Impact des Innovationsfonds – Serienteil 3: Transferbarrieren

Transferbarrieren bei Innovationsfondsprojekten

Mit dem Innovationsfonds verfügt das deutsche Gesundheitssystem seit 2016 über ein Instrument, das es ermöglicht, die Entwicklung und wissenschaftliche Prüfung neuer Versorgungsformen systematisch voranzutreiben. In den ersten beiden Teilen der Serie zum Innovationsfonds im Monitor Versorgungsforschung wurde aufgezeigt, dass der Fonds wirkt: Erfolgreiche Projekte erreichen – oftmals über Zwischenschritte, regionale Lösungen oder selektivvertragliche Arrangements – die Versorgungspraxis. Dabei wurde deutlich, dass Innovation im Gesundheitswesen kein automatischer Prozess ist, sondern ein zu gestaltender Weg, der von der Idee über die Evaluation bis hin zur Implementierung reicht - und der ausdrücklich auch die De-Implementierung von unwirksamen oder unwirtschaftlichen Versorgungsformen einschließt.

>> Aus dieser prozessbezogenen Perspektive rückt die Frage nach den Barrieren des Transfers in den Mittelpunkt (1). Denn positive Evaluationsergebnisse und eine Transferempfehlung des Innovationsausschusses sind notwendige, aber keine hinreichenden Bedingungen für eine nachhaltige Verankerung einer positiv evaluierten neuen Versorgungsform in der Regelversorgung. Die Befragung abgeschlossener Innovationsfondsprojekte durch das DNVF aus dem Jahr 2025 sowie die Analyse von Lindemann et al. zu den Rückmeldungen auf Transferempfehlungen zeigen, dass der Übergang in die Versorgungspraxis mit strukturellen, prozessualen und institutionellen Hürden verbunden ist. Geringe Antwortquoten relevanter Adressaten, unklare Zuständigkeiten, heterogene Interessenlagen und fehlende verbindliche Verfahren zur Überführung innovativer Versorgungsmodelle verdeutlichen, dass der Transfer bislang nicht

Steffen Bohm (AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH)

„Herausforderungen bei der Überführung von Projekten aus dem Bereich Neue Versorgungsformen (NVF) in die GKV-Versorgung und Lösungsmöglichkeiten“

Gemäß Ausweis des Innovationsausschusses wurden mit Stand Januar 2026 im Bereich neue Versorgungsformen (NVF) 254 Projekte gefördert. Bis Ende Dezember 2025 wurden zu 118 Projekten Beschlüsse gefasst, für 29 wurde die Empfehlung ausgesprochen, eine Überführung in die Regelversorgung bzw. die Nutzbarmachung von Erkenntnissen zu prüfen. Da keine Sonderregelungen für Innovationsfondsprojekte bestehen, erfolgt der Transfer nach Maßgabe der einschlägigen Regularien der Regelversorgung. Ein Transfer kann als abgeschlossen gelten, wenn für die projektgegenständlichen Leistungen eine Vergütung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung realisiert ist. Je nachdem, um welche Leistungen es sich im Einzelfall handelt, fallen die Wege und die Stationen, die bis zur Vergütung durchlaufen werden müssen, unterschiedlich aus. Entsprechend der Komplexität des Projektansatzes kann es auch vorkommen, dass für Leistungen desselben Ansatzes unterschiedliche Wege mit jeweils unterschiedlichen Stationen durchlaufen werden müssen. Stationen können erforderliche Anpassungen von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesauschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) sein (z. B. für die Früherkennung, für Disease-Management-Programme, für die ambulante Palliativversorgung, für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung).



Weitere Stationen bilden Anpassungen in den Leistungsdefinitionen und/oder den Bewertungen einzelner Positionen in den einschlägigen Gebührenkatalogen (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen, DRG-Katalog), ggf. auch die Schaffung eigenständiger Abrechnungspositionen. In allen Fällen müssen Beratungen der jeweils zuständigen Gremien bzw. Vertragspartner initiiert werden, Beratungs- und Entscheidungsvorlagen müssen ausgearbeitet und Entscheidungen herbeigeführt werden. Dabei gilt das Primat der Einigung, das heißt der Abschluss eines Transferprozesses mit Überführung in die Regelversorgung gelingt dann, wenn auf allen Stationen eine Übereinkunft aller qua Gesetz zuständigen Akteure erzielt werden kann. Einigungen sind keine Selbstläufer, da Interessenunterschiede nicht nur zwischen Leistungserbringenden und der Krankenkassenseite bestehen, sondern auch die Interessenlagen der im Wettbewerb zueinanderstehenden Krankenkassen keineswegs homogen sind.

