

Mehr ambulante Behandlungen am Krankenhaus als Chance für die Versorgung

DKG-Positionspapier zur Ambulantisierung

Angesichts der demografischen Herausforderung mit einer wachsenden Zahl älterer Menschen, die mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, muss das Gesundheitssystem alle Potenziale ausschöpfen, um die Versorgung effizienter zu gestalten. Dazu zählt auch die Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Krankenhausbehandlungen. Die ambulante Nutzung von Krankenhausressourcen, ihrer Infrastruktur und ihrer fachlichen Kompetenz ist eine der zentralen Chancen für die Gesundheitspolitik der kommenden Jahre. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein neues Positionspapier zur Ambulantisierung vorgelegt. Der Verband stellt darin seine Vorschläge vor und Forderungen zur politisch gewollten Ausweitung ambulanter Behandlungen in Krankenhäusern auf.

Mit diesem Positionspapier definiert die Deutsche Krankenhausgesellschaft drei zentrale Bereiche, in denen aus Sicht der Krankenhäuser aktuell dringender politischer Handlungsbedarf besteht:

1. Hybrid-DRG,
2. das ambulante Operieren (AOP) und
3. sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen.

Die DKG kritisiert die unüberlegte Einführung der Hybrid-DRG in der geplanten Form und fordert, die im Gesetz angelegte perspektivische Ausweitung auf der Basis von Kurzlieger-Fallpauschalen umzusetzen. Ein Kurzlieger-Katalog würde die notwendigen Anreize setzen, Behandlungen mit geringerem Aufwand und mit kürzerer Liegedauer zu gestalten, was gleichzeitig auch im Interesse der Patientinnen und Patienten liegt.

Die Leistungen nach dem Katalog für Ambulantes Operieren müssen aufwandsgerecht finanziert werden, um künftig noch mehr ambulante Behandlungen zu ermöglichen. Aktuell tritt die Entwicklung auf der Stelle, weil viele potenzielle Behandlungen nicht kostendeckend erbracht werden können. Notwendig ist deshalb, die Krankenhäuser mit ihren Kostenstrukturen an den Verhandlungen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung zu beteiligen.

Die geplanten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen müssen zu verlässlichen Anlaufpunkten für die ambulante und stationäre Grundversorgung entwickelt werden. Dazu braucht es einen ebenso verlässlichen Rahmen für deren Behandlungsspektrum und die Refinanzierung der sektorübergreifenden Versorgung. Die DKG schlägt zudem vor, das Kon-

zept der medizinisch-pflegerischen Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen wieder aufzunehmen. Durch die Möglichkeit erweiterte pflegerische Leistungen anzubieten, würde sich so die wohnortnahe Versorgung älterer, multimorbider oder anderweitig pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten verbessern. Die DKG fordert, die Versorgungseinrichtungen ausreichend und angemessen zu finanzieren.

„Mehr ambulante Behandlungen im Krankenhaus sind eine Chance, das Gesundheitssystem besser, effizienter und kostengünstiger zu gestalten, auch im Interesse der Patientinnen und Patienten. Vieles an den Plänen zur Ambulantisierung ist allerdings noch unausgegoren oder von teils völlig überzogenen Vorstellungen vom Ausmaß ambulant möglicher Behandlungen in niedergelassenen Arztpraxen getrieben. Es wird Zeit, dass mehr Sachlichkeit und Rationalität in die Debatte kommen, damit wir die Reformchancen nicht verspielen. Dazu wollen wir unseren Beitrag leisten“, erklärt der Vorstandsvorsitzende der DKG, **Dr. Gerald Gaß**.



Der Vorstandsvorsitzende der DKG, Dr. Gerald Gaß, warnt die Politik, die Reformchancen nicht zu verspielen. Foto: Jens Jessen

Drei Bereiche mit dringendem Handlungsbedarf

1. Weiterentwicklung und Neuausrichtung der Hybrid-DRG

Die DKG begrüßt grundsätzlich das Ziel, durch sektorenübergreifende Vergütungsformen wie die Hybrid-DRG die Ambulantisierung sinnvoll zu fördern. Die gegenwärtige Ausgestaltung des § 115f SGB V gefährdet jedoch die Versorgungsqualität, Planungssicherheit und Wirtschaftlichkeit und widerspricht grundlegenden Prinzipien eines lernenden, evidenzbasierten Gesundheitssystems.

