

SEKTORENUNABHÄNGIGE VERSORGUNG MIT VALUE- BASED CARE

Regelungsvorschlag für einen sektorenunabhängigen Versorgungsbereich

September 2025

Bundesverband Managed Care e.V.

Vorstand: Prof. Dr. Lutz Hager, PD Dr. Ursula Hahn, Franz Knieps,
Bettina Lutz, Dr. Carola Reimann, Dr. Benedikt Simon
Friedrichstr. 136 · 10117 Berlin · +49 30 28 09 44 80
bmcev@bmcev.de · www.bmcev.de

BMC Managed
Care

INHALT

I.	Executive Summary.....	3
II.	Warum Value-Based Care? Warum gerade jetzt?.....	5
III.	Rationale von Value-Based Care: Wertschöpfung orientiert am Patientennutzen	8
IV.	Wie stösst man die Value-Transformation an? Regelungsvorschlag zur Implementierung von Value-Based Care in die Regelversorgung.....	11
A)	„Update“ des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots	12
B)	Einführung eines sektorenunabhängigen Versorgungsbereichs in die Regelversorgung	13
	1. Behandlungszeit und -umfang	15
	2. Teilnahmeberechtigung der Leistungserbringer, Vertragspartner sowie vertragliche Ausgestaltung	16
	3. Qualitätsanforderungen, Outcome-Messung und Nutzenbewertung, Transparenz.....	17
	4. Vergütung/Finanzierung	19
	5. Kosten-Nutzen-Bewertung der sektorenunabhängigen Versorgung.....	21
	6. Einheitliche Methodenbewertung, Potentialbewertung und Erprobungsregelung	22
	7. Übergangsregelungen zur Überführung bestehender Leistungsangebote	24
V.	Quellen- und Literaturhinweise	26

I. EXECUTIVE SUMMARY

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist nicht auf der Höhe der Zeit: Die Versorgung orientiert sich vorrangig an den Strukturen des Systems und weniger an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Eine mangelhafte Verbindung und starke Fragmentierung der Leistungserbringung bei gleichzeitigem Fokus auf die Akutversorgung sind dabei wesentliche Merkmale. Verstärkt wird dies durch Vergütungsmechanismen, die eine Einzelleistungsbeauftragung, -erbringung und -vergütung vorsehen – und zwar getrennt nach Disziplinen und Professionen sowie nach Sektoren und Sozialgesetzbüchern.

Zahlreiche Versuche, das GKV-System zu reformieren, sind bislang daran gescheitert, die Schnittstellen entlang des nach Sektoren getrennten Versorgungspfads zu überwinden und wirksame finanzielle Anreize zur Verbesserung von Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu setzen. Eine Überführung von patientenzentrierten und entsprechend struktur- und prozessoptimierten Leistungsangeboten in die sogenannte Regelversorgung ist bislang nur dann gelungen, wenn vom Gesetzgeber „Nischen“ für innovative Versorgungsformen durch gesetzliche Vorgaben geschaffen wurden. Im Gesamtergebnis führte dies jedoch lediglich zu einer Verlängerung des sprichwörtlichen „Flickenteppichs“ an Regelungen, insbesondere an der Schnittstelle ambulant-stationär.

Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass es einen neuen Ordnungsrahmen mit einheitlichen Rahmenbedingungen braucht, um den GKV-Versicherten Zugang zu innovativen, qualitätsverbessernden Versorgungskonzepten zu ermöglichen und die bestehenden „Insel-Lösungen“ unter ein gemeinsames Dach zu überführen. Der BMC schlägt daher vor, einen neuen, nicht sektorenbezogenen, sondern patientenzentrierten Versorgungsbereich in die Regelversorgung einzuführen (im Folgenden als „sektorenunabhängiger Versorgungsbereich“ bezeichnet) bzw. als neuen Abschnitt mit einheitlichen Rahmenbedingungen in das SGB V aufzunehmen.

Dieser neue, sektorenunabhängige Versorgungsbereich folgt dem Zielbild einer leistungsfähigen, patientenzentrierten und auf das Gemeinwohl ausgerichteten Gesundheitsversorgung und verankert Value-Based Care als modernes Leitprinzip im GKV-System. Das Konzept von Value-Based Care bietet den Gestaltungsrahmen, um die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Professionen, Disziplinen und Sektoren entlang des Patientenpfades zu organisieren. Value fungiert dabei als gemeinsame Zielgröße, die die Interessen der verschiedenen Beteiligten vereint. Das Konzept geht auf Michael Porter und Elizabeth Teisberg zurück und versteht Value als das Verhältnis von „Health Outcomes“ zu „Costs“. Eine solche Value-Orientierung richtet den Fokus von einer output-basierten Gesundheitsversorgung hin zu einem outcome-basierten System, das sich auf die erzielten Gesundheitsergebnisse bei gleichzeitiger finanzieller Verantwortung konzentriert. Diese Outcome-Orientierung lässt sich im Rahmen des deutschen Versorgungskontexts am besten unter dem Begriff des Patientennutzens subsumieren. In einem solchen System stehen nicht mehr der einzelne Behandler und die Steigerung der auf den einzelnen Leistungserbringer bezogenen Leistungsmengen im Zentrum, sondern die Übernahme gemeinsamer Verantwortung aller am Versorgungspfad beteiligten Behandler für das bestmögliche Behandlungsergebnis, die Optimierung der Versorgungsprozesse und des Kosten-Nutzen-Verhältnisses.

Folgende Regelungsvorschläge werden dazu unterbreitet:

- **"Update" des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots im SGB V:** Verankerung von Value-Based Care als modernes Leitprinzip für die Gesundheitsversorgung im GKV-System durch eine Aktualisierung von § 2 Abs. 1 SGB V (Leistungen) und § 12 Abs. 1 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot).

- **Ordnungsrahmen:** Schaffung einheitlicher Rahmenbestimmungen für einen neuen, sektorenenunabhängigen Versorgungsbereich im SGB V, der sich am Grundgerüst von § 116b SGB V orientiert, mit der vertraglichen Flexibilität von § 140a SGB V
 - basierend auf den Grundprinzipien von Value-Based Care und dem Zielbild einer leistungsfähigen, am Patientennutzen und auf das Gemeinwohl ausgerichteten Gesundheitsversorgung
 - in allen relevanten Ordnungsdimensionen zur Steuerung eines Versorgungsbereichs (Zulassungskriterien, Qualitätsanforderungen, Nutzenbewertung, Vergütungssystematik)
 - mit selektivvertraglicher Ausgestaltung des Leistungsangebots
 - auf Basis flexibler Kooperationsmöglichkeiten
 - einschließlich einer Option zur Übernahme regional-populationsbezogener Versorgungsaufträge
- **Abbau der Regelungsvielfalt („Flickenteppich an der Schnittstelle ambulant-stationär“) und Entbürokratisierung:** Überführung bestehender Leistungsangebote in den neuen sektorenenunabhängigen Versorgungsbereich (Übergangsregelungen)
- **„Einbau“ von Innovationsdynamik:** Schaffung transparenter, einheitlicher Regelungen für die evidenzbasierte Bewertung des Patientennutzens und die gesundheitsökonomische Folgenabschätzung von innovativen Leistungsangeboten (Prozess- und Produktinnovationen)
- **Anschlussfähigkeit zu anderen Versorgungsbereichen sicherstellen:** Dem Gedanken einer integrierten und patientenzentrierten Versorgung folgend soll der neue Versorgungsbereich offen für Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern gestaltet werden und sich konsequent am gesamten Behandlungspfad orientieren.

Mit dem neuen, sektorenenunabhängigen Versorgungsbereich soll ein Ordnungsrahmen für einen fairen und transparenten Vertragswettbewerb geschaffen werden, der den Zugang der GKV-Versicherten zu innovativen, qualitätsverbessernden Versorgungslösungen verbessert und die Effizienz und Wirtschaftlichkeit im GKV-Versorgungssystem erhöht. Die Vertragspartner haben grundsätzliche Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Versorgungsangebote sowie an die Messung des Patienten-Outcomes und der Bewertung des Patientennutzens im Vergleich zur Regelversorgung zu erfüllen. Im Verständnis des neuen, sektorenenunabhängigen Versorgungsbereichs

- resultiert die Wertschöpfung in der Gesundheitsversorgung aus dem gesundheitlichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten und der Qualität der Versorgung;
- wird die Verbindung einzelner Leistungen entlang des Versorgungspfad zu patientenzentrierten Behandlungsangeboten angestrebt;
- gelten für diese Behandlungsangebote keine Sektorengrenzen (die sektorenenunabhängige Versorgung versteht sich als eine interdisziplinäre, multiprofessionelle und einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit);
- ist die Vergütungssystematik modular, auf wiederkehrende Leistungskomplexe aufzubauen (wann immer sinnvoll, sollten die Leistungskomplexe zu diagnose-spezifischen Behandlungs-/Versorgungspauschalen gebündelt werden);
- sind bei der Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung patientenrelevante Zielgrößen angemessen zu berücksichtigen.

Gleichzeitig wird mit dem sektorenenunabhängigen Versorgungsbereich ein „Dach“ mit einheitlichen Rahmenbedingungen gebaut, um bestehende Leistungsangebote – unter Berücksichtigung von Übergangsregelungen – sukzessive in den neuen Versorgungsbereich zu überführen. Der sektorenenunabhängige Versorgungsbereich füllt somit den bislang fehlenden Raum zur dauerhaften Implementierung innovativer Versorgungsangebote in die Regelversorgung und leistet einen Beitrag zum Abbau der bisherigen Regelungsvielfalt.