Ein Blick in die facettenreiche Landschaft geförderter Projekte zeigt zudem, dass Bestandteile von geförderten Projekten verschiedentlich auch dem Bereich der sogenannten Kann-Leistungen der Krankenkassen zuzuordnende Leistungen sind. Beispiele hierfür sind Informations- und Selbstlernprogramme, die Krankenkassen im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags anbieten können. Die vorbeschriebene Komplexität von Transferprozessen erklärt, warum Umsetzungen viel Zeit in Anspruch nehmen oder am Ende auch dann scheitern können, wenn der Innovationsausschuss ein positives Votum ausgesprochen hat. Abhilfe könnte beispielsweise geschaffen werden, indem Wege gefunden werden, Umsetzungsbeschlüsse mit einem höheren Maß an Verbindlichkeit für die umsetzungsverantwortlichen Akteure auszustatten und die Umsetzung an Fristen zu binden, deren Einhaltung überwacht wird.

Erforderliche direktive Vorgaben sind naturgemäß wenig populär. Andererseits wird man die gegenwärtige Praxis ändern müssen, wenn es versorgungspolitisch erwünscht ist, dass erfolgreiche Versorgungsansätze tatsächlich und mit möglichst geringem zeitlichem Verzug ihren Weg in die GKV-Versorgung finden.

in klar definierten Strukturen bzw. nach festgelegten Prozessen verlief. [2]

Hier handelt es sich weniger um Defizite einzelner Projekte als um ein strukturelles Problem: Der Regelungsrahmen kennt für Arzneimittel und Medizinprodukte definierte und im Detail geregelte Zulassungswege. Für komplexe Versorgungsinnovationen fehlen jedoch vergleichbar strukturierte Verfahren. In einem System der gemeinsamen Selbstverwaltung, in dem verschiedene Akteursgruppen mit eigenen Verantwortlichkeiten und Interessen agieren, ist die Implementierung neuer Versorgungsformen zwangsläufig mit intensiven Abstimmungs- und Aushandlungsprozessen verbunden. Diese Prozesse benötigen Zeit, Transparenz und geeignete Moderations- und Steuerungsinstrumente.

Der Transferprozess muss deshalb so weiterentwickelt werden, dass die Selbstverwaltung die Implementierung erfolgreicher Projekte des Innovationsfonds mit nachgewiesenem Effekt auf die Qualität, Sicherheit und Effizienz der Gesundheitsversorgung aus eigenem Interesse vorantreiben. Gleichzeitig belegen zahlreiche Beispiele, dass der Transfer trotz bestehender Hürden gelingen kann – zu den fördernden Faktoren gehören bspw. eine frühzeitige politische Einbindung,

Innovationsfonds IMPACT

Kurzinterview mit Prof. Dr. Timm Laslo (Leiter des Eigenbetriebs Rettungsdienst im Landkreis Vorpommern-Greifswald und des Projekts „LandRettung“)

„Der größte Knackpunkt ist die Finanzierung nach dem Projektende“

Ihr Projekt wurde erfolgreich evaluiert und hat klare Benefits gezeigt. Warum ist der Sprung in die Regelversorgung dennoch so mühsam, und an welcher konkreten Stelle im System haben Sie den größten Widerstand gespürt?

Laslo: Im Kern geht es darum: Wenn man Innovationen umsetzt und den Sprung in die Regelversorgung schaffen will, muss man die Regularien anpassen. Es gibt oft keine gesetzliche Grundlage. Vielleicht arbeitet man im Rahmen einer der Experimentierklauseln, doch letztlich müssen die gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden. Wir sind ein Landkreis – je nachdem, welche Stellschrauben gedreht werden müssen, wird es komplexer, da Land oder Bund involviert sind. Man muss abwägen: Habe ich die Zeit, um die Ungewissheit bis zum Projektende auszuhalten? Die Evaluationsergebnisse kommen oft erst ein halbes bis dreiviertel Jahr später - und dann beginnt ein politischer Prozess, um die gesetzlichen Regularien zu ändern. Der größte Knackpunkt ist die Finanzierung nach dem Projektende. Der G-BA prüft das Projekt, doch bis zur Entscheidung vergehen Monate. In dieser Zeit muss man Personal und Infrastruktur aufrechterhalten – das ist oftmals sehr herausfordernd. Wir sind eine Kommune mit begrenzten Haushaltsmitteln. Ohne gesetzliche Grundlage können wir keine freiwilligen Leistungen weiterführen. Bei der Notarztversorgung bzgl. der Etablierung des Telenotarztes gab es bereits eine gesetzliche Regelung, sodass der Übergang problemlos klappte. Bei der Ersthelfer-App fehlt diese Regelung jedoch bis heute. Die Krankenkassen signalisierten Interesse, doch ohne gesetzliche Grundlage zur weiteren Finanzierung können wir die entwickelten Leistungen nicht aufrechterhalten.



