

## Sektorübergreifende Bedarfsplanung – Notwendig? / Realistisch? / Umsetzbar?

Dirk Ruiss

Leiter der Landesvertretung des

Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) in Nordrhein–Westfalen

3. Symposium ‚Sektorübergreifende Versorgung‘  
am 20.03.2024 in Bochum



# Agenda

- Wie funktioniert Bedarfsplanung aktuell?
- sektorübergreifende Bedarfsplanung  
= bessere Versorgung?
- Realisierungschancen
- Alternative und faktische Ansätze



## Wie funktioniert Bedarfsplanung aktuell?

# Die Grundlogik der ambulanten Bedarfsplanung

- Sicherstellungsauftrag liegt bei Kassenärztlichen Vereinigungen
- Bundesweite Vorgaben (Bedarfsplanungs-RL §§ 99 bis 105 SGB V)
- regionale Abweichungsmöglichkeiten (Verhältniszahlen, Versorgungsebenen, Arztgruppen, Versorgungsgrade)
- Landesebene: Kassenärztliche Vereinigungen erstellen im Einvernehmen mit der GKV einen regionalen Bedarfsplan, Landesbehörden und Patientenvertreter:innen mit Gelegenheit zur Stellungnahme
- Beschlussfassung im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen

# Die Grundlogik der Krankenhausplanung

- Sicherstellungsauftrag liegt beim Land
- Bundesländer haben Planungshoheit über stationäre Kapazitäten
- Ziel: bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich selbstständigen Krankenhäusern
- Krankenhausplan: struktureller Rahmen des stationären Angebots
- Krankenhäuser und Krankenkassen verhandeln über das regionale stationäre Angebot (regionales Planungskonzept)
- Das Land trifft die finale Entscheidung über die Zulassung im Rahmen von Feststellungsbescheiden
- Land: Investitionskostenfinanzierung
- Krankenkassen: Behandlungskosten

## Die aktuellen Rahmenbedingungen der ärztlichen Bedarfsplanung und Krankenhausplanung differieren stark (1)

	Ärztliche Bedarfsplanung	Krankenhausplanung
Sicherstellungsauftrag	KVen	Bundesländer
Rechtlicher Rahmen	Bundesrecht: SGB V, G-BA-Richtlinie beginnende Einflussnahme des MAGS (§ 103, Abs. 2 SGB V)	Landesrecht: Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes, Landeskranken- hausplan
Zuständigkeit	Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen	Land, Beteiligungsrecht GKV, Beratung durch Krankenhaus- gesellschaft, Ärztekammer, GKV
Bedarfsfeststellung	Arztsitz je Einwohner nach Raumordnungsregion	fortentwickelte Fallzahl, unab- hängig vom Wohnort der Ver- sicherten (NRW) bzw. nach Nutzungsfrequenz der Einwoh- ner ermittelte Bettenzahl

## Die aktuellen Rahmenbedingungen der ärztlichen Bedarfsplanung und Krankenhausplanung differieren stark (2)

	Ärztliche Bedarfsplanung	Krankenhausplanung
dabei berücksichtigte Einflusskriterien	Demographische Entwicklung, Entwicklung Morbidität, Alter, Geschlecht, Leistungsbedarf	Demographische Entwicklung, Ambulantisierung, Verweildauertrend
Berücksichtigung Facharztgruppen	Bepanung fast aller Arztgruppen	Planung nach Leistungsgruppen (NRW) bzw. Fachabteilungen
Teilnahmevoraussetzungen für Leistungserbringer		in NRW: Erfüllung personeller und struktureller Voraussetzungen, mindestens drei Fachärzt:innen je Leistungsgruppe 24/7
Ausnahmeregelungen	z. B. Öffnung gesperrter Planungsbereiche in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten, punktuelle Sonderbedarfszulassungen	strukturelle Unterversorgung einer Region, Entscheidung des Landes