II. WARUM VALUE-BASED CARE? WARUM GERADE JETZT?

Schaut man sich die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich an, zeichnet sich das Bild einer Gesundheitsversorgung, die über hohe finanzielle Ressourcen verfügt, mit Blick auf die damit erzielten Gesundheitsergebnisse aber nur im Mittelfeld landet. Kurz gesagt: Deutschland ist zwar Spitzenreiter bei den Gesundheitsausgaben, aber nicht bei der Lebenserwartung. Die Gründe dafür sind vielfältig: Die starke Fragmentierung des Gesundheitswesens führt zu Versorgungsbrüchen zwischen den einzelnen Leistungserbringern und Sektoren sowie zu Ineffizienzen in den Prozessen. Verstärkt wird dies durch dominierende Vergütungsmechanismen, die eine Einzelleistungsbeauftragung, -erbringung und -vergütung vorsehen – und zwar getrennt nach Fachdisziplinen und Professionen sowie nach Sektoren und Sozialgesetzbüchern. Ein wesentliches Merkmal ist zudem die starke Ausrichtung auf die Akutversorgung mit seinen örtlich (und zum Teil auch zeitlich) gebundenen Ressourcen. Das Ergebnis ist eine Gesundheitsversorgung, die sich an den Strukturen des Systems und weniger an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert und somit für die zukünftigen Versorgungsherausforderungen nicht gewappnet ist. Diese Diagnose ist nicht neu, sondern in Wissenschaft, Gesundheitswesen und Politik längst bekannt¹. Seit Anfang der 2000er Jahre hat es viele Versuche im GKV-System gegeben, die Schnittstellen entlang des nach Sektoren getrennten Versorgungspfades zu überwinden und finanzielle Anreize zur Verbesserung von Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu setzen. Die Zwischenbilanz ist ernüchternd: Die Bemühungen zur Ambulantisierung stationärer Leistungen haben bisher nicht zur gewünschten Überwindung der Sektorengrenzen geführt. Der Versuch der Einführung einer deutschen Variante von „Pay for Performance“ in Gestalt von Qualitätszu- und -abschlägen für stationäre Leistungsbereiche im Rahmen des KHSG von 2016 ist vollständig gescheitert. Auch der von der Einführung von Selektivverträgen erwartete Qualitätswettbewerb mit positiver „Abfärbung“ auf die sogenannte Regelversorgung, zu der jede GKV-Patientin und jeder GKV-Patient unabhängig von der individuellen Kassenmitgliedschaft Zugang hat, ist bislang nicht im erhofften Umfang eingetreten. In den vor mehr als zwanzig Jahren eingeführten Disease-Management-Programmen zur strukturierten Behandlung von Menschen mit chronischen Erkrankungen hat sich zudem in der Zwischenzeit ein erheblicher Reformbedarf aufgebaut².

Eine Translation von patientenzentrierten und entsprechend struktur- und prozessoptimierten Leistungsangeboten in die Regelversorgung ist bislang nur dann gelungen, wenn vom Gesetzgeber „Nischen“ für innovative Versorgungsformen durch entsprechende gesetzliche Regelungen geschaffen wurden (siehe Tabelle 1). Jüngstes Beispiel für eine solche „Nischenbildung“ sind die Qualitätsverträge nach § 110a SGB V, die seit 2023 verpflichtend von den Krankenkassen anzubieten sind. Im Kontext des ansonsten unverändert sektorspezifisch strukturierten Grundgerüsts im GKV-System führt die Schaffung neuer „Insellösungen“ jedoch im Gesamtergebnis zu einer Verlängerung des sprichwörtlichen „Flickenteppichs“, insbesondere an der Schnittstelle ambulant-stationär.

¹ Hager et al. 2025

² Zur Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen im Sinne einer patientenorientierten und teambasierten Versorgung hat der BMC bereits ausführliche Vorschläge formuliert (Bundesverband Managed Care 2023).

TABELLE 1: INTEGRATION VON VERSORGUNG IM GKV-SYSTEM – BISHERIGE GEHVERSUCHE UND GESETZLICHE „NISCHEN“

Verträge zur integrierten Versorgung/Selektivverträge (§ 140a SGB V)

- Rund 9.000 (Stand 2020)³, einzelne Leuchtturm-Projekte
 - Fazit: Kein „inkrementeller“ Lerneffekt für die Regelversorgung, offene Fragen mit Blick auf Transparenz und Qualitätswettbewerb
-

Ergänzung von besonderen Versorgungsformen/neuen Leistungsangeboten

- Disease-Management-Programme⁴ (§ 137f SGB V)
 - Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V)
 - Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)
 - Qualitätsverträge (§ 110a SGB V), begrenzt auf 8 stationäre Leistungsbereiche
 - Fazit: Flickenteppich an der Schnittstelle ambulant-stationär
-

Innovationsfonds zur Förderung von neuen Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen

- Fazit: Problematik der Überführung in die Regelversorgung, Implementierungsstau/-sackgasse
-

Vor diesem Hintergrund muss konstatiert werden, dass trotz der erheblichen Mittel, die bereits zur Förderung qualitätsverbessernder, integrativer Versorgungsformen aufgewendet wurden, der Handlungsbedarf größer denn je ist.

Value-Based Care – warum jetzt?

Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass für die überfällige Transformation der Gesundheitsversorgung eine gemeinsame Orientierungsgröße erforderlich ist. Der BMC schlägt daher eine Neuausrichtung der Patientenversorgung entlang von Value-Based Care vor. Das Konzept von Value-Based Care bietet dabei den Gestaltungsrahmen, um die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Professionen, Disziplinen und Sektoren entlang des Patientenpfades zu organisieren. Value fungiert dabei als gemeinsame Zielgröße, die die Interessen der verschiedenen Beteiligten vereint. Die Vorteile eines solchen Systems zeigen sich für die einzelnen Beteiligten wie folgt:

- **Patient:innen:** Eine an Value-orientierte Gesundheitsversorgung orientiert sich konsequent am Patientenutzen und belohnt hohe Qualität in Ergebnissen und Service. Der Wert der erbrachten Gesundheitsleistungen für die Patientinnen und Patienten wird dadurch verbessert. Zudem findet Versorgung dort statt, wo sie gebraucht wird (der Service kommt zum Nutzer und nicht andersherum).
- **Krankenkassen:** In einer Value-orientierten Gesundheitsversorgung sind die Leistungsangebote konsequent auf die Patientenbedarfe auszurichten. Damit einher geht eine bessere Patientensteuerung und die Vermeidung von Folgekosten durch Versorgungsbrüche. Eine konsequente Ergebnismessung, Transparenz und Benchmarking sorgen zudem dafür, dass schlechte Behandlungsergebnisse verdrängt sowie Überversorgung vermieden werden.
- **Leistungserbringer:** Eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung entlang des Patientenpfades setzt den Fokus auf die Kerntätigkeiten der Gesundheitsberufe und ermöglicht die Arbeit in multiprofessionellen Teams. Zudem bestehen finanzielle Anreize über erfolgsabhängige Vergütungsbestandteile sowie Möglichkeiten der finanziellen Beteiligung durch Shared Savings Verträge.

³ Deutsches Ärzteblatt 2020

⁴ Zu einer patientenorientierten und teambasierten Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen hat der BMC bereits ausführliche Vorschläge formuliert: <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/BMC-Positionspapier-DMP-2.0.pdf>

- **Hersteller:** Anbieter von innovativen Versorgungslösungen erhalten in einem Value-orientierten Gesundheitssystem einen besseren Marktzugang. Zudem erschließen erfolgsabhängige Vergütungsmodelle neue Finanzierungsmöglichkeiten.

Ein neuer Versorgungsbereich – warum jetzt?

Angesichts der ernüchternden Zwischenbilanz zu den bisherigen „Gehversuchen“ innovativer Versorgungsansätze kann nur geschlussfolgert werden, dass ein „Weiter so“ mit kleinteiligen „Insel-Lösungen“ den jetzt schon bestehenden Innovationsstau verstärken und das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich der Kosten-Nutzen-Bilanz noch weiterzurückfallen lässt. Sowohl kreative Selektivverträge mit Potential zur Verbesserung der Regelversorgung als auch die Modellvorhaben zu innovativen Versorgungsformen benötigen einen neuen „Zielhafen“ für die Überführung in den Versorgungsalltag, weil sie sich unter den gegebenen Rahmenbedingungen schlichtweg nicht entfalten können. Dieser bislang in der sozialrechtlichen Regulatorik fehlende Raum zur dauerhaften Implementierung innovativer Versorgungsangebote in den Versorgungsalltag kann nur durch einen neuen Versorgungsbereich im SGB V geschaffen werden, der von den ansonsten sektorenspezifischen Rahmenbedingungen ausdrücklich ausgenommen wird. Die Einführung eines Versorgungsbereichs ist immer dafür verdächtig, mehr Aufwand und neue Schnittstellenproblematiken zu generieren: Der nachfolgend zur Diskussion gestellte Regelungsvorschlag für einen neuen, sektorenenabhängigen Versorgungsbereich ist jedoch als neuer Ordnungsrahmen mit einheitlichen Rahmenbestimmungen bzw. als „Dach“ für innovative Versorgungskonzepte zu verstehen, unter das die aktuell zahlreichen „Insel-Lösungen“ an der Schnittstelle ambulant-stationär auf Basis transparenter Übergangsregelungen überführt und auf das innovative Modellvorhaben hingelenkt werden können.