Häufig scheitern Projekte am fehlenden politischen Willen oder an Sektorengrenzen. Wie haben Sie es geschafft, lokale Akteure oder Entscheidungsträger dennoch so zu binden, dass Ihr Modell über die Förderphase hinaus Bestand hat?

Laslo: Es gibt verschiedene Gelingensfaktoren – ich würde sie auch politisch-strategische Faktoren nennen, die einfach vorhanden sein müssen. Zunächst brauche ich einen gesetzlichen Rahmen, in den ich meine Vorhaben einordnen kann. Das bedeutet: Für das Vorhaben muss es das richtige Fördermittelprogramm mit den entsprechenden Richtlinien geben, die es ermöglichen, das Ganze so umzusetzen, wie es seine volle Wirksamkeit entfalteten kann. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, alle Stakeholder mit ins Boot zu holen. In unserem Fall – wir arbeiten im Bereich Rettungsdienst und Notfallversorgung – waren das beispielsweise unsere Fachaufsicht, also das Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern, die Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und natürlich die Landesregierung, die das Projekt ebenfalls unterstützte. Wichtig war, dass alle eingebunden wurden und das Gefühl hatten, Teil des Prozesses zu sein. Das ist entscheidend: die Interessenlagen aller Beteiligten zu erkennen und bestmöglich zu verbinden. Wir haben von den Organisationen sogar Letters of Interest erhalten. Das schafft natürlich eine hohe Legitimität für das Vorhaben, das man umsetzen möchte. Ein weiterer zentraler Aspekt war, dass wir bewusst keine Insellösung schaffen wollten. Stattdessen ging es uns darum, eine Blaupause zu entwickeln, die übertragbar ist. Das machte das Projekt auch für andere interessant, da sie es entsprechend übernehmen konnten. Übertragbarkeit war also ein zentrales Ziel.

Ist es so, dass Hindernisse oder Misserfolgsfaktoren häufig die negativen Spiegelbilder der Gelingensfaktoren darstellen? Hätte beispielsweise das Fehlen der von Ihnen genannten Stakeholder und Gelingensfaktoren ein Risiko für Ihr Projekt bedeutet?

Laslo: Ja, genau. Letztlich sind es diejenigen, die mit den Folgen leben müssen, weil das, was wir umsetzen, Auswirkungen auf andere hat. Deshalb möchte ich schon mit am Tisch sitzen und meine Perspektive einbringen dürfen. Und genau das haben wir getan: Wir haben die verschiedenen Sichtweisen berücksichtigt. Meiner Meinung nach gibt es nicht die eine Wahrheit – es gibt meine subjektive Perspektive und die des Gegenübers. Wichtig ist, diese ernst zu nehmen und, wenn möglich, einfließen zu lassen. Das haben wir versucht, im Rahmen des gesetzlichen Rahmens umzusetzen, in dem wir den Rettungsdienst organisieren und das Projekt aufgesetzt haben.

Wenn die Mittel für den Innovationsfonds dauerhaft gekürzt würden – wie im gesundheitspolitischen Diskurs befürchtet –, könnten Praxisinitiativen wie Ihre dann überhaupt noch entstehen? Oder wäre das Risiko für die Träger ohne diese Anschubfinanzierung zu hoch?