## Wieso könnte eine sektorübergreifende Bedarfsplanung sinnvoll sein?

- Abbau von Über-, Unter-, Fehlversorgung
- Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen durch eine stärkere Zusammenarbeit/Verzahnung der Sektoren
- Faktisch findet dies bereits statt und sollte ausgebaut werden:  
s. AOP, Hybrid-DRG, Institutsambulanzen, gemischte ASV-Teams, usw.
- wirtschaftlichere Versorgung bei zunehmendem Kostendruck
- sinnvoller Einsatz personeller Ressourcen, insbesondere von Fachkräften
- doppelte Facharztschiene auf Dauer nicht haltbar und finanzierbar
- Patient:in wünscht Versorgung „aus einer Hand“
- Transparenz über Versorgungsangebote steigt



## Hürden und Herausforderungen

- fehlendes gemeinsames Verständnis aller Beteiligten von „sektorenübergreifend“
- Bestreben zum Erhalt faktischer Parallelstrukturen
- Beispiel: kleine, grundversorgende Krankenhäuser in ländlichen Regionen sind politisch „geschützt“
- rechtlich völlig unterschiedliche Zuständigkeiten
- völlig unterschiedliche Finanzierungsgrundlagen
- Vergütungsfrage: Angleichung auf welchem Niveau?
- Finanzierungsrestriktionen im GKV-Beitragssystem
- Risiko eines falschen Wettbewerbs zwischen den Sektoren

# Die Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen erscheint chancenlos

## Fazit:

Vereinheitlichung der Planungsregularien ist ein Ding der Unmöglichkeit. Nicht zuletzt aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten und Finanzierungslogiken.

## Man stelle sich vor:

- GKV, KVn und Land bilden ein einheitliches Gremium zur Planung
- Wer würde auch Anspruch auf Mitentscheidung erheben?
- Wie finden Abstimmungen statt? Mehrheiten? Einstimmigkeit? Letztentscheidung bei wem?
- Wo und wie werden die „Preise“ festgelegt?

## Sektorübergreifende Versorgung findet gleichwohl täglich statt

- Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115a SGB V)
  - Ambulantes Operieren im Krankenhaus – AOP (§ 115b SGB V)
  - Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (§ 115d SGB V)
  - Tagesstationäre Behandlung (§ 115e SGB V)
  - Spezielle sektorengleiche Vergütung (§ 115f SGB V)
  - Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – ASV (§ 116b)
  - Psychiatrische Institutsambulanzen – PIA (§ 118 SGB V)
  - Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen durch Ermächtigte (§ 120 SGB V)
  - Belegärztliche Leistungen (121 SGB V)
- **ABER: Keine einheitliche Planung**

## Das Portfolio sektorübergreifender Versorgungsangebote wird im Zuge der Krankenhausreform erweitert (1)

### Level-II-Häuser

- In ländlichen, von Unterversorgung bedrohten Regionen können Level-II-Kliniken die Versorgungssicherheit erhalten. Stationäre Versorgung wird verstärkt über die Einbindung von Vertragsärzt:innen und die Nutzung ambulanter Strukturen.

### Hybrid-DRG

- Die Einführung von Hybrid-DRG erhöht den Anreiz für Vertragsärzt:innen, diese Leistungen ambulant zu erbringen. Krankenhäuser haben im Vergleich zur DRG Einkommens- einbußen hinzunehmen, entlasten jedoch Stationen und Personal.

In Zukunft sollten bestehende Strukturen von den Sektoren gemeinsam genutzt werden, um Ambulantisierung auszubauen.

