



Regierungskommission

für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

**Sechste Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

***Empfehlungen der Regierungskommission
für eine kurz-, mittel- und langfristige
Reform der konservativen und operativen
Kinder- und Jugendmedizin***



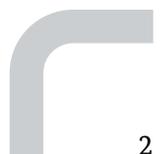
1. HINTERGRUND/AUSGANGSLAGE

Die Regierungskommission hatte sich bereits in ihrer ersten Stellungnahme und Empfehlung vom 8.7.2022 mit der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin befasst. Wie schon dem Titel („Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe“) zu entnehmen ist, wurden in der Stellungnahme ausschließlich kurzfristige Maßnahmen mit dem Ziel, ein ungesteuertes Ausscheiden pädiatrischer Abteilungen aus der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu vermeiden, empfohlen. Die konkreten Empfehlungen wurden mit der Ankündigung eingeleitet, dass die Regierungskommission in einer nachfolgenden Stellungnahme weitere Reformschritte empfehlen wird („Die nachfolgenden Empfehlungen beziehen sich auf kurzfristig umzusetzende, erste Reformschritte. Die Regierungskommission wird sich zeitnah zu weiteren Reformschritten äußern.“). Der Hintergrund für die prioritäre Empfehlung kurzfristiger Maßnahmen waren die in der ersten Stellungnahme der Kommission im Detail dargelegte Ausgangslage und dass im Koalitionsvertrag der gegenwärtigen Bundesregierung explizit kurzfristige Schritte zur auskömmlichen Finanzierung der Pädiatrie angekündigt werden.

Kurz nach der ersten Stellungnahme der Regierungskommission vom 8.7.2022 hatte der politische Umsetzungsprozess begonnen. Er mündete letztlich in Regelungen im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz in Form kurzfristiger Maßnahmen für die Jahre 2023 und 2024 (§ 4a KHEntgG). Ziel dieser Maßnahmen ist in erster Linie, die weitere Schließung besonders defizitärer Kliniken/Fachabteilungen für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin zu verhindern. Eine bedarfsorientierte Konsolidierung der pädiatrischen Versorgung und der Aufbau bzw. die Aufrechterhaltung notwendiger Strukturen sind darin noch nicht beinhaltet. Auch wird nur die Behandlung von Kindern ab dem 28. Lebensjahr gefördert, sodass die Behandlung von kranken Früh- und Neugeborenen nicht berücksichtigt ist.

In der Zwischenzeit hat die Regierungskommission mit ihrer dritten Stellungnahme („Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“) ein Reformkonzept für den stationären Bereich aller somatischen Fächer vorgelegt. Die dritte Stellungnahme der Regierungskommission vom 6.12.2022 sieht u. a. vor:

- › eine einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln), um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen,
- › ein System von Leistungsgruppen, die passgenauer als durch DRGs (hohe Granularität) und Fachabteilungen (niedrige Spezifität) den Leveln zugeordnet und dem Bevölkerungsbedarf angepasst werden können, und



- 
- › die Reduktion der mengenbezogenen Komponente zugunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung. Kriterien u. a. zum Bevölkerungsbezug sollen eine sinnvolle, an den Leistungsgruppen orientierte Vorhaltefinanzierung ermöglichen.

In ihrer dritten Stellungnahme hatte die Regierungskommission differenzierte Leistungsgruppen für die konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin benannt, die hinsichtlich Leistungsinhalt und Mindestvorgaben definiert und voneinander abgegrenzt werden müssen, wobei zum Teil auf bereits etablierte Qualitätsempfehlungen zurückgegriffen werden kann (siehe unten). Übergeordnetes Ziel ist es, durch die grundlegende Reform eine flächendeckende und hochqualitative Versorgung auch von Kindern und Jugendlichen langfristig sicherzustellen.

Weil Ende 2024 die vom Gesetzgeber beschlossene zusätzliche finanzielle Unterstützung auslaufen wird, bevor eine grundlegende Krankenhausreform zu einer dauerhaften Stabilisierung einer hochqualitativen Krankenhausversorgung der Bevölkerung aller Altersgruppen führt, und aufgrund verschiedener Besonderheiten der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin (siehe nachfolgend) sind die hier vorliegenden Empfehlungen für eine lang-, mittel- und kurzfristige Reform der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin unverändert erforderlich. Diese waren in der ersten Stellungnahme der Regierungskommission bereits angekündigt worden. Die hier vorliegende Stellungnahme greift die Empfehlungen zu einer grundlegenden Krankenhausreform auf und integriert die spezifischen kinder- und jugendmedizinischen Empfehlungen so weit wie möglich in das vorgeschlagene Grundkonzept.

Zu den Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin gehört:

Konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin sind besondere Disziplinen, da sie innerhalb ihres Versorgungsspektrums fast die gesamte Bandbreite der somatischen Medizin – von der hausärztlichen Versorgung bis zu Kinderkardiologie, Kinderneurologie, Kindernephrologie, Kinderonkologie usw. – widerspiegeln. Im ambulanten Sektor ist die überwiegende Mehrheit der Pädiaterinnen und Pädiater für die kinderhausärztliche Versorgung niedergelassen und nur eine Minderheit für die kinderfachärztliche Versorgung. Die Krankenhausabteilungen für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin versorgen einerseits akute Fälle (etwa Atemwegserkrankungen) und andererseits häufig chronische Fälle von besonderer Art, Schwere, Seltenheit oder Dauer stationär, teilstationär und, wo möglich, auch ambulant. Die niedrige durchschnittliche Verweildauer im stationären Bereich (2020: Kinder- und Jugendmedizin 4,5, Kinderchirurgie 3,0, Erwachsenenmedizin 7,2 Tage) weist auf eine bereits starke Intensivierung und Komprimierung der stationären Behandlung hin. Die im Vergleich zur Erwachsenenmedizin

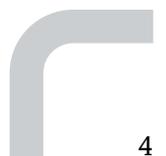


niedrigere Gesamtpatientenzahl bei gleichzeitig niedriger Anzahl von pädiatrischen Subspezialistinnen und -spezialisten erfordert, dass eine flächendeckende kinderfachärztliche ambulante Versorgung sektorenübergreifend gedacht und beplant werden muss.

Die Empfehlungen zur Reform der Krankenhausvergütung (dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission) enthalten neben den für alle Krankenhäuser vorgeschlagenen Änderungen einen spezifischen Vorschlag zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen: einen Sonderfonds, aus dessen Mitteln ein Aufschlag von bis zu 20% auf die bisherigen Erlösvolumina der Pädiatrie und Kinderchirurgie zur Vorhaltung gespeist werden soll. Damit soll die angemessene Versorgung von Kindern und Jugendlichen langfristig gesichert und der betriebswirtschaftliche Druck dauerhaft von den Kliniken/Fachabteilungen für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin genommen werden. Die ausgesprochen angespannte Versorgungslage in den Herbst- und Frühwintermonaten des Jahres 2022 unterstrich diese Notwendigkeit.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, für die ebenfalls großer Reformbedarf besteht, ist nicht Gegenstand der bisherigen oder