Laslo: Ohne den Innovationsfonds wäre es sehr schwierig. Als Landkreis können wir keine solchen Summen allein stemmen. Die Haushaltslage ist angespannt, und freiwillige Leistungen sind kaum finanzierbar. Der Innovationsfonds bietet die nötige Anschubfinanzierung und reduziert das Risiko. Ohne diese Unterstützung wären solche Projekte kaum realisierbar.

aktive regionale Netzwerke und selektivvertragliche Lösungen mit einer oder mehreren Krankenkassen als Zwischenschritt. Barrieren sind daher nicht nur als Gegenstück zu Erfolgsfaktoren zu verstehen, sondern stellen eine eigenständige Analyseebene dar, die Aufschluss darüber gibt, an welchen Stellen der Innovationsprozess institutionell weiterentwickelt werden sollte. [3]

Vor diesem Hintergrund widmet sich der dritte Teil der Serie den möglichen Barrieren des Transfers von Innovationsfondsprojekten – insbesondere aus der Perspektive der Praxis. Ziel ist es, strukturelle, prozessuale und projektspezifische Hindernisse differenziert zu betrachten, sie in den Kontext der bisherigen Erkenntnisse einzuordnen und Strategien zu ihrer Überwindung aufzuzeigen. Denn die nachhaltige Wirksamkeit des Innovationsfonds bemisst sich letztlich daran, inwieweit es gelingt, evidenzbasierte Versorgungsinnovationen nicht nur erfolgreich zu erproben, sondern mit Unterstützung der Selbstverwaltung verantwortungsvoll, regional und idealerweise flächendeckend in die Regelversorgung zu überführen.

Fazit

Der Innovationsfonds hat sich als zentrales Instrument zur Förderung und Erprobung neuer Versorgungsformen im deutschen Gesundheitssystem etabliert. Ein genauer Blick auf die Transferprozesse zeigt jedoch, dass der Übergang erfolgreicher Projekte in die Regelversorgung mit teilweise erheblichen strukturellen, prozessualen und institutionellen Barrieren verbunden ist. Trotz positiver Evaluationsergebnisse und Transferempfehlungen des Innovationsausschusses scheitert die nachhaltige Implementierung oft an unklaren Zuständigkeiten, heterogenen Interessenlagen und fehlenden verbindlichen Verfahren. Besonders problematisch ist die fehlende institutionelle Anschlusslogik nach Ende der Förderphase: Ohne Überbrückungsfinanzierung oder verbindliche Fristen für die Umsetzung drohen innovative Ansätze im „Transfervakuum" verloren zu gehen.

Die hier angeführten Praxisbeispiele – wie das Projekt „LandRettung" oder INVEST Billstedt/Horn – verdeutlichen, dass der Erfolg des Transfers maßgeblich von der frühzeitigen Einbindung aller relevanten Akteure, der Schaffung klarer gesetzlicher Rahmenbedingungen und der Entwicklung übertragbarer Lösungen abhängt. Politisch-strategische Faktoren, wie die möglichst frühzeitige Einbindung von Stakeholdern und die Schaffung von Legitimität durch breite Unterstützung, sind entscheidend. Gleichzeitig zeigt sich, dass die Finanzie-

Alexander Fischer (GfBH Gemeinsam Gesund gUG)

„Transferbarrieren aus praxisanalytischer Perspektive – das Beispiel INVEST Billstedt/Horn"

Das Projekt INVEST Billstedt/Horn wurde durch den Innovationsfonds gefördert, positiv evaluiert und zur Überführung in die Regelversorgung empfohlen. Gleichwohl ist eine nachhaltige Verstetigung bislang nur eingeschränkt gelungen. Diese Diskrepanz verweist weniger auf Defizite der Intervention als auf strukturelle Transferbarrieren.



Fehlende institutionelle Anschlusslogik

Die Innovationsfondsförderung ist projektförmig angelegt und endet mit Abschluss der Förderphase. Zwischen Projektende, fachlicher Bewertung und politischer Entscheidungsfindung entsteht regelmäßig ein mehrjähriger Zeitraum. Für diese Phase existiert keine regelhafte Überbrückungsfinanzierung. Die Anschlussfinanzierung erfolgte daher zunächst über Selektivverträge. Dieses Instrument ist jedoch auf versichertenbezogene Refinanzierung im Wettbewerb der Krankenkassen ausgerichtet – nicht auf die Verstetigung evidenzbasierter Versorgungsmodelle während offener Entscheidungsprozesse. Populationsorientierte Modelle wie INVEST, die primär vulnerable, sozial benachteiligte oder multimorbide Versichertengruppen adressieren, sind unter wettbewerblichen Bedingungen nur begrenzt attraktiv: Diese Versichertengruppen verursachen bereits hohe Kosten, weisen geringe Wechselwahrscheinlichkeiten auf und generieren kurzfristig kaum kassenindividuelle Einsparpotenziale. Präventive und koordinierende Interventionen wirken sektorenübergreifend und langfristig auf Bevölkerungsgesundheit und Versorgungsqualität, ihre Effekte sind jedoch nicht kurzfristig wettbewerblich zurechenbar.