## Das Portfolio sektorübergreifender Versorgungsangebote wird im Zuge der Krankenhausreform erweitert (2)

INZ

Psychiatrie

Pädiatrie

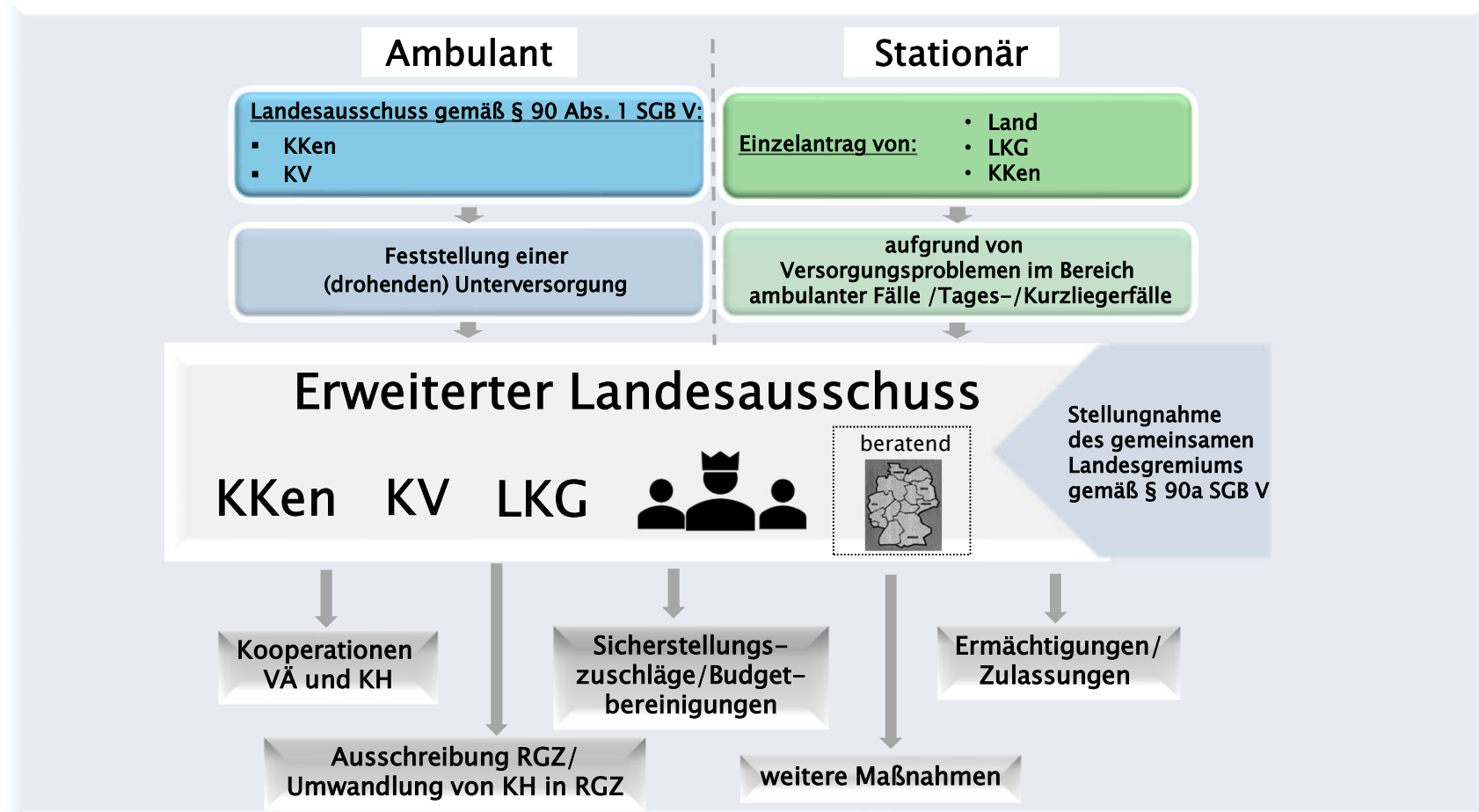
- Über die INZ erfolgt Steuerung der Patient:innen in die geeignete Versorgungsstruktur. Hierdurch kann ein Teil der Leistungen aus den Notaufnahmen in die Notfallambulanzen, den ärztlichen Notdienst oder sogar zurück an den Hausarzt/die Hausärztin verlagert werden.
- Insbesondere Modellvorhaben im Bereich der Psychiatrie haben ergeben, dass bei einem fließenden Übergang zwischen den Sektoren Krankenaufweisungen vermieden werden können.
- Die Einführung weiterer Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche wird einen weiteren Ambulantisierungsschub geben. Allerdings ist hier eine genaue Abgrenzung zu bereits bestehenden ambulanten Einrichtungen erforderlich.

