicherter mit hohem Risiko für eine Erkrankung
- Vergütungsbestandteile für teilnehmende Leistungserbringer, die vom Erreichen der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Qualitätsziele abhängig sind

- ⚡ DMP jetzt auch für gesunde Patientinnen und Patienten, Verschwendung der knappen ärztlichen Ressourcen
- ⚡ Versorgungssteuerung über P4P, insbesondere zur Erhöhung der Arzneimittelverordnung unnötig und systemfremd

Teilnehmende am DMP KHK und ihre Medikation mit Statinen im Teilnahmejahr [Q]

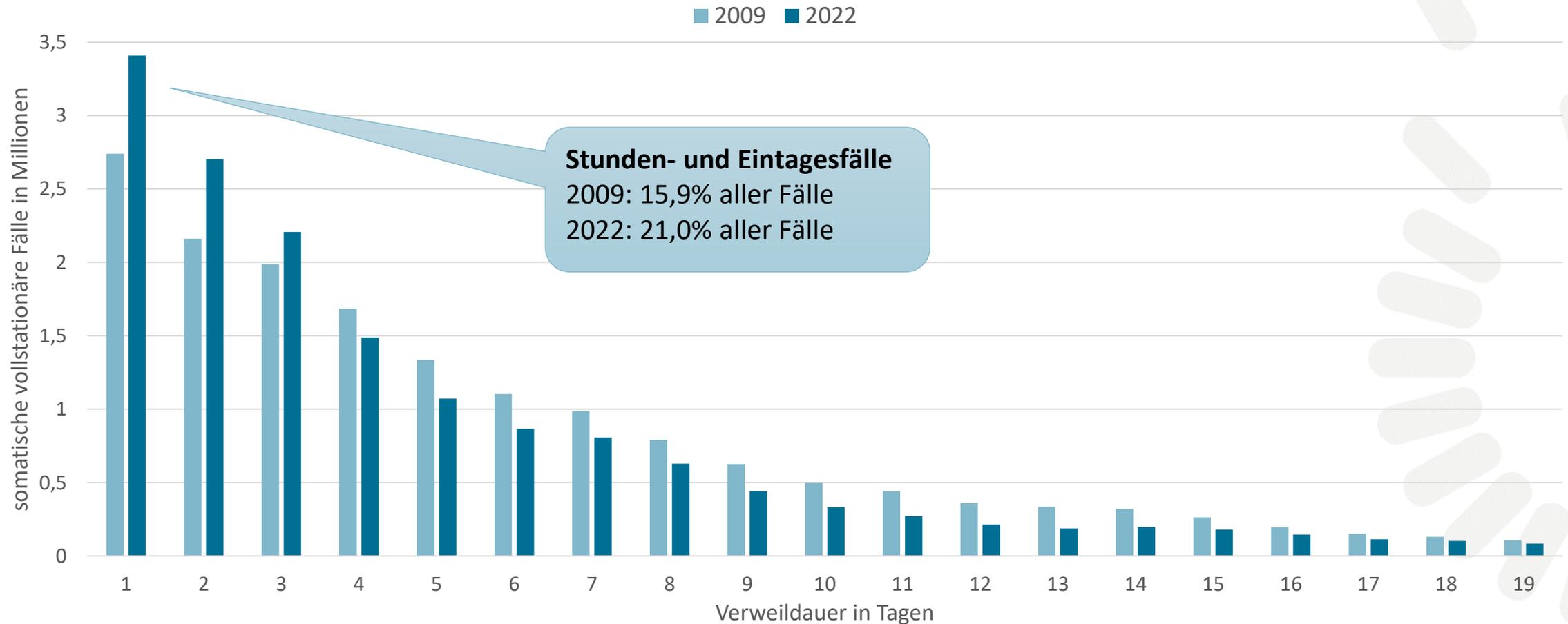


Quelle: Bericht der strukturierten Behandlungsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen – Indikation Koronare Herzkrankheit (KHK), erstellt durch MNC und infas

Krankenhausreform und Ambulantisierung

Ambulantisierungspotenzial – Deutschland

Vollstationäre somatische Fälle nach Verweildauer (Entlassjahre 2009 und 2022)



Quelle: GKV-Spitzenverband

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Änderungen im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

§ 115g Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

- (1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Standorte von Krankenhäusern, die [...] als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind und die [...] stationären Leistungen [der Inneren Medizin und der Geriatrie] erbringen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können [darüber] hinaus folgende Leistungen erbringen:
1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
 2. ambulantes Operieren nach § 115b sowie sonstige ambulante Leistungen, die nach diesem Buch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können,
 3. die [weiteren] vereinbarten stationären Leistungen und, wenn die jeweilige sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, die [hierzu] vereinbarten stationären Leistungen,
 4. Übergangspflege nach § 39e,
 5. Kurzzeitpflege nach § 39c.