Der Zweck der Einführung eines neuen sektorenenabhängigen und am Leitprinzip von Value-Based Care ausgerichteten Versorgungsbereichs besteht zusammenfassend darin, kleinteilige Bürokratie abzubauen, den Zugang der GKV-Versicherten zu innovativen, qualitätsverbessernden Versorgungslösungen zu verbessern, und – unter besonderer Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität – die Effizienz und Wirtschaftlichkeit im GKV-Versorgungssystem zu erhöhen.

III. RATIONALE VON VALUE-BASED CARE: WERTSCHÖPFUNG ORIENTIERT AM PATIENTENNUTZEN

Das Konzept von Value-Based (Health) Care geht auf Michael Porter und Elizabeth Teisberg zurück. In der deutschen Fachdiskussion wird „Value“ gemeinhin mit (einer möglichst guten) Ergebnisqualität gleichgesetzt, die sich vorrangig an klinischen Parametern orientiert. „Value“ ist jedoch keine Qualitätsdimension wie Ergebnisqualität, und auch kein rein ökonomisches Maß, sondern resultiert nach Porter und Teisberg aus dem Verhältnis von „Health Outcomes“ zu „Costs“:

“Value in health care is the measure improvement in a person’s health outcomes for the cost of achieving that improvement. While some descriptions conflate value-based health care and cost reduction, quality improvement, or patient satisfaction, those efforts—while important—are not the same as value, which focuses primarily on improving patient health outcomes.”⁵

Eine solche Value-Orientierung richtet den Fokus von einer output-basierten Gesundheitsversorgung hin zu einem outcome-basierten System, das sich auf die erzielten Gesundheitsergebnisse konzentriert. Nicht mehr der einzelne Behandler und die Steigerung der auf den einzelnen Leistungserbringer bezogenen Leistungsmengen stehen im Zentrum, sondern die Übernahme gemeinsamer Verantwortung aller am Versorgungspfad beteiligten Behandler für das bestmögliche Behandlungsergebnis, die Optimierung der Versorgungsprozesse und ein ausgewogenes Kosten-Nutzen-Verhältnis.⁶

Während Porter und Teisberg den Nutzen im engeren Sinne auf die gesundheitsbezogene Ergebnisqualität fokussieren, beziehen modernere Konzepte von VBC im Sinne von „Results“ neben Behandlungsqualität im engeren Sinne weitere Qualitätsdimensionen des Versorgungssystems in die Kosten-Nutzen-Abwägung mit ein, wie z.B. Bedarfsgerechtigkeit (z.B. Abbau von Unterversorgung), Gleichheit/Gleichwertigkeit der Versorgung (z.B. chancengleicher Zugang zu Innovationen), Zugang zur Versorgung (z.B. flächendeckend wohnortnahe Notfallversorgung) und auch Absenkung medizinisch nicht notwendiger Ausgabenentwicklungen:

„Value-based care ties the amount health care providers earn for their services to the results they deliver for their patients, such as the quality, equity, and cost of care. Through financial incentives and other methods, value-based care programs aim to hold providers more accountable for improving patient outcomes while also giving them greater flexibility to deliver the right care at the right time.“⁷

Die angestrebte Optimierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses soll sich dabei auf keinen Fall zu Lasten der Versorgungsqualität auswirken; das Versorgungsangebot soll sich an klar definierten Patientengruppen und ihren jeweiligen Bedürfnissen orientieren. VBC soll einen zusammenhängenden „Cycle“, i.e. Behandlungs-/Versorgungspfad, wenn erforderlich sektorenübergreifend und/oder unter Einbeziehung von Prävention, Reha oder Pflege umfassen.

⁵ Elizabeth Teisberg, PhD, Scott Wallace, JD, MBA, and Sarah O’Hara, MPH, Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework, Academic Medicine, Vol. 95, No. 5 / May 2020

⁶ Hager et al. 2025

⁷ The Commonwealth Fund 2023

„Outcome-Messung“ wird in der deutschen Fach- und gesundheitspolitischen Diskussion in der Regel mit den extern vergleichenden Qualitätssicherungsverfahren des G-BA in Verbindung gebracht. Die QS-Verfahren des G-BA bzw. deren Qualitätsindikatoren betreffen jedoch nur einige wenige, überwiegend stationäre Prozeduren, und können zu einer im Rahmen von Value-Based Care geforderten Outcome-Messung nichts Wesentliches beitragen. Der „Outcome“-Begriff von Porter und Teisberg sowie die Erweiterung um „Results“ lassen sich für die Zwecke von Value-Based Care im Rahmen des deutschen Versorgungskontexts am besten unter dem Begriff des Patientennutzens subsumieren.

Der Begriff des Patientennutzens hat sich im Zuge der Einführung des sog. AMNOG-Verfahrens im GKV-System etabliert. Mit dem Begriff Nutzen werden allgemein kausal begründete positive Effekte, mit dem Begriff Schaden kausal begründete negative Effekte einer medizinischen Intervention auf patientenrelevante Endpunkte bezeichnet. Kausal begründet meint in diesem Zusammenhang, dass ausreichend Sicherheit besteht, dass beobachtete Effekte allein auf die zu prüfende Intervention zurückgeführt werden können.⁸

Die Bewertungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Patientennutzen von Interventionen basieren auf den methodischen Grundlagen des IQWiG. Der medizinische Nutzen soll demnach an patientenrelevanten Zielgrößen gemessen werden, die in den Allgemeinen Methoden des IQWiG folgendermaßen erläutert werden:

„Als patientenrelevant soll in diesem Zusammenhang verstanden werden, wie eine Patientin oder ein Patient fühlt, ihre oder seine Funktionen und Aktivitäten wahrnehmen kann oder ob sie oder er überlebt. Dabei werden sowohl die beabsichtigten als auch die unbeabsichtigten Effekte der Interventionen berücksichtigt, die eine Bewertung der Beeinflussung insbesondere folgender patientenrelevanter Zielgrößen zur Feststellung krankheits- und behandlungsbedingter Veränderungen erlauben:

1. *Mortalität,*
2. *Morbidität (Beschwerden und Komplikationen),*
3. *gesundheitsbezogene Lebensqualität.*

Diese Zielgrößen sind auch im SGB V als vorrangig zu berücksichtigende Zielgrößen genannt, z. B. in § 35 Abs. 1b SGB V. Ergänzend kann der interventions- und erkrankungsbezogene Aufwand der Behandlung berücksichtigt werden.⁹

Im Falle eines Vergleichs der zu evaluierenden medizinischen Intervention mit einer anderen medizinischen Intervention (zweckmäßige Vergleichstherapie) können sich Vorteile oder Nachteile der neuen Intervention ergeben; dies wird als höherer oder geringerer Nutzen bewertet; bei vergleichbaren Effekten wird von einem vergleichbaren Nutzen gesprochen¹⁰.

Ausgehend vom VBHC-Konzept von Porter und Teisberg hat der BMC das Zielbild einer die Sektorengrenzen überwindenden Versorgung entworfen, die auf folgenden Grundprinzipien beruht:

- Leitprinzip der Versorgung ist das **Primat des Patientenwohls**.

⁸ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2023)

⁹ Ebd.

¹⁰ Ebd.

- Die Wertschöpfung resultiert aus der **Steigerung des Patientennutzens und der Optimierung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses**.
- Die Leistungs-/Versorgungsangebote sind konsequent auf die **Patientenbedarfe** auszurichten, insbesondere:
 - Managed Care/ Patient-Centered Care (patientenzentrierte Versorgung über den gesamten Behandlungszyklus/entlang der Patient Journey, auch unter Einbeziehung von Prävention, Reha und Pflege)
 - Etablierung leitlinienbasierter Entscheidungsmechanismen in den Behandlungspfaden
 - Niederschwelliger und wohnortnaher Zugang zur Versorgung
 - Förderung von Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement
- Möglichkeiten zur **Optimierung von Prozessen und Strukturen** werden konsequent genutzt, darunter:
 - insbesondere an den Schnittstellen der Versorgung
 - Digitale Vernetzung (digital unterstützte Koordination etc.)
 - Bildung unterschiedlich spezialisierter/multiprofessioneller Teams
 - Umsetzung einrichtungsinterner Qualitätsmanagements
- Es wird **Transparenz über den erzielten Outcome/Patientennutzen** hergestellt:
 - Outcome-Messung/Evaluation des Patientennutzens,
 - unter besonderer Einbeziehung der Patientenperspektive (PROMs, PREMs)
 - Umfängliche Transparenz im Rahmen einer methodischen Entwicklung des angestrebten Nutzens
- Das **Kosten-Nutzen-Verhältnis wird optimiert**:
 - neue Vergütungs-/Finanzierungsmodelle auf Basis von Leistungskomplexen (z.B. Bundled Payment), Komplex- oder Fallpauschalen, ggf. Capitation
 - Einführung erfolgsabhängiger Vergütungsanteile
 - Vergleichende Evaluation der Kosten-Nutzen-Ratio zwischen VBC und Regelversorgung

IV. WIE STÖSST MAN DIE VALUE-TRANSFORMATION AN? REGELUNGSVORSCHLAG ZUR IMPLEMENTIERUNG VON VALUE-BASED CARE IN DIE REGELVERSORGUNG

Da von der gesetzlichen „Nischenbildung“ mit Schaffung immer neuer Insel-Lösungen (speziell an der Schnittstelle ambulant-stationär) keine „inkrementelle“ Übertragung von innovativen patientenzentrierten Versorgungsformen auf die Regelversorgung zu erwarten ist, sind grundsätzliche regulatorische Änderungen erforderlich. Das vorliegende Impulspapier stellt einen Regelungsvorschlag zur Einführung eines neuen Versorgungsbereichs in das GKV-System zur Diskussion, der nicht sektorenbezogen, sondern patientenzentriert ausgerichtet ist (sektorenunabhängiger Versorgungsbereich).