Die vorgesehene massive Ausweitung der Hybrid-DRG ab 2026 ist verfrüht, die ordnungspolitische gesetzliche Grundlage verfehlt und insgesamt nicht tragfähig.

Ausgangspunkt

§ 115f SGB V wurde erstmals kurz vor Verabschiedung des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPflEG) 2022 implementiert und bereits im Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) 2023 angepasst. Im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVVG) wurden 2024 im § 115f SGB V erneut – nunmehr umfangreiche – Anpassungen vorgenommen.

Diese erfolgten wiederum kurz vor Verabschiedung eines Gesetzes ohne ausreichende Möglichkeiten für eine fachlich-inhaltliche Bewertung und Stellungnahme. Initial sollte eine spezielle sektorengleiche Vergütung für ambulant erbrachte Leistungen aus dem bestehenden AOP-Katalog ermöglicht werden. Anschließend wurde diese Möglichkeit auch für Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs ergänzt, ursprünglich lediglich um inhaltlich homogene Leistungen als Hybrid-DRG definieren zu können, mit dem Ergebnis, dass nunmehr nahezu ausschließlich bisher vollstationär erbrachte Leistungen adressiert werden.

Die gesetzlichen Regelungen passen daher ganz grundlegend nicht mehr zu den nun avisierten originär stationären Leistungen. Dies erfolgte zudem ohne Vorliegen einer Evaluation der Auswirkungen dieser neuen Versorgungsform auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen. Die spezielle sektorengleiche Vergütung steht somit von Beginn an auf unzureichenden Grundlagen.

Es ist davon auszugehen, dass diese Änderungen mit weitreichenden Folgen für die Krankenhäuser und für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit bisher stationär erbrachten Leistungen verbunden sein werden.

Kritische Analyse der bestehenden Regelung

Die gesetzlich vorgesehene Evaluation gemäß § 115f Abs. 5 SGB V liegt bislang nicht vor – der erste Bericht wird erst zum 30. Juni 2026 erwartet. Dennoch soll bereits ab 2026 eine Ausweitung der Hybrid-DRG auf über eine Million bisher vollstationär erbrachter Fälle erfolgen. Diese Entwicklung erfolgt ohne Erkenntnisse zur Versorgungsqualität, Wirtschaftlichkeit oder

Patientensicherheit. Zudem fehlt eine differenzierte Kalkulationsgrundlage, da insbesondere im vertragsärztlichen Bereich belastbare Kostendaten und eine durchgängige OPS-Kodierung fehlen. Eine Mischkalkulation wie derzeit praktiziert ist damit methodisch nicht valide umsetzbar. Eine Mischkalkulation kann allenfalls für eine erste, begrenzte Implementierung von Hybrid-Leistungen Anwendung finden. Auch die pauschale Absenkung der Vergütung auf das Niveau ambulanter Leistungen (EBM/AOP) ist sachlich nicht gerechtfertigt und führt bei komplexeren Fällen zu einer strukturellen Unterfinanzierung. Dies schafft Fehlanreize, die Ressourcen fehlsteuern und letztlich die Versorgungsqualität gefährden.

Gleichzeitig fehlt es an klaren Struktur- und Qualitätsvorgaben für Hybrid-Leistungen. Während stationäre Leistungsgruppen nach § 135e SGB V umfangreiche Anforderungen erfüllen müssen, gelten für Hybrid-DRG lediglich die bestehenden allgemeinen Standards des AOP-Vertrags. Die Krankenhausplanung der Länder wird dadurch unterlaufen und die Patientensicherheit ist nicht garantiert. Besonders problematisch ist die einheitliche Vergütung von „Stundenfällen“ und Behandlungen mit bis zu zwei Übernachtungen. Dies führt zu einer Übervergütung einfacher Fälle und einer systematischen Unterdeckung komplexer Leistungen.