Fragmentierte Zuständigkeiten

Populationsorientierte Versorgungsmodelle operieren an der Schnittstelle mehrerer Sozialgesetzbücher – insbesondere zwischen medizinischer Versorgung (SGB V), Pflege (SGB XI) sowie Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) – und zugleich im Kontext kommunaler Gesundheitsförderung und sozialräumlicher Daseinsvorsorge.

Diese Fragmentierung erzeugt Koordinationsaufwand, Finanzierungsbrüche und zergliederte Verantwortungsstrukturen ohne klare Steuerungsinstanz. Zentrale Leistungen wie Case- und Care-Management sind funktional notwendig, lassen sich im bestehenden Rechtsrahmen jedoch nur begrenzt abbilden und dauerhaft refinanzieren. Systemisch erforderliche Leistungen treffen damit auf sektorale Budgetlogiken.

Methodische Rahmenbedingungen

Kurze Projektlaufzeiten und hoher Rekrutierungsdruck beeinflussen die Interventionslogik. Der quantitative Fokus auf Fallzahlen kann die intendierte Zielgruppenfokussierung verwässern und damit potenziell auch die gemessenen Effekte beeinflussen. Zugleich entfalten integrierte Versorgungsansätze ihre Wirkung häufig erst mittel- bis langfristig. Die zeitliche Logik von Förderperiode, Rekrutierung und Evaluation fällt daher nicht immer mit der Logik komplexer Versorgungseffekte zusammen.

Gleichzeitig hat der Innovationsfonds eine zentrale Funktion erfüllt: Er ermöglicht es, neue Versorgungsmodelle unter Realbedingungen zu entwickeln und evidenzbasiert zu prüfen. Projekte wie INVEST wären ohne diese Anschubfinanzierung kaum realisierbar gewesen. Der Innovationsfonds eröffnet wichtige Innovationsräume. Die zentrale Herausforderung liegt jedoch darin, erfolgreiche Modelle verlässlich vom Projektstatus in dauerhafte Versorgungsstrukturen zu überführen.

rung nach Projektende die größte Herausforderung bleibt: Ohne gesicherte Refinanzierung oder gesetzliche Grundlagen können erfolgreiche Modelle nicht fortgeführt werden.

Die Fragmentierung der Zuständigkeiten zwischen verschiedenen Sozialgesetzbüchern und die wettbewerbsorientierte Ausrichtung der Krankenkassen erschweren insbesondere populationsorientierte Ansätze, die langfristige und sektorenübergreifende Effekte anstreben. Hier bedarf es dringend einer Reform der Transferarchitektur, die verbindliche Entscheidungsprozesse, klare Verantwortlichkeiten und eine langfristige Finanzierungsperspektive vorsieht. Auch braucht es neue Ansätze wie populationsbasierte Ansätze sektorübergreifend umgesetzt werden können. Zudem muss die Selbstverwaltung dahingehend weiterentwickelt werden, dass die Eigeninteressen der beteiligten Stakeholder nicht die evidenzbasierten Veränderungsimpulse ausbremsen.

Es lässt sich somit bilanzieren, dass der Innovationsfonds wichtige Innovationsräume eröffnet. Sein volles Potenzial kann er entfalten, wenn strukturelle und prozessuale Hürden des Transfers überwunden werden. Dann lassen sich evidenzbasierte Versorgungsinnovationen flächendeckend und nachhaltig in der Regelversorgung verankern – zum Wohl der Patient:innen und für mehr Kosteneffizienz des Gesundheitssystems! <<

von:
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann[1]
Prof. Dr. Jochen Schmitt[2]
Prof. Dr. Dr. Martin Härter[3]
Dipl.-Soz. Mirko Eichner[4]
Luca Pabst[5]

1: Vorsitzender des DNVF e. V. / Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine
2: Stellvertretender Vorsitzender des DNVF e. V. / Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), TU Dresden
3: Hauptgeschäftsführer des DNVF e. V. / Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
4: Geschäftsführer des DNVF e. V.
5: Büroleiter des DNVF e. V.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Soz. Mirko Eichner MPP, Geschäftsführer DNVF e. V. Adresse: Geschäftsstelle DNVF e. V., Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin. E-Mail: info@dnvf.de

Weitere Adressen der Gesprächspartner und Autoren:

Steffen Bohm
AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH
Kaunstr. 21
D-14163 Berlin