Der Vorschlag für einen neuen, sektorenunabhängigen Versorgungsbereich basiert auf dem Zielbild einer leistungsfähigen, am Patientennutzen und auf das Gemeinwohl ausgerichteten Gesundheitsversorgung, und formiert sich entlang der Grundprinzipien von Value-Based Care.

Folgende Regelungsvorschläge werden zur Diskussion gestellt:

- "Update" des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots im SGB V: Verankerung von Value-Based Care als modernes Leitprinzip für die Gesundheitsversorgung im GKV-System
- Ordnungsrahmen: Schaffung einheitlicher Rahmenbestimmungen für einen neuen, sektorenunabhängigen Versorgungsbereich im SGB V
 - basierend auf den Grundprinzipien von Value-Based Care
 - in allen relevanten Ordnungsdimensionen zur Steuerung eines Versorgungsbereichs (Zulassungskriterien, Qualitätsanforderungen, Nutzenbewertung, Vergütungssystematik.)
 - mit selektivvertraglicher Ausgestaltung des Leistungsangebots
 - auf Basis flexibler Kooperationsmöglichkeiten
 - einschließlich einer Option zur Übernahme regional-populationsbezogener Versorgungsaufträge
- Abbau der Regelungsvielfalt („Flickenteppich an der Schnittstelle ambulant-stationär“) und Entbürokratisierung: Überführung bestehender Leistungsangebote in den neuen sektorenunabhängigen Versorgungsbereich (Übergangsregelungen)
- Strukturierte Überleitung von Modellvorhaben in den neuen Versorgungsbereich
- „Einbau“ von Innovationsdynamik: Schaffung transparenter einheitlicher Regelungen für die evidenzbasierte Bewertung des Patientennutzens und die gesundheitsökonomische Folgenabschätzung von innovativen Leistungsangeboten (Prozess- und Produktinnovationen)

A) „UPDATE“ DES QUALITÄTS- UND WIRTSCHAFTLICHKEITSGEBOTS

REGELUNGSVORSCHLAG:

VBC wird als modernes Leitprinzip für die Patientenversorgung im GKV-System durch ein „Update“ der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebote im SGB V eingeführt:

- **Aktualisierung von § 2 Abs. 1 SGB V (Leistungen):** Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen; **die Leistungen müssen von nachweisbarem Nutzen für die Patientenversorgung sein, gemessen an patientenrelevanten Endpunkten entlang des Versorgungspfads.**¹¹
- **Aktualisierung von § 12 Abs. 1 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot):** Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Leistungen, die nicht **von Patientennutzen** oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen; bei der Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sind insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verlängerung der Lebensdauer und eine Verbesserung der Lebensqualität angemessen zu berücksichtigen.

BEGRÜNDUNG:

Trotz der erheblichen Mittel, die bereits zur Förderung qualitätsverbessernder, integrativer Versorgungsformen im GKV-System aufgewendet wurden, ist die überfällige Transformation des Gesundheitswesens bisher nicht gelungen. Als zentrale Orientierungsgröße für die Reformierung der leistungsrechtlichen Grundprinzipien im SGB V kann das Konzept von Value-Based Care und die damit einhergehende Orientierung am Patientennutzen dienen. Nach diesem modernen Verständnis

- resultiert die Wertschöpfung im Gesundheitssystem aus dem medizinischen Nutzen für die Patientinnen und Patienten und der Qualität der Versorgung;
- wird die Integration einzelner Leistungen entlang des Versorgungspfads zu patientenzentrierten Behandlungsangeboten angestrebt;
- gelten für diese Behandlungsangebote keine Sektorengrenzen mehr (sektorenunabhängige Versorgung);
- sind bei der Bewertung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung patientenrelevante Zielgrößen angemessen zu berücksichtigen.

¹¹ Vgl. IQWiG, Allgemeine Methoden Version 7.0 vom 19.09.2023: 3.1.1 Definition des patientenrelevanten medizinischen Nutzens bzw. Schadens: Mit dem Begriff Nutzen werden kausal begründete positive Effekte, mit dem Begriff Schaden kausal begründete negative Effekte einer medizinischen Intervention auf patientenrelevante Endpunkte (s. u.) bezeichnet. (...)

B) EINFÜHRUNG EINES SEKTORENUNABHÄNGIGEN VERSORGUNGSBEREICHS IN DIE REGELVERSORGUNG

REGELUNGSVORSCHLAG:

Basierend auf der Verankerung von Value-Based Care als modernem Leitprinzip für die Patientenversorgung im GKV-System wird vorgeschlagen, einen neuen, nicht sektorenbezogenen, sondern patientenzentrierten Versorgungsbereich in die Regelversorgung einzuführen (im Folgenden als „sektorenunabhängiger Versorgungsbereich“ bezeichnet) bzw. als neuen Abschnitt mit einheitlichen Rahmenbedingungen in das SGB V aufzunehmen. Der konkrete Vorschlag für den neuen Versorgungsbereich basiert auf einer Kombination eines Ordnungsrahmens, der sich am Grundgerüst von § 116b SGB V orientiert, mit der vertraglichen Flexibilität von § 140a SGB V:

- **Ordnungsrahmen (Rahmenbestimmungen):** Der Aufbau des Ordnungsrahmens für den sektorenunabhängigen Versorgungsbereich orientiert sich abstrakt am regulatorischen Grundgerüst, wie es für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Zuge des GKV-VStG 2012 im Rahmen der Neufassung des § 116b SGB V vom Gesetzgeber neu konzipiert wurde, ohne die spezielle konkrete Ausgestaltung bzw. Richtlinien-Inhalte des G-BA zu übernehmen. Das regulatorische Grundgerüst von § 116b SGB V deckt abstrakt die wesentlichen Ordnungsdimensionen bzw. Steuerungselemente ab (von der Zulassung der Leistungserbringer über Qualitätsanforderungen bis zur Vergütung/Finanzierung), die im Zusammenhang mit der Ausgestaltung eines neuen Versorgungsbereichs und bei der Umsetzung der einzelnen Versorgungsangebote beachtet werden müssen. Gesetzliche Vorgaben, die sich nachweislich nicht bewährt haben, wie z.B. das Anzeigeverfahren bei den erweiterten Landesausschüssen oder die Festlegung des EBM als verpflichtende Ausgangsbasis für eine sektorübergreifende Vergütung, werden in das Regelwerk für den neuen Versorgungsbereich ausdrücklich nicht übernommen¹². Die einheitlichen Rahmenbestimmungen für den neuen Versorgungsbereich bilden die grundsätzlichen Anforderungen und Leitplanken für die selektivvertragliche Vereinbarung von konkreten Leistungs-/Versorgungsangeboten, die nach den Grundprinzipien von Value-Based Care auszugestaltet sind.
- **Flexible, selektivvertragliche Ausgestaltung:** Innerhalb des Ordnungsrahmens können die konkreten Versorgungsangebote hinsichtlich Behandlungsumfang und Kooperationspartnern flexibel, auf Basis von Selektivverträgen ausgestaltet werden. Der Zweck der selektivvertraglichen Ausgestaltung unter einheitlichen Rahmenbedingungen, die an Value-Based Care als Leitprinzip ausgerichtet sind, ist die Förderung eines Wettbewerbs um die beste Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, wie er bislang – trotz aller Anstrengungen in Richtung eines solidarischen Krankenkassenwettbewerbs – nicht zustande gekommen ist.
- **Mehr Transparenz und Entbürokratisierung:** Der neue sektorenunabhängige Versorgungsbereich soll mit seinen einheitlichen Rahmenbestimmungen dazu beitragen, den intransparenten, ineffizienten und unwirtschaftlichen „Flickenteppich“ insbesondere an der Schnittstelle ambulant-stationär abzubauen, indem bestehende „Insel-Lösungen“ sukzessive in den neuen Versorgungsbereich überführt werden. Der Regelungsvorschlag beinhaltet deshalb auch eine Übergangsregelung für bestehende Leistungsangebote/Versorgungsformen unter das neue „Dach“ des sektorenunabhängigen Versorgungsbereichs.
- **Berücksichtigung der Innovationsdynamik:** Innovative Versorgungsformen und erfolgreich erprobte Modellvorhaben sollen zukünftig schneller in die Regelversorgung überführt werden können; auch hierfür bildet der neue sektorenunabhängige Versorgungsbereich das bislang fehlende „Dach“ für die Umsetzung im Versorgungsalltag. Der Regelungsvorschlag enthält deshalb auch einen Vorschlag für eine systematische

¹² Klakow-Franck 2024

Berücksichtigung der Aufnahmen von Innovationen (Prozess- und Produktinnovationen) in die GKV-Regelversorgung auf Basis eines methodisch überarbeiteten, vereinheitlichten und beschleunigten Prüfungsverfahrens.