Die Ausgestaltung des § 115f SGB V verhindert außerdem, dass neben der originären Eingriffsleistung auch die Vor- und Nachbehandlung aus „einer Hand“ im Krankenhausbereich erfolgen können, obwohl die Leistungen aus diesem Versorgungsbereich mit der deutlichen Ausweitung der Fallzahlen verknüpft sind. Der aktuell im Gesetz vorgesehene Konfliktlösungsmechanismus über den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss (ergEBA) ist nicht sachgerecht, da er auf die rein ambulante Versorgung fokussiert ist. Eine sektorenübergreifende Schlichtung durch das für sektorenübergreifende Sachverhalte im Gesetz vorgesehene Bundesschiedsgremium gemäß § 89a SGB V ist erforderlich.

Reform der Hybrid-DRG durch Einführung eines Kurzlieger-DRG-Bereichs

Im Koalitionsvertrag wird die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung betont und eine Weiterentwicklung der sektorunabhängigen Fallpauschalen (Hybrid-DRG) als Ziel formuliert (Koalitionsvertrag, Zeilen 3391 bis 3393). Um dieses Ziel zu erreichen, muss eine ordnungspolitisch klare und mit Blick auf die Patientensicherheit verantwortbare Regelung zur Ambulantisierung am Krankenhaus ins Gesetz aufgenommen werden. Mithilfe eines separat kalkulierten Kurzlieger-DRG-Bereichs können Anreize zur dynamischen Verkürzung der Verweildauer bis hin zur ambulanten Versorgung ohne Übernachtung geschaffen werden. Die Hybrid-Versorgung findet damit unter den gesicherten Bedingungen am Krankenhaus statt. Die dynamische Verweildauerverkürzung bedeutet sinkenden Aufwand für die Kliniken und sinkende Kosten für die Krankenkassen.

Thema: Ambulantisierung

Die DKG fordert eine vollständige Reform des § 115f SGB V. Im Zentrum der Neuausrichtung steht die Einführung eines sektorspezifischen Kurzlieger-DRG-Bereichs für Behandlungsfälle mit einer Verweildauer von null bis zwei Tagen (bis zu drei Kalendertage).

Dieses Konzept schafft klare Anreize zur Ambulantisierung, ohne die Versorgungssicherheit oder die Finanzierung der Kliniken zu gefährden. Anders als das Hybrid-DRG-Modell basiert der Kurzlieger-Bereich auf einer differenzierten Kalkulation unter Berücksichtigung von Schweregraden, Sachkosten, Vor- und Nachbehandlung sowie strukturierter Qualitätssicherung.

Eckpunkte für eine verantwortbare Neuausrichtung der Hybrid-DRG im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung

- Die Hybrid-DRG werden in der Krankenhausfinanzierung verankert und in Form von Kurzzeit-Fallpauschalen für geeignete Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen (zwei Verweildauertage) im DRG-Katalog ausgewiesen.
- Die Hybrid-DRG können wie bisher sowohl in einem stationären als auch in einem ambulanten Behandlungssetting erbracht werden, wobei die administrative Abrechnung in der etablierten Systematik des stationären Vergütungssystems erfolgt. Hierzu sind die Hybrid-DRG lediglich von der primären Fehlbelegungsprüfung auszunehmen.
- Wie bisher werden die stationären Leistungen mit Ambulantisierungspotenzial identifiziert und über Leistungs- und Patientenmerkmale in die Hybrid-DRG überführt. Zudem werden im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung die für eine primär ambulante Versorgung geeigneten Leistungen kontinuierlich in den AOP-Katalog überführt. Primär für den AOP-Katalog geeignete Leistungen bedürfen dabei grundsätzlich nicht der Ressource Krankenhaus. Die bisher unzureichende Vergütung der AOP-Leistungen muss verbessert werden, auch um diesen Prozess zu unterstützen.
- Durch die Ausgestaltung der Hybrid-DRG als Kurzzeit-Fallpauschalen entsteht ein verstärkter Anreiz zur Verweildauer- und Kostenreduktion. Diese „Kosteneinsparungen“ werden regelhaft im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Katalogs und mit dem üblichen Zeitversatz von zwei Jahren an die Versichertengemeinschaft weitergegeben, indem der „nationale Case-Mix“ im Rahmen der (Hybrid-)DRG-Kalkulation um diese Einsparungen abgesenkt wird.
- Für die Erbringung der Hybrid-DRG sind Krankenhäuser und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zugelassen. Vertragsärzte können die Hybrid-DRG in Kooperation mit einem Krankenhaus oder einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbringen. Dazu sind verbindliche Rahmenbedingungen gesetzlich vorzugeben (Qualifikation, Verfügbarkeit, organisatorische Einbindung, Haftungsfragen etc.).