## Neue Ansätze – Vorschlag der Ersatzkassen – RGZ

### Aufbau regionaler Gesundheitszentren (RGZ):

- Grundvoraussetzung: Bedarfsplanung!
- Weiterentwicklung bestehender Medizinischer Versorgungszentren
- mindestens drei verschiedene fachärztliche Grundversorger
- Bindeglied zwischen kleinen Krankenhäusern und Arztpraxen
- Sicherstellung bedarfs- und patientenorientierter Versorgung am Standort „unter einem Dach“
- Regelfinanzierung + weitere Vergütungselemente
- Konzepterprobung könnte Blaupause für Anpassungen des SGB V werden

# Struktureller Ansatz: Neuaufstellung des Erweiterten Landesausschusses





## Perspektive: Stärkung regionaler Entscheidungskompetenzen

- pragmatischer und versorgungsnaher Ansatz
- Aufbau auf bestehenden, funktionierenden Strukturen
- Weiterentwicklung in Bereichen mit Handlungsbedarf
- Fokus auf Entscheidungskompetenz der Selbstverwaltung
- gleichzeitig: Einbindung der Länder
- Wettbewerbsneutralität innerhalb der GKV



## Weiteres Modell in der gesundheitspolitischen Diskussion: „3+1 Gremium“

- **Aufgabe:** sektorenübergreifende Versorgungsplanung kombiniert mit neuen Vertragskonstrukten
- **Besetzung:** analog G-BA-Stimmverteilung
  - 50 % GKV
  - 50 % KV, LKG
  - Länder als Unparteiische
- **Nachteile:**
  - vollständiger Umbau der Versorgungs-/Planungsstruktur
  - Zersplitterung der Versorgungslandschaft
  - erhöhter Bürokratieaufwand
  - starker Einfluss der Landespolitik auf Entscheidungen der Selbstverwaltung

## Oder?: Neujustierung des Gemeinsamen Landesgremiums nach 90 SGB V

- Gründung nicht obligat, nach Maßgabe des Landesrechts
  - Gremium NRW: Vertreter des Landes, der KVn, der GKV und der Krankenhausgesellschaft sowie weitere Beteiligte
  - in anderen Bundesländern noch mehr „Gemischtwarenladen“
  - Gremium kann Empfehlungen zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen abgeben
  - derzeit rechtlich unverbindlich
- **Bewertung:**  
„Nice to have“, aber keine große Erfolgsgeschichte!

# Idealtypische Stufen hin zu einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung

Umsetzung/Planung der sektorübergreifenden Versorgung durch „neue“ Gremien

Begrenzung sektorspezifischer Fördermaßnahmen

Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen

Entwicklung eines geeigneten Konzeptes inklusive geeigneter Finanzierungsmodelle, z. B. sektorübergreifendes Budget

Prüfung der Übernahme in die Regelversorgung

Sammeln von Evaluationsergebnissen, Erkenntnissen aus der Umsetzung der verschiedenen Ansätze

Erprobung unterschiedlicher Ansätze sektorübergreifender Versorgung

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Dirk Ruiss  
Leiter der Landesvertretung  
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) in Nordrhein-Westfalen  
Ludwig-Erhard-Allee 9, 40227 Düsseldorf  
Tel.: 02 11/3 84 10 - 0  
[dirk.ruiss@vdek.com](mailto:dirk.ruiss@vdek.com)