- **Anschlussfähigkeit zu anderen Versorgungsbereichen sicherstellen:** Die Kernbereiche der Gesundheits- und Krankenversorgung nach SGB V decken zwar umfangreiche Leistungen ab, umfassen aber nicht alle Angebote, die die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung betreffen. Fragen der Rehabilitation, Eingliederung, Teilhabe, Pflege, etc. sind in anderen Sozialgesetzbüchern geregelt. Dem Gedanken einer integrierten und patientenzentrierten Versorgung folgend muss ein neuer Versorgungsbereich offen für Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern gestaltet werden und sich konsequent am gesamten Behandlungspfad orientieren. Ein solches System ermöglicht zudem SGB-übergreifende Lerneffekte (Ergebnisqualität ist bspw. in §20 und § 31 SGB VI bereits verankert, die qualitätsgesteuerte Belegung von Reha-Einrichtungen zudem bereits gelebte Praxis und hat sich in der Steuerung der Leistungserbringung bewährt).

1. BEHANDLUNGSZECK UND -UMFANG

REGELUNGSVORSCHLAG:

Die sektorenunabhängige Versorgung umfasst die Diagnostik und Therapie von Erkrankungen, die je nach Behandlungsanlass, Diagnose¹³ oder Krankheitsspektrum (Multimorbidität) eine interdisziplinäre, multiprofessionelle oder einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit erfordern und als integrierte Behandlungsformen anzubieten sind. Sie muss wie folgt ausgestaltet werden:

- **Orientierung an patientenindividuellen Bedarfen:** Die sektorenunabhängige Versorgung ist in besonderem Maße auf die patientenindividuellen Bedarfe mit Einbeziehung der Patient:innen in die Therapieplanung auszurichten.
- **Grundsätzliche Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität:** Sie muss grundsätzliche Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (siehe Nr. 3) erfüllen, die die Umsetzung einer patientenzentrierten Vorgehensweise entlang strukturierter und koordinierter Behandlungspfade zum Zweck haben. Bei der Festlegung der Standards ist darauf zu achten, dass diese praxistauglich sind und auf bereits bestehenden Vorgaben aufbauen.
- **Vertragspartner:** Die konkreten Leistungsangebote im Rahmen der sektorenunabhängigen Versorgung sind vertraglich zwischen den Krankenkassen und den teilnahmeberechtigten Leistungserbringern (siehe Nr. 2) zu vereinbaren.
- **Behandlungsumfang:** Der Behandlungsumfang in Verträgen zur sektorenunabhängigen Versorgung kann Leistungen aller Leistungsarten¹⁴ nach § 11 Absatz 1 SGB V sowie Leistungen zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten, zur medizinischen Rehabilitation oder zur häuslichen oder stationären Pflege umfassen. Das Leistungsspektrum der jeweils beteiligten Leistungserbringer ist nicht auf Leistungen der Regelversorgung beschränkt.
- **Berücksichtigung von innovativen Versorgungslösungen:** Auch Companion Diagnostics im Rahmen innovativer Arzneimitteltherapien, digitale Gesundheitsanwendungen (§ 33a SGB V), digitale Pflegeanwendungen (§ 78a SGB V), Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht (§ 137h SGB V), sowie insbesondere auch innovative Leistungsangebote, die wie geeignete Methoden zur Disease Interception der Prävention dienen, können in den Behandlungsumfang miteinbezogen werden.
- **Integration von Pflegeleistungen:** Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI können miteinbezogen werden, wenn die Pflegekasse dem zustimmt.

BEGRÜNDUNG:

Um die Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern, müssen Leistungsangebote ermöglicht werden, die den gesamten Behandlungs- oder Versorgungspfad abdecken können, unabhängig von den bisherigen Sektorengrenzen. Der Behandlungsumfang ist dementsprechend zu erweitern. Außerdem sollen innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unabhängig von einem etwaigen Erlaubnisvorbehalt für die

¹³ bzw. Behandlungsanlass (z.B. Geburten/Entbindungen)

¹⁴ Nach § 11 Absatz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Leistungen 1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft, 2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch, 3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten, 4. zur Behandlung einer Krankheit und 5. auf Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches.

vertragsärztliche Versorgung in den Behandlungsumfang eingeschlossen werden können, da der Widerspruch zwischen ambulantem Erlaubnisvorbehalt und stationärem Verbotsvorbehalt schon längst nicht mehr zeitgemäß ist.

2. TEILNAHMEBERECHTIGUNG DER LEISTUNGSERBRINGER, VERTRAGSPARTNER SOWIE VERTRAGLICHE AUSGESTALTUNG

REGELUNGSVORSCHLAG:

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer¹⁵ und die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und/oder Kooperationsgemeinschaften sind zur Teilnahme am sektorenunabhängigen Versorgungsbereich berechtigt, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen nachfolgenden Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen:

- **Teilnahmeberechtigte Leistungserbringer:** Die Krankenkassen schließen mit den an der vertragsärztlichen oder stationären Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern oder mit Kooperationsgemeinschaften [siehe unten] Verträge über eine sektorenunabhängige Versorgung ab.
- **Weitere Vertragspartner nach § 140a Absatz 3 SGB V:** In diese Verträge können pharmazeutische Unternehmen, Hersteller von Medizinprodukten, Heil- und Hilfsmittel-Erbringer, Anbieter von digitalen Gesundheitsdienstleistungen und digitalem Versorgungsmanagement, weitere Vertragspartner nach § 140a Absatz 3 SGB V u.a. miteinbezogen werden.
- **Populationsbezogene Vertragsgestaltung:** Die Verträge können auch Regelungen enthalten, die die sektorenunabhängige Versorgung der gesamten Population einer Region beinhalten.

BEGRÜNDUNG:

Um eine interdisziplinäre, multiprofessionelle und einrichtungsübergreifende Versorgung zu ermöglichen, müssen die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer über den gesamten Behandlungs-/Versorgungspfad, wenn erforderlich sektorenübergreifend, zusammenarbeiten. Hierzu braucht es, abhängig vom Versorgungsgeschehen, vertragliche Flexibilität in der Ausgestaltung der Kooperationsgemeinschaften. Um regional-spezifischen Versorgungsbedarfen Rechnung zu tragen, können auch populationsbezogene Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossen werden.

¹⁵ Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Krankenhausärzte, Institutsambulanzen uvm.

3. QUALITÄTSANFORDERUNGEN, OUTCOME-MESSUNG UND NUTZENBEWERTUNG, TRANSPARENZ

REGELUNGSVORSCHLAG:

Qualitätsanforderungen:

Struktur- und Prozessqualität: Voraussetzung für die Leistungserbringung im sektorenenabhängigen Versorgungsbereich ist die Erfüllung von grundsätzlichen Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungserbringung, dazu zählen insbesondere:

- **Bildung eines sektorenenabhängigen Behandlungs-/Versorgungsteams** (auf Basis flexibler Kooperationsmöglichkeiten):
 - Grundvoraussetzung für die Teilnahme an der sektorenenabhängigen Versorgung ist die Bildung eines Behandlungs-/Versorgungsteams, das je nach Diagnose, Diagnosespektrum und Behandlungspfad („Cycle“ nach Porter/Teisberg) interdisziplinär, multiprofessionell oder einrichtungsübergreifend zusammensetzen ist.
 - Zur Bildung der Teams können Kooperationsgemeinschaften geschlossen werden (flexible Kooperationsmöglichkeiten), die in einem Vertrag privatrechtlicher Art vertraglich zu vereinbaren sind, sofern nicht bereits eine Gemeinschaftspraxis oder sonstige Berufsausübungsgemeinschaft, ein Medizinisches Versorgungszentrum oder eine stationäre Einrichtung u.a. besteht, die die erforderlichen Fachdisziplinen, Spezialisierungen und Gesundheitsberufe vorhält.
- **Patientenzentrierung** (partizipative Entscheidungsfindung, Angebot eines patientenindividuellen Casemanagements u.a.):
 - Die Versorgung der Patient:innen erfolgt koordiniert und entlang patientenzentrierter Behandlungspfade, die jeweils der Diagnose bzw. dem Versorgungsanlass entsprechend zu konkretisieren sind. Sofern verfügbar, sollen bei der Strukturierung und Koordination der Versorgung evidenzbasierte Leitlinien-Empfehlungen berücksichtigt werden.
 - Um partizipative Entscheidungsprozesse zu fördern, sind die Methoden des Shared Decision Making zu nutzen.
- **Konsequente Nutzung von digitalen Tools** zur Unterstützung des Behandlungsteams und der Versorgungsprozesse sowie des Selbstmanagements der Patient:innen:
 - z.B. gemeinsame digitale Fallakte, Nutzung leitlinienbasierter Behandlungsalgorithmen zur Strukturierung und Koordination der Versorgung, digitaler Informationsaustausch innerhalb des Teams sowie mit den Vertragspartnern, telemedizinische Leistungsangebote (z.B. Remote-Herzinsuffizienz-Monitoring), Nutzung von Clinical Decision Support Systems),
 - Angebot und Unterstützung des Patienten bei der Nutzung von DiGA/Wearables, DiPA, Patientenschulungs- und Selbstmanagement-Tools (z.B. „Patient Journey-Apps“)

Ergebnisqualität durch Outcome-Messung und Bewertung des Patientennutzens: Im Rahmen der Verträge zur sektorenenabhängigen Versorgung sind geeignete Maßnahmen zur Messung des Outcomes an patientenrelevanten Endpunkten sowie zur Bewertung des Patientennutzens, auch im Vergleich zur bisherigen Regelversorgung, zu vereinbaren. Bei der Messung der Ergebnisqualität sind folgende Anforderungen zu erfüllen:

- Die **Outcome-Messung** soll **anhand patientenrelevanter Endpunkte** entlang des Behandlungs-/Versorgungspfads erfolgen, nach Möglichkeit einschließlich eines Follow-ups nach Abschluss der Behandlung.