Mit der Verankerung der Hybrid-DRG in der Krankenhausfinanzierung (KHG, KHEntgG) kann das avisierte Ambulantisie-

rungspotenzial von stationären Leistungen in einem international vergleichbaren Umfang umfassend und ohne Gefährdung der Patienten tatsächlich ausgeschöpft werden. Der sektorenübergreifende Charakter der Hybrid-DRG bleibt erhalten, da es für diese Leistungen irrelevant ist, ob sie stationär oder ambulant (am Krankenhaus) erbracht werden. Zudem werden Rechts- und Planungssicherheit geschaffen, indem die bisherige rechtliche Grauzone der Hybrid-DRG aufgelöst und die daraus resultierenden Akzeptanzprobleme vermieden werden. Durch die Integration in das bestehende DRG-System lassen sich Synergien heben, Systembrüche vermeiden und die Transparenz erhöhen. Die stationäre Infrastruktur wird dadurch effizient genutzt – inklusive Notfallversorgung, ärztlicher Weiterbildung und pflegerischer Präsenz. Gleichzeitig wird die Ambulantisierung dort gefördert, wo sie medizinisch sinnvoll und wirtschaftlich vertretbar ist. Voraussetzungen sind die rechtssichere Verankerung des Kurzlieger-DRG-Bereichs im Krankenhausfinanzierungsrecht (KHG, KHEntgG) sowie die sofortige Aussetzung der Fallzahlvorgaben und der pauschalen Absenkung der Vergütung. Nur so kann der sektorenübergreifende Versorgungsansatz im Sinne der Patientinnen und Patienten verantwortungsvoll umgesetzt werden.

Fazit

Die derzeitige gesetzliche Ausgestaltung der Hybrid-DRG gefährdet die notwendige Weiterentwicklung der Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausreform, um zukünftig verstärkt auch im ambulanten Bereich die Versorgung der Patienten sicherzustellen. Ohne belastbare Daten, valide Kalkulation und adäquate Qualitätssicherung drohen ein Qualitätsverlust in der Patientenversorgung sowie eine finanzielle Destabilisierung der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser stehen für konstruktive Lösungen bereit – jedoch nur auf Basis einer evidenzgestützten, realitätsnahen und ordnungspolitisch tragfähigen Weiterentwicklung. Die Einführung eines Kurzlieger-DRG-Bereichs ist aus Sicht der Krankenhäuser dafür der geeignete Weg.

2. Weiterentwicklung und Neuausrichtung des ambulanten Operierens

Ausgangspunkt

Mit dem MDK-Reformgesetz aus dem Jahr 2019 wurde das ambulante Operieren grundlegend neu geregelt und die Selbstverwaltungspartner beauftragt, einen weiterentwickelten Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen sowie deren einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu vereinbaren. Demnach zielt der AOP-Vertrag darauf ab, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung der Leistungen gemäß § 115b SGB V im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen sowie die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern. Typische Leistungen des AOP-Katalogs sind ambulante Operationen und Interventionen mit geringem Komplexitätsgrad sowie geringem patientenindividuellen Risikoprofil, sodass diese

nach dem Konzept der DKG zur Neuausrichtung der Hybrid-DRG von den Kurzlieger-Hybrid-DRG künftig deutlich abzugrenzen sind.

Die Vergütung der Leistungen soll nach dem Schweregrad der Fälle differenzieren und „auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen“ erfolgen. Diese gesetzlichen Regelungen sollen es ermöglichen, die spezifischen Kostenstrukturen von Krankenhäusern und Vertragsärztinnen und -ärzten durch Vergütungsanpassungen zu berücksichtigen.