Prof. Dr. Timm Laslo
Landkreis Vorpommern-Greifswald
Eigenbetrieb Rettungsdienst
Pappelallee 1
17489 Greifswald

Alexander Fischer
GfBH Gemeinsam Gesund gUG (haftungsbeschränkt)
Große Bergstraße 219
22767 Hamburg

Serienteile „Innovationsfonds Impact“

Auftakt:
Interview mit Prof. Josef Hecken und P<rof. Dr. Wolfgang Hoffmann: „Ein stimmiges Konzept für systematischen Transfer“
Monitor Versorgungsforschung 05/25
https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/konzept-systematischer-transfer/

Teil 1:
„Der Innovationsfonds wirkt!“
Monitor Versorgungsforschung 06/25
https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/der-innovationsfonds-wirkt/

Teil 2:
„Innovation als Motor der Gesundheitsversorgung“
Monitor Versorgungsforschung 01/26
https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/innovation-als-motor-der-gesundheitsversorgung/

Zitationshinweis

Hoffmann et al.: „Transferbarrieren bei Innovationsfondsprojekten”, „Monitor Versorgungsforschung“ (02/26), S. 18–20. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2818

Literatur

[1] Interview mit Hecken, J., Hoffmann, W. in: Monitor Versorgungsforschung 05/25 S. 6–12: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/konzept-systematischer-transfer/ (Zugriff am: 17.12.2025)
[2] Lindemann C., et al. Verbessert der Innovationsfonds die Versorgung? Eine kritische Analyse. Gesundheitswesen. 2024; 86: 451–462. doi:10.1055/a-2270-3537.
[3] Hoffmann, W. et al. (2025) Der Innovationsfonds wirkt! Monitor Versorgungsforschung 06/25 S. 30–34) Verfügbar unter: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/abstract/der-innovationsfonds-wirkt/ (Zugriff am: 17.12.2025)

Auch Sachsen stambulant unterwegs

>> „Heute hat das Sächsische Kabinett die Grundsätze der Krankenhausplanung beschlossen und sichert damit den Rahmen der medizinischen Versorgung in städtischen und ländlichen Räumen. Ein wesentlicher Meilenstein für den neuen Krankenhausplan 2026 wurde damit verabschiedet“, so die Zielbildpartner*. „Es ist uns wichtig, die Qualität der Versorgung der Bevölkerung perspektivisch nachhaltig zu sichern sowie regional passende Strukturen zu entwickeln, die den anstehenden Veränderungen in der Bevölkerungsentwicklung gerecht werden. Wir sind uns einig, dass wir die ambulante und stationäre Versorgung vernetzt denken und in der Umsetzung einen gemeinsamen Weg finden müssen. Wir gehen davon aus, dass der Freistaat Sachsen uns bei diesem Vorhaben unterstützt. Eine ausreichende Finanzierung ist dafür essenziell“, heißt es weiter.

Dadurch sei der Weg frei, künftig die Versorgungsangebote der Krankenhäuser im Freistaat besser aufeinander abzustimmen. Im Sinne der Krankenhausreform sollen verschiedene Leistungsschwerpunkte an den Kliniken gebildet werden, die auch über das geforderte Fachpersonal verfügen. Der Erhalt einer flächendeckenden Notfallversorgung ist ebenfalls ein wichtiges Ziel des Krankenhausplans. Erste strukturelle Veränderungen sollen zum 1. Januar 2027 in Kraft treten.

Dass es Anpassungen in der Krankenhauslandschaft brauche, habe viele Gründe. Seit der letzten großen Krankenhausreform Anfang der 1990er Jahre leben heute rund 500.000 Menschen weniger im Freistaat, hinzukommen seit Jahren deutlich sinkende Geburtenzahlen. Dank schonender Behandlungsverfahren verbringen Patient:innen zudem oft nur noch wenige Tage im Krankenhaus. Diese Entwicklungen führen zu einer niedrigen Auslastung der Krankenhäuser, gleichzeitig steigen die ambulanten Behandlungszahlen in den Kliniken kontinuierlich. Betont wird zudem, dass weitere gesetzliche Anpassungen erforderlich sind. Dazu gehören Regelungen für eine bessere Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Arztpraxen sowie eine verlässliche Ausgestaltung der geplanten Vorhaltepauschalen. <<

* Zielbildpartner sind die Krankenhausgesellschaft Sachsen, die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen in Sachsen, die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, die Sächsische Landesärztekammer, der Sächsische Landkreistag und der Sächsische Städte- und Gemeindetag.