- **Besondere Berücksichtigung der Patientenperspektive:** Die Effekte des Versorgungsangebots müssen zusätzlich aus der direkten Patientenperspektive betrachtet werden; die Erhebung von Patient-Reported Outcome und Patient-Reported Experience Measures (PROMs, PREMs) ist deshalb obligatorisch. Sofern hierzu keine geeigneten deutschen Erhebungsinstrumente verfügbar sind, kann auf validierte internationale Standard-Sets wie z.B. von ICHOM (International Consortium of Outcome Measurements) zurückgegriffen werden.
- **Bevorzugte Nutzung von Abrechnungsdaten („Routinedaten“):** Die für die Zwecke der Outcome-Messung und weitergehenden Evaluation des Patientennutzens erforderlichen Informationen sind bevorzugt auf Basis von Routinedaten (Abrechnungsdaten) zu erheben und diagnose- bzw. fallspezifisch durch klinische Daten u.a. zu ergänzen.
- **Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren:** Sofern einrichtungsübergreifende Qualitätsvergleiche erfolgen, hat bei der Messung der Ergebnisqualität eine Risikoadjustierung zu erfolgen.
- **Datennutzung:** Die im Rahmen von Verträgen zur sektorenunabhängigen Versorgung erhobenen Qualitäts- und Evaluationsdaten müssen anschlussfähig sein an epidemiologische und klinische Register. Eine sekundäre Datennutzung für Forschungszwecke ist im Rahmen des EHDS (Europäischer Raum für Gesundheitsdaten) grundsätzlich möglich. Die fallbezogenen Daten können zudem für das versicherten-bezogene Risikomanagement der Krankenkassen nach § 25b SGB V genutzt werden.

Transparenz: Die Evaluationsergebnisse sind zu veröffentlichen.

BEGRÜNDUNG:

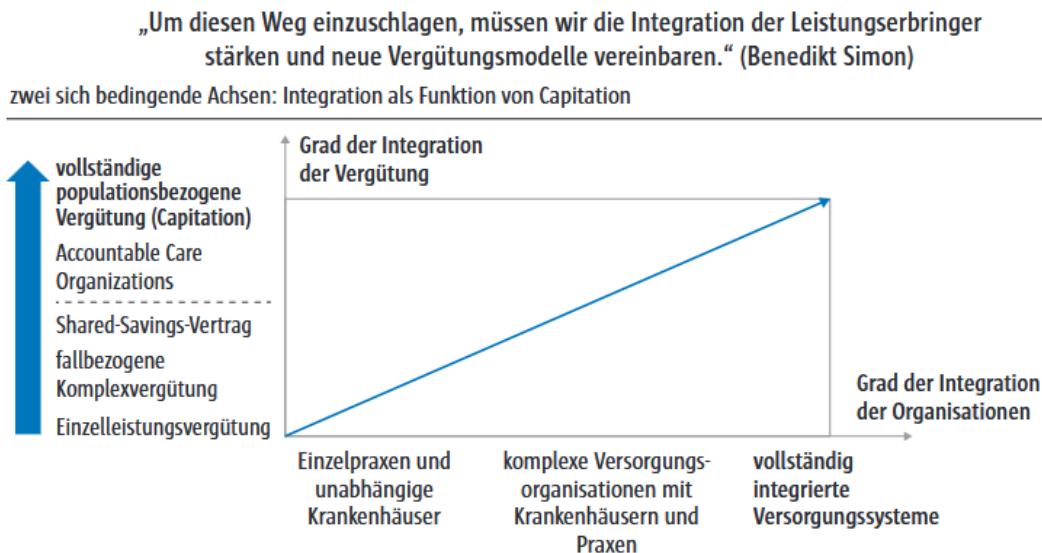
Mit dem neuen sektorenunabhängigen Versorgungsbereich soll ein Ordnungsrahmen für einen fairen und transparenten Vertragswettbewerb geschaffen werden, der prioritär auf die Verbesserung der Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ausgerichtet ist. Die Vertragspartner haben deshalb grundsätzliche Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Versorgungsangebote sowie an die Messung des Patienten-Outcomes und der Bewertung des Patientennutzens im Vergleich zur Regelversorgung zu erfüllen.

4. VERGÜTUNG/FINANZIERUNG

REGELUNGSVORSCHLAG:

Die Vergütungssystematik für den neuen Versorgungsbereich ist modular, auf wiederkehrende Leistungskomplexe aufgebaut. Wann immer möglich, sollen die Leistungskomplexe zu diagnose-spezifischen Behandlungs-/Versorgungspauschalen gebündelt werden (siehe Abbildung 1).

ABBILDUNG 1: VBC-VERGÜTUNGSSYSTEME¹⁶



Die Entwicklung und Einführung der neuen sektorenenabhängigen Vergütungssystematik können dabei realistisch nur stufenweise erfolgen:

- So lange die sektorenenabhängigen Behandlungs-/Versorgungspauschalen noch nicht in Kraft sind, erfolgt die Vereinbarung der Vergütung im Sinne von Bundled Payments im Rahmen vertraglicher Vereinbarungen zwischen der Kooperationsgemeinschaft und einer Krankenkasse; die Möglichkeit zur Teilnahme weiterer Krankenkassen und/oder teilnahmeberechtigter Leistungserbringer ist grundsätzlich offen.
- Als Ausgangsbasis eines Bundled Payments für ein diagnose-/indikationsspezifisches Behandlungsangebot sind jeweils die Vergütungselemente auszuwählen, die im Rahmen der Regelversorgung bereits den größten Anteil des Behandlungsumfangs abdecken.
- Zentral für die Umsetzung von Value-Based Care ist außerdem, dass Leistungserbringende selbst darüber entscheiden können, wie sie ihr Budget einsetzen und mit wem sie kooperieren, je nachdem welche Bedürfnisse die zu versorgende Person oder Bevölkerungsgruppe hat, und sich daran messen lassen¹⁷.
- Die Honorarverteilung unter den beteiligten Leistungserbringern obliegt der Kooperationsgemeinschaft bzw. deren internen Vereinbarungen.
- Als selektivvertragliche Leistungen werden die im Rahmen des sektorenenabhängigen Versorgungsbereichs vereinbarten Leistungs-/Versorgungsangebote unmittelbar von der Krankenkasse vergütet.

¹⁶ Simon 2021

¹⁷ Hager et al. 2025

- Die zur Teilnahme an der sektorenunabhängigen Versorgung berechtigten Leistungserbringer rechnen ihre Leistungen gemeinschaftlich als Kooperationsgemeinschaft gegenüber der Krankenkasse ab.
- Zur Finanzierung des neuen sektorenunabhängigen Leistungsbereichs werden die Krankenkassen dazu verpflichtet, einen noch festzulegenden Betrag pro Versicherten für Verträge zur sektorenunabhängigen Versorgung aufzuwenden. Weitergehend kann dies einen Einstieg in regionale Budgets ermöglichen: Sobald der sektorenunabhängige Versorgungsbereich einen von den Vertragspartnern auf Bundes- oder Landesebene zu vereinbarenden Ausgabenanteil am Gesamtausgaben-Volumen für die GKV-Versorgung erreicht, ist ein eigenständiges prospektives Bundes- oder Regional-Budget zu vereinbaren; sofern hiermit ganz oder in relevantem Umfang teilweise die bisherige Regelversorgung in den Sektoren ersetzt wird, sind deren Budgets entsprechend zu bereinigen.
- Im Rahmen von Verträgen zur sektorenunabhängigen Versorgung, die anwendungsbegleitend evaluiert werden, kann vereinbart werden, dass Vergütungsanteile in Abhängigkeit von angestrebten Versorgungseffekten ausbezahlt werden (Pay for Performance und/oder Pay for Result).

BEGRÜNDUNG:

Die bisherige Vergütungssystematik setzt die Anreize so, dass Behandlungen nach Leistungsarten, Disziplinen, Professionen, Sektoren und Einrichtungen getrennt erfolgen. Eine integrierte Versorgung über den gesamten Behandlungspfad hinweg findet im Regelfall nicht statt; Ausnahmen finden sich bspw. im Rahmen von Verträgen der „Besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V oder in der ambulanten Komplexversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen¹⁸.

Das Potential zur Reduzierung von Kosten ist vor allem an den Schnittstellen und Übergängen sowie in der Erweiterung von Versorgungsketten zu finden. Die Verbesserung der Koordination und Kooperation der an der Versorgung beteiligten Akteure sind daher Schlüsselemente.