Kritikpunkte an der bestehenden Regelung

Die jährlichen AOP-Vertragsverhandlungen haben zu dezenten Fortschritten in der Vergütung der AOP-Leistungen geführt. Zentrale Probleme konnten aber bisher nicht gelöst werden. Eine einheitliche und sachgerechte Leistungs- sowie Sachkostenvergütung fehlt bislang ebenso wie eine durchgängige und ausreichende Differenzierung nach Schweregraden oder eine Berücksichtigung der Ausbildungskosten für Fachärzte. Die Anforderungen an die Vergütung der AOP-Leistungen müssen daher gesetzlich präzise festgelegt werden, damit sie in der dreiseitigen Verhandlung umgesetzt werden können. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass die Vergütung ärztlicher Leistungen ausschließlich durch den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband besetzten Bewertungsausschuss erfolgt. Die Krankenhausstrukturen bleiben an dieser Stelle vollkommen unberücksichtigt, da die DKG in die Beratungen über die notwendigen Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs nicht eingebunden ist.

Aus dem aktuellen Zusammenspiel von § 115b und § 115f SGB V ergeben sich Zuordnungsfragen von Leistungen, die sich auf die Versorgungsprozesse in den Krankenhäusern auswirken und erhebliche administrative Aufwände nach sich ziehen. Basierend auf dem Konzept der DKG zur Neuausrichtung der Hybrid-DRG lassen sich Leistungen zukünftig klarer den entsprechenden Rechtskreisen (KHG, KHEntG sowie SGB V) zuordnen und sich inhaltlich einheitlicher abbilden. Flankierend ist es im Sinne einer inhaltlichen Bereinigung daher erforderlich, die bestehenden Leistungen des AOP-Katalogs vor dem Hintergrund der Neukonzeption der Hybrid-DRG zu überprüfen und ggf. den Kurzlieger-Hybrid-DRG zuzuordnen.

Forderung der DKG nach einer gleichberechtigten

Vergütung

Die AOP-Leistungen müssen vollständig refinanziert werden, damit sie als wichtige Säule der Versorgung flächendeckend und in einem bedarfsdeckenden Umfang nicht nur aufrechterhalten werden; zugleich gewinnt der AOP-Bereich – basierend auf dem Konzept der Neuausrichtung der Hybrid-DRG – an Bedeutung, sodass eine sachgerechte Finanzierung die weitere Etablierung von AOP-Leistungen unterstützt.

Daher ist es von Bedeutung, dass die Leistungsvergütung nicht allein von der KBV und dem GKV-Spitzenverband zweiseitig im Bewertungsausschuss im EBM festgelegt wird, sondern die DKG den Bewertungsausschuss bei Vergütungsfragen, welche Leistungen nach § 115b SGB V betreffen, ergänzt. Nur so kann die sachgerechte Berücksichtigung der besonderen Krankenhausstrukturen im EBM gewährleistet werden.

Aus Sicht der DKG ist darüber hinaus die Sachkostenvergütung zur Vermeidung derzeit ungleicher Vergütungstatbestände zwischen den Sektoren ebenso anzupassen sowie die Differenzierung nach Schweregraden weiterzuentwickeln und auszubauen. Zudem muss eine Regelung zur kostenaufwandsgerechten Vergütung ambulanter ärztlicher Weiterbildung gesetzlich vorgegeben werden, damit bei zunehmender Ambulantisierung eine sachgerechte Finanzierung ausgestaltet und in die Umsetzung gebracht werden kann.

3. Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V

Rolle der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in der Versorgung

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V sollen im Rahmen der Krankenhausreform als Bindglied der stationären, pflegerischen und ambulanten Versorgung eine innovative Schlüsselrolle einnehmen. Ziele sind die Sicherstellung einer wohnortnahmen medizinischen Grundversorgung und der akutmedizinischen Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten nach den jeweiligen Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung und der Planungsentscheidung der Länder sowie die enge Verzahnung der verschiedenen Sektoren der medizinischen Versorgung im Rahmen regionaler Versorgungsnetzwerke. So könnten unnötige Einweisungen in größere Krankenhäuser verhindert, aber auch ein Beitrag zur Entlastung spezialisierter und größerer Krankenhäuser durch „Abverlegungen“ von noch stationär betreuungsbedürftigen Patientinnen und Patienten geleistet werden. Dabei spielt auch die telemedizinische Versorgung eine bedeutende Rolle, da so der Zugang zu spezialisiertem Fachwissen erleichtert und die Vernetzung optimiert wird. Insgesamt wird mit den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ein Ansatz verfolgt, der in anderen europäischen Ländern bereits erfolgreich umgesetzt wird und als zukunftsweisend gilt.

Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen wird ermöglicht, über die traditionell primär stationäre Rolle der Krankenhäuser hinaus verstärkt ambulante Leistungen anzubieten. Angesichts des demografischen Wandels und des zunehmenden Mangels an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kommt diesen Einrichtungen somit auch eine herausgehobene Bedeutung bei der Sicherstellung der ambulanten Versorgung zu. Um eine wirkliche wohnortnahe Grundversorgung insbesondere in ländlichen Bereichen aufrechtzuerhalten, muss es sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen möglich sein, ambulante Behandlungsfälle zu versorgen und hierfür ausreichend

finanziert zu werden. Neben internistischen und geriatrischen Basisleistungen sollen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen je nach individuellen Bedarfen in einer Region weitere Leistungen anbieten können (z. B. aus den Fachbereichen Urologie, Allgemeinchirurgie oder Gynäkologie).

Ausgestaltung eines sektorenübergreifenden Leistungsumfangs

Gemäß § 115g Abs. 3 SGB V sollen die DKG und der GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem PKV-Verband in einer Vereinbarung den Rahmenkatalog und die Anforderungen an die Erbringung der stationären Leistungen durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen festlegen. Es ist zu regeln, welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie mindestens zu erbringen sind, welche weiteren stationären Leistungen und welche Leistungen darüber hinaus mit telemedizinischer Unterstützung von einem anderen Krankenhaus erbracht werden können sowie welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation und an die Kooperation gestellt werden.

Anhand dieses Leistungskatalogs können die Länder im Rahmen ihrer Planungshoheit je nach individuellem Bedarf in den Regionen ihren sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen entsprechende Versorgungsaufträge erteilen. Der auf Bundesebene zu definierende Leistungskatalog darf nicht unnötig eingeschränkt werden, um den Ländern den nötigen Spielraum für die regional sehr unterschiedlichen Versorgungsbedarfe zu geben. Insbesondere darf die akutmedizinische Versorgung nach den Möglichkeiten der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung nicht ausgeschlossen sein. Da keine oder nur weniger medizinisch komplexe Leistungen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden, können nicht die gleichen Anforderungen wie bei den Qualitätskriterien nach § 135e Abs. 2 Satz 2 SGB V in den Leistungsgruppen gelten. Zudem ist sicherzustellen, dass die in § 137i SGB V vorgesehenen Pflegepersonaluntergrenzen nicht für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gelten. Die Qualität der Leistungen muss insgesamt durch andere und für diese Einrichtungen angemessene Maßnahmen gewährleistet werden. Unangemessen hohe Anforderungen werden die Innovationskraft dieser neuen Versorgungsform behindern.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen zudem umfassend in die Lage versetzt werden, ambulante Leistungen zu erbringen. Klarstellend sind daher neben den in § 115g Abs. 1 SGB V bereits aufgelisteten Leistungen auch die Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in § 115g Abs. 1 SGB V aufzunehmen, die auch in das Gesamtvolumen nach § 6c Abs. 1 KHEntG einbezogen werden sollten. Zudem müssen in § 115b SGB V für den Bereich des ambulanten Operierens Zugangsregelungen verankert werden, die es Krankenhäusern ermöglichen, Leistungen des ambulanten Operierens außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrags zu erbringen. Dies würde durch den Verweis in § 115g Abs. 1 SGB V auf § 115b SGB V

entsprechend auch für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gelten. Weiterhin sind Ermächtigungen zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 116a SGB V für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nicht nur bei Ermächtigung zur hausärztlichen, sondern gleichfalls auch für die fachärztliche Versorgung unbefristet zu erteilen. Es sollte gesetzlich festgelegt werden, dass grundsätzlich jede dieser Einrichtungen eine institutionelle Ermächtigung zur hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgung erhält. Dadurch würden die Krankenhäuser und damit auch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in die Lage versetzt werden, eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen, um drohende Versorgungslücken zu vermeiden.