- Weiterhin Krankenhäuser → jederzeit verfügbares ärztliches, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Personal (§ 107 Abs. 1 SGB V)
- Leistungsspektrum nicht abschließend, auch ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
- Bzgl. Ermächtigung (Nr. 1) siehe nächste Folien
- Konkretisierung des Leistungsspektrums, Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation erfolgt zweiseitig zwischen DKG und GKV-Spitzenverband

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Teilnehmer/innen an der vertragsärztlichen Versorgung (2023)

Fachgruppe	Gesamt	Ermächtigung	Anteil Ermächtigung
Allgemeinmedizin	34 585	42	0,12%
Praktische Ärztinnen und Ärzte/ Ä. ohne Facharztweiterbildung	2 895	52	1,83%
Anästhesiologie	4 079	405	11,02%
Augenheilkunde	6 630	147	2,27%
Chirurgie und Orthopädie	14 418	2 162	17,64%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	12 884	1 237	10,62%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/ Phoniatrie und Pädaudiologie	4 612	216	4,91%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	4 012	105	2,69%
Humangenetik	320	4	1,27%
Innere Medizin	30 819	1 818	6,27%
Kinder- und Jugendmedizin	8 395	860	11,41%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	1 211	27	2,28%

Fachgruppe	Gesamt	Ermächtigung	Anteil Ermächtigung
Laboratoriumsmedizin/ Biochemie/Mikrobiologie	1 378	19	1,40%
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	1 364	25	1,87%
Nervenheilkunde/ Neurologie/Psychiatrie	6 692	500	8,07%
Neurochirurgie	1 210	89	7,94%
Nuklearmedizin	1 012	11	1,10%
Pathologie	1 208	27	2,29%
Physikalische und Rehabilitative Medizin	603	4	0,67%
Ärztliche Psychotherapie	5 912	70	1,20%
Radiologie	4 605	588	14,64%
Strahlentherapie	1 137	8	0,71%
Transfusionsmedizin	181	28	18,30%
Urologie	3 555	289	8,85%

Quelle: KBV

Ambulante Versorgung im Krankenhaus

Änderungen im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

§ 116a - Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

- (1) Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. ~~Der Ermächtigungsbeschluss ist nach zwei Jahren zu überprüfen.~~
- (2) Der Zulassungsausschuss **muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen** in Planungsbereichen, in denen **für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen** angeordnet sind, auf deren Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen.
- (3) Der Zulassungsausschuss muss **sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen** sowie Krankenhäuser, soweit ihre Standorte in die Liste [der **bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser**] aufgenommen sind, auf deren Antrag zur jeweiligen fachärztlichen Versorgung ermächtigen, wenn
 1. im Zeitpunkt der Antragstellung in dem Planungsbereich für die jeweilige Arztgruppe der fachärztlichen Versorgung **keine Zulassungsbeschränkungen** angeordnet sind und
 2. in einem Zeitraum **von neun Monaten ab Antragstellung** in dem Planungsbereich für die jeweilige Arztgruppe der fachärztlichen Versorgung **keine Zulassungsbeschränkungen** angeordnet werden.[...]

- Keine regelhafte Frist zur Überprüfung der Ermächtigungsbeschlüsse mehr
- Für Ermächtigung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen ist die Feststellung einer eingetretenen Unterversorgung nicht erforderlich
- Für Ermächtigung zur hausärztlichen Versorgung reichen fehlende Zulassungsbeschränkungen (ca. 80 % der Planungsbezirke)

Krankenhausreform weiterdenken

- Transformation der stationären Versorgung erzwingt Leistungsverlagerung in ambulanten Bereich
- Systematische Ambulantisierung mit eindeutigen, unbürokratischen Abrechnungsmöglichkeiten
- Gemeinsame Betrachtung ambulanter und stationärer Bedarfsplanungen notwendig
- Schwerpunktbildung bei komplexeren elektiven Leistungen



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**