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass punktuelle (z.B. Zusatz-GOPs für Koordination im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung) oder temporäre (z.B. im Rahmen von Modellvorhaben bzw. Selektivverträgen) vereinbarte Vergütungsanreize nicht dazu geeignet sind, innovative Maßnahmen zur Verbesserung der Koordination der Versorgung oder sonstiger Maßnahmen zur Optimierung der Versorgungsprozesse zu verstetigen bzw. in die Regelversorgung zu übertragen. Die Entwicklung einer eigenständigen Vergütungssystematik, bei der die Neuausrichtung auf patientenzentrierte Optimierung der Versorgungsprozesse im Vordergrund steht, ist deshalb unverzichtbar. Durch die Bündelung von Versorgungsangeboten im neuen Versorgungsbereich erreicht diese eine „kritische Masse“, um handlungsleitend zu wirken.

¹⁸ Ebda.

5. KOSTEN-NUTZEN-BEWERTUNG DER SEKTORENUNABHÄNGIGEN VERSORGUNG

REGELUNGSVORSCHLAG:

Es wird vorgeschlagen, Verträge zur sektorenunabhängigen Versorgung hinsichtlich ihrer Kosten-Nutzen-Bilanz zu evaluieren. Die in Tabelle 2 dargestellte Matrix dient der Einordnung des (erwarteten oder erzielten) Value (Kosten-Nutzen-Ratio) des jeweiligen VBC-Leistungsangebots im Vergleich zu der sonst üblichen Regelversorgung. Durch diese Minimalvariante einer gesundheitsökonomischen Folgenabschätzung soll orientierend eingeschätzt werden können, ob das neue VBC-Leistungsangebot der Regelversorgung hinsichtlich des erzielbaren Patientennutzens überlegen ist, und ob dies mit sinkenden oder wenigstens nicht ansteigenden Kosten korreliert.

TABELLE 2: KOSTEN-NUTZEN-FOLGENABSCHÄTZUNG - VBC-LEISTUNGSANGEBOT IM VERGLEICH ZUR REGELVERSORGUNG

Variante I: Gleichbleibender Patientennutzen	Nutzen	↔	↔	↔
	Kosten	↔	↘	↗
Variante II: Höherer Patientennutzen	Nutzen	↗	↗	↗
	Kosten	↔	↘	↗
Variante III: Sinkender Patientennutzen	Nutzen	↘	↘	↘
	Kosten	↔	↘	↗

Die Erwartung eines höheren Patientennutzens („grün“) in Verbindung mit steigenden Kosten („rot“) wäre ein Grenzfall, der von der gemeinsamen Selbstverwaltung zu entscheiden wäre, sofern diese Fallkonstellation nicht von vornherein vom Gesetzgeber als unwirtschaftlich ausgeschlossen würde.

Risiken einer negativen Kosten-Nutzen-Bilanz im Vergleich zur Regelversorgung können durch die Möglichkeit einer Vereinbarung von erfolgsabhängigen Vergütungsanteilen (Pay for Performance) abgedeckt werden.

BEGRÜNDUNG:

International sind Kosten-Effektivitäts- oder Kosten-Nutzwert-Analysen oder weitergehende Budget-Impact-Analysen als Entscheidungskriterium für die Aufnahme in den Leistungskatalog bzw. für die Kostenerstattung üblich, häufig auf Basis von QALYs oder vergleichbaren gesundheitsökonomischen Maßeinheiten. Für die Zwecke der Ausgestaltung des Regelleistungskatalogs im GKV-System wird bis dato auf ein solches Vorgehen verzichtet. Auch das AMNOG-Verfahren stellt kein Verfahren der Kosten-Nutzen-Bewertung dar, sondern ein zweistufiges Verfahren mit Nutzenbewertung (ohne Kosten-Effektivitäts-Analyse) und anschließender Preisverhandlung: Das Ergebnis der Bewertung des (Zusatz-)Nutzens bildet lediglich eine Leitplanke für die Verhandlung der Vertragspartner.

In Deutschland erfolgt die Ausgestaltung des GKV-Leistungskatalogs traditionell fokussiert auf einzelnen Prozeduren (NUB), Arzneimittel, Medizinprodukte sowie Heil- und Hilfsmittel mit jeweils sehr spezifischen Prüfungsverfahren (siehe unten Kap. 6). Dieser traditionelle „Tunnelblick“ begünstigt die kontinuierliche, eigentlich nicht bedarfsnotwendige Mengensteigerung im deutschen Gesundheitssystem. Die vorhandenen Verfahren der Methoden- und Nutzenbewertung des G-BA sind nicht dazu geeignet, eine adäquate Folgenabschätzung komplexerer Leistungsangebote und komplexerer Versorgungsformen im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung zu ermöglichen; umfassendere

Health Technology Assessments können beim DIMDI beantragt werden, spielen in den Beratungsverfahren des G-BA jedoch keine Rolle. Im internationalen Vergleich verpasst das GKV-System durch diesen „Tunnelblick“ die Ausschöpfung erheblicher Qualitätsverbesserungs-, Effizienzsteigerungs- und auch Einsparpotentiale.

Der Vorschlag zur Einführung eines neuen, an den VBC-Prinzipien ausgerichteten Versorgungsbereichs hat den Anspruch, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Leistungs-/Versorgungsangebote entlang der Patientenpfade im Rahmen der GKV-Regelversorgung zu verbessern. Ohne Optimierung der Kosten-Nutzen-Verhältnisses wird eine Beitragsstabilität, die einen wichtigen Faktor für das Vertrauen in den Sozialstaat darstellt, nicht mehr gewährleistet werden können.

6. EINHEITLICHE METHODENBEWERTUNG, POTENTIALBEWERTUNG UND ERPROBUNGSREGELUNG

REGELUNGSVORSCHLAG:

Es wird vorgeschlagen, im Rahmen des neuen sektorenunabhängigen Versorgungsbereichs einheitliche Rahmenbestimmungen für die Methoden-/Nutzenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie für die Evaluation von Modellvorhaben zu schaffen („Einbau“ der Innovationsdynamik in den neuen Versorgungsbereich):

- **Antragsberechtigte:** Die zur Teilnahme am sektorenunabhängigen Versorgungsbereich berechtigten Leistungserbringer und die Krankenkassen können die Aufnahme von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen. Auch Medizinproduktehersteller, pharmazeutische Unternehmer oder die Anbieter von digitalen Gesundheitsdienstleistungen können die Aufnahme von innovativen Leistungsangeboten beantragen, wenn diese maßgeblich auf dem Einsatz eines neuen Arzneimittels oder einer neuen Medizintechnologie beruhen.
- **Einheitliche Regelungen zur Methoden-/Nutzenbewertung:** Für die Bewertung des Patientennutzens (Nutzenbewertung) und die gesundheitsökonomische Folgenabschätzung (Kosten-Nutzen-Bewertung) eines neuen Leistungsangebots vor Aufnahme in die Regelversorgung werden einheitliche Regelungen hinsichtlich Verfahrensablauf und Kriterienkatalog für die Bewertung des Patientennutzens geschaffen.
- **Orientierung am AMNOG-Verfahren:** Methodische Anleihen für ein vereinheitlichtes Methoden-Nutzenbewertungsverfahren zum Beispiel im Hinblick auf die im Bewertungsverfahren einzubeziehenden Patientennutzen-Dimensionen, können dem Verfahren der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln entnommen werden.
- **Beschleunigung der Beratungsverfahren im G-BA:** Nach Antragstellung auf Aufnahme eines neuen Versorgungsangebots in den sektorenunabhängigen Versorgungsbereich und ab Vorlage aller hierzu erforderlichen Unterlagen ist das Beratungsverfahren innerhalb von sechs Monaten abzuschließen.
- **Erleichterung der Implementierung von Modellvorhaben nach § 92a SGB V in den Versorgungsalltag:** Der einheitliche Kriterienkatalog für die Bewertung des Patientennutzens soll auch als Grundlage für die Entscheidung dienen, ob Modellvorhaben zur Erprobung komplexerer innovativer Behandlungsangebote und integrierter Versorgungsformen dauerhaft in den sektorenunabhängigen Versorgungsbereich übernommen werden können. Diese wären damit flächendeckend verfü- oder nutzbar für Leistungserbringer. Hierdurch wird ein „Zielhafen“ für die Modellvorhaben nach §92a SGB V geschaffen, was deren bislang sehr langwierige bis unmögliche Implementierung in den Versorgungsalltag erleichtert.

BEGRÜNDUNG:

Im Sinne von Evidence-Based Health Care werden neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Arzneimittel-Innovationen, digitale Gesundheitsanwendungen, Modellvorhaben u.a. im GKV-System erst nach evidenzbasierter Bewertung des Patientennutzens in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen, wobei die Bewertungsverfahren jeweils zu unterschiedlichen Zeitpunkten entwickelt und dabei jeweils für den betreffenden Versorgungssektor hochspezifische Regelungen festgelegt wurden.