Ebenso muss sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen als (teilweise alleinigem) Gesundheitsversorger in einer Region ermöglicht werden, Präventionsmaßnahmen, Maßnahmen zum Aufbau von Gesundheitskompetenz und ggf. die Übernahme einer Lotsenfunktion im Sinne einer Steuerung der Patientenversorgung in der Region anzubieten. Da an potenziellen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zum Teil psychiatrische und psychosomatische Leistungen, ggf. sogar mit Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung, erbracht werden, muss sichergestellt sein, dass neben somatischen Leistungen – je nach Entscheidung der Bundesländer – auch zukünftig Leistungen für psychisch erkrankte Menschen erbracht werden dürfen.

Mit Wegfall des im Referentenentwurf zum KHVVG noch vorgesehenen § 115h SGB V wird die innovative Versorgungsform „Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ derzeit vom Gesetzgeber nicht weiterverfolgt. Dieser Regelungsentwurf hatte die medizinisch-pflegerische Versorgung als neue und unkompliziert zu nutzende Versorgungsform, insbesondere für ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten, adressiert. Bei dieser Patientengruppe bestehen ein zeitlich begrenzter ärztlicher Behandlungsbedarf sowie die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung (z. B. notwendige Beobachtung über Nacht). Eine solche wohnortnahe Behandlung dieser Patientengruppe, insbesondere im ländlichen Raum, sollte gesetzlich ermöglicht werden.

Für die konkrete Versorgung vor Ort wird es von besonderer Bedeutung sein, dass die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auch rein pflegerisch tätig sein können. Die Leistungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung gemäß § 115g Abs. 1 Nr. 4 SGB V (Übergangspflege nach § 39e SGB V) sollten daher auf 30 Tage ausgeweitet werden, da die derzeitige Frist von maximal zehn Tagen für viele Patienten und Patientinnen zu kurz ist.

Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden haben die Aufgabe, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch ein effizientes Netzwerk von Krankenhäusern mit aufeinander abgestimmten Versorgungsaufträgen sicherzustellen. Dementsprechend ist den Ländern vollumfänglich und dauerhaft die Zuständigkeit für die stationäre und ambulante Aufgabenzuweisung einzuräumen.

Finanzierung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Um sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erfolgreich zu etablieren, muss sichergestellt sein, dass sie kostendeckend finanziert sind. Dazu ist es erforderlich, dass die Personal- und Sachkostensteigerungen vollumfänglich bei der Ermittlung des Gesamtvolumens berücksichtigt werden. Aktuell ist dies nur bei den Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen oder wenn Kostensteigerungen auf Leistungsveränderungen zurückzuführen sind, der Fall. Für alle anderen Kostensteigerungen ist eine Berücksichtigung dagegen nur bis zur Höhe des maßgeblichen Veränderungswertes möglich. Mit der vorgesehenen Degression der Tagesentgelte werden die Verhandlungen auf der Ortsebene unnötig zusätzlich belastet. Auch im Sinne einer Entbürokratisierung sollte wie beispiels-

weise bei Einrichtungen der Somatik und der Psychiatrie/Psychosomatik die Vereinbarung eines einheitlichen durchschnittlichen Tagesentgeltes ausreichend sein.

Für eine vereinfachte Abrechnung ist es sinnvoll, neben den stationären Leistungen auch die für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen vorgesehenen pflegerischen Leistungen (Kurzzeitpflege, Übergangspflege) sowie Hybrid-Leistungen in das Gesamtvolume und in die Vergütung über Tagesentgelte mit einzubeziehen.

Um insbesondere eine Abverlegung aus einem Krankenhaus, in dem der medizinische Eingriff bzw. die Operation durchgeführt wurde, zu einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung reibungslos zu ermöglichen, ist eine gesetzliche Klarstellung zur Übernahme der Fahrtkosten durch die Krankenkassen notwendig. ■

Neue S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter

Die neue S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter ist jetzt bei der AWMF publiziert. Koordiniert von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP), wurde eine Langfassung, eine Kurzfassung, wie auch eine Patientenleitlinie von mehr als 30 weiteren Fachgesellschaften und Berufsverbänden erarbeitet. Die neue Leitlinie umfasst erstmals 69 evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen für alle Versorgungssettings und definiert damit sektorenübergreifende Standards für die Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge eines Delirs von hochbetagten Patientinnen und Patienten.

Von der ambulanten Versorgung, der Notaufnahme, über das Krankenhaus und bis hin zur Pflegeeinrichtung und Rehabilitation adressiert die S3-LL alle zentralen Fragen der Versorgungspraxis von der Früherkennung, Prävention, leitliniengerechten Therapie bis zur Nachsorge.

„Die Leitlinie ist das Ergebnis eines außergewöhnlich breiten interprofessionellen Konsenses aus Medizin, Pflege, Therapie und weiteren Gesundheitsberufen“, so die wissenschaftliche Leiterin, **PD Dr. Christine Thomas**, Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere am Klinikum Stuttgart. So gilt die Publikation als eines der bisher größten interprofessionellen Leitlinienprojekte im deutschsprachigen Raum. „Ziel war es, klare und umsetzbare Empfehlungen für alle Berufsgruppen zu formulieren.“

Fokus auf nicht-medikamentöser Prävention und Therapie

Ein zentrales Merkmal der Leitlinie ist der klare Fokus auf nicht-medikamentöse Maßnahmenbündel, sogenannte Multikomponenten-Interventionen, wie zum Beispiel strukturierte Kommunikation, Orientierungshilfen, Mobilisationsförderung und Schlafunterstützung. „Ihre Wirksamkeit wurde durch eine eigens durchgeführte Meta-Analyse belegt – sowohl in der Prävention als auch in der Behandlung des Delirs“, be-

tont Christine Thomas. Maßnahmen dieser Art seien fester Bestandteil der leitlinien-basierten Versorgung. Sie ermöglichen insbesondere auch professionell Pflegenden eine evidenzbasierte Handlungsgrundlage.

Dabei stützt sich Thomas auch auf die von ihr geleiteten und vom Innovationsausschuss des G-BA geförderten Projekte DELElhLA und PAWEL, auf deren Ergebnisse die neue S3-Leitlinie maßgeblich basiert.

Hohe Bedeutung für die Versorgung älterer Menschen: Delir häufig und folgenreich

„Der zentrale Referenzrahmen für alle Versorgungsbereiche, der uns so lange gefehlt hat, ist jetzt endlich geschaffen“, ist **Prof. Christine von Arnim** überzeugt. Die Direktorin der Klinik für Geriatrie an der Universitätsmedizin Göttingen war federführend für die DGG an der Erstellung der Leitlinie beteiligt. „Ein Delir bei unserem Patientenklientel ist häufig, schwerwiegend und wird oft nicht erkannt!“, erklärt die Geriatrin. Denn die akute Funktionsstörung des Gehirns tritt häufig bei älteren Menschen auf und gilt zugleich als die folgenreichste Komplikation im höheren Lebensalter.

Typische Symptome seien Aufmerksamkeitsstörungen, Desorientierung, Denkstörungen und Bewusstseinsveränderungen, so von Arnim. Auslöser eines Delirs sind häufig Infektionen, operative Eingriffe, Medikamente oder akute Belastungen.

Auch Checklisten zur Überprüfung eines Delir-Risikos als präventive Maßnahme haben die Autoren eingefügt und geben Tipps zur Delir-Vermeidung. Beachtenswert sind auch Lesetipps, Hinweise auf YouTube-Filme sowie auf Unterstützungsmöglichkeiten durch Stiftungen, Patientennetzwerke oder Selbsthilfegruppen.

Die S3-Leitlinie Delir im höheren Lebensalter ist im AWMF-Leitlinienregister veröffentlicht unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/109-001> ■