Aktuell existieren im GKV-System u.a. parallel folgende für die Aufnahme von innovativen Leistungsangeboten relevante Regelungen mit jeweils spezifischen Bewertungs-/Erprobungsverfahren (in numerischer Reihenfolge¹⁹):

- Frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35 a SGB V (sog. AMNOG-Verfahren)
- Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung nach § 64a SGB V
- Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V
- Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d SGB V
- Modellvorhaben zur Genomsequenzierung nach § 64e SGB V
- Förderung von Versorgungsinnovationen durch die Krankenkassen nach § 68b SGB V
- Förderung von Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden, durch den Innovationsfonds bzw. den gemeinsamen Bundesausschuss (Modellvorhaben nach § 92a SGB V)
- Qualitätsverträge zur Förderung einer besonders hochwertigen stationären Versorgung nach § 110a SGB V
- Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 SGB V; die Aufnahme innovativer Leistungsangebote steht im ambulanten Sektor unter Erlaubnisvorbehalt²⁰
- Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) im Krankenhaus nach § 137c SGB V; die Aufnahme innovativer Leistungsangebote steht im stationären Sektor „nur“ unter Verbotsvorbehalt
- Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 137e SGB V, auch von Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht (Möglichkeit der Antragstellung für Medizinprodukte-Hersteller nach § 137e Abs. 7 SGB V)
- Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse nach § 137h SGB V
- Erprobung von Leistungen und Maßnahmen zur Krankenbehandlung nach § 139d SGB V
- Verträge zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V

Teilweise beziehen sich die Regelungen auf Prozessinnovationen, überwiegend jedoch auf Punkt- oder Produktinnovationen (wie z.B. Genomsequenzierung oder bspw. neue Arzneimittel). Neben der Heterogenität und zunehmenden Intransparenz der Regelungsvielfalt stört insbesondere der Widerspruch zwischen dem restriktiven ambulanten Erlaubnisvorbehalt und dem „freizügigen“ stationärem Verbotsvorbehalt, der inzwischen anachronistisch ist (innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erfordern heutzutage in der Regel kein stationäres Setting mehr). Einzig

¹⁹ Nicht abschließende Auflistung

²⁰ § 135 Abs. 1 Satz 3 SGB V: Falls die Überprüfung ergibt, daß diese Kriterien nicht erfüllt werden, dürfen die Leistungen nicht mehr als vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) besteht die Möglichkeit zur Aufnahme von Innovationen wie im stationären Sektor²¹.

Die einzelnen Bewertungsverfahren und Erprobungsregelungen unterscheiden sich stark hinsichtlich Bewertungskriterien und ihrer methodischen Grundlagen, aber auch hinsichtlich der jeweiligen Verfahrensdauer. Am längsten (acht Jahre) dauert das Verfahren der Erprobung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach § 137e SGB V, was derzeit ein faktisches „Aus“ für viele Methoden und Leistungsangebote bedeutet, die auf dem Einsatz von innovativen Technologien und KI basieren. Mit Abstand am schnellsten (Entscheidung des G-BA drei Monate nach Einreichung des Dossiers durch den pharmazeutischen Unternehmer), methodisch am besten konzipiert (Methodenpapier des IQWiG) und auf Basis der Arzneimittel-Nutzenbewertungs-Verordnung (AM-NutzenV) etabliert ist das Verfahren der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln.

Im Vergleich zum sog. AMNOG-Verfahren ist die Planung und Evaluation von Modellvorhaben nach § 92 a SGB V bei näherer Betrachtung auf die DLR-Kriterien für Projektanträge beschränkt, im Übrigen aber unstrukturiert bzw. „ziellos“, obwohl mit diesen Modellvorhaben doch ausdrücklich neue Versorgungsformen gefördert werden sollen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden (§ 92 a Abs. 1 Satz 1 SGB V). Eine systematische, auf die Aufnahme in die Regelversorgung ausgerichtete Potential- bzw. Nutzenbewertung und ein strukturierter Überleitungsprozess sind bislang jedoch nicht vorgesehen, was als solches ein Hindernis für die Aufnahme in die Regelversorgung darstellt. Dies hat neben den Schwierigkeiten bei dem Versuch der Integration sektorübergreifender Prozessinnovationen in die bislang strikt sektoral getrennte Vergütungssystematik dazu beigetragen, dass bislang kein einziges der erfolgreich nach § 92 SGB V geförderten Modellvorhaben Aufnahme in die Regelversorgung gefunden hat.

Die Vielzahl und Heterogenität der bestehenden Regelungen zur Aufnahme von innovativen Leistungsangeboten stellen große Hindernisse für Implementierung von Prozessinnovationen bzw. integrierten Versorgungsformen dar. Die mit der Kleinteiligkeit der Bewertungsverfahren verbundene Bürokratie und die zum Teil extreme Langwierigkeit der Beratungsprozesse im G-BA werden der inzwischen digital getriebenen Innovationsdynamik im Gesundheitssektor nicht mehr gerecht und beeinträchtigen die Attraktivität des Gesundheitswirtschaftsstandorts Deutschland.

7. ÜBERGANGSREGELUNGEN ZUR ÜBERFÜHRUNG BESTEHENDER LEISTUNGSANGEBOTE

REGELUNGSVORSCHLAG:

Um bestehende Leistungsangebote in den neuen sektorenunabhängigen Versorgungsbereich zu überführen, werden folgende **Übergangsregelungen** vereinbart:

- Verträge, die nach den §§ 73a, 73c, 68b und 140a in der am xy geltenden Fassung geschlossen wurden, sind spätestens bis zum 31. Dezember 2027 durch Verträge nach den einheitlichen Rahmenbestimmungen des sektorenunabhängigen Versorgungsbereichs zu ersetzen oder zu beenden.

²¹ § 116b Abs. 1 Satz 3 SGB V: Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

- Qualitätsverträge nach § 110a SGB V, die nach Abschluss der Evaluation weiter fortgeführt werden sollen, sind ab dem 1.1.2029 in Verträge nach den einheitlichen Rahmenbestimmungen des sektorenenabhängigen Versorgungsbereichs zu überführen.
- Leistungsangebote und Versorgungsverträge, die wie z.B. die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V oder die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V bereits Elemente einer integriert-patientenzentrierten Versorgung enthalten, sollen in den sektorenenabhängigen Versorgungsbereich überführt werden. Dies gilt auch für strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V (DMPs) oder einzelne Module eines strukturierten Behandlungsprogramms.
- Strukturierte Behandlungsprogramme, die entsprechend den Regelungen nach § 137f Abs. 9 SGB V mit digitalisierten Versorgungsprozessen ausgestaltet sind und eine Personalisierung der Behandlung ermöglichen sollen, sind grundsätzlich dem sektorenenabhängigen Versorgungsbereich zuzuordnen bzw. unterliegen bei der vertraglichen Ausgestaltung dessen einheitlichen Rahmenbestimmungen.

BEGRÜNDUNG:

Die bisherigen Versuche zur Überführung innovativer, sektorübergreifender Versorgungsformen in die Regelversorgung haben gezeigt, dass die Schaffung neuer „Insellösungen“ zu einer Verlängerung des sprichwörtlichen „Flickenteppichs“, insbesondere an der Schnittstelle ambulant-stationär, und im Gesamtergebnis zu einer intransparenten, ineffizienten und unwirtschaftlichen Gesundheitsversorgung führt. Mit dem sektorenenabhängigen Versorgungsbereich wird ein „Dach“ mit einheitlichen Rahmenbedingungen geschaffen, um bestehende Leistungsangebote – unter Berücksichtigung von Übergangsregelungen – sukzessive in den neuen Versorgungsbereich zu überführen.

Dieses Papier wurde unter Mitwirkung von Mitgliedern der BMC-Arbeitsgruppe Value-Based Care verfasst. Ein besonderer Dank geht an Dr. Regina Klakow-Franck.

V. QUELLEN- UND LITERATURHINWEISE

Bundesverband Managed Care (2023) DMP 2.0 – Impulse zu einer patientenorientierten und teambasierten Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen, URL: <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/BMC-Positionspapier-DMP-2.0.pdf>

Deutsches Ärzteblatt (2020) Krankenkassen melden knapp 11.000 Selektivverträge, vom 29.09.2020, URL: <https://www.aerzteblatt.de/news/krankenkassen-melden-knapp-11000-selektivvertraege-7449731f-02d3-45cb-b6dc-f1e4ca288f8a> (abgerufen am 09.05.2025)

Hager L, Hahn U, Knieps F, Klapper B, Lutz B, Simon B, Nüsken J (2025) Gemeinschaftsprojekt Gesundheit 2025. Wie Value-Based Care das Gesundheitswesen neu erfindet, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2023) Allgemeine Methoden, Version 7.0 vom 19.09.2023, URL: https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_version-7-0.pdf

Klakow-Franck R (2024) Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung. Potenziale, Grenzen, Ausblick, in: Frankfurter Forum Diskurse, Heft Nr. 29, Seite 8-21, URL: <https://frankfurter-forum-diskurse.de/publikationen/heft-29-april-2024>

Klakow-Franck R (2020) Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Defizite und Lösungsvorschläge, in: Gesundheitswesen aktuell 2020, Seite 60–77, doi: 10.30433/GWA2020-60OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019) State of Health in the EU. Deutschland Länderprofil Gesundheit 2019. URL: https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019_chp_de_german_0.pdf

OECD (2023) Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, URL: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html

Simon B (2021) Zum Status der Umsetzung von VBHC in der DACH-Region. Perspektive der Leistungserbringer in Deutschland, in: TU Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen. Value-based Health Care in Deutschland. Report VBHC-Seminar, URL: https://www.static.tu.berlin/fileadmin/www/10002433/Lehre/VBHC/TU_VALUE_BASED_HEALTHCARE_REPORT.pdf

Teisberg E, Wallace S, O'Hara S (2020) Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework, Academic Medicine 95(5), p 682-685, May 2020, DOI: 0.1097/ACM.00000000000003122

The Commonwealth Fund (2023) Value-Based Care: What It Is, and Why It's Needed, <https://www.commonwealth-fund.org/publications/explainer/2023/feb/value-based-care-what-it-is-why-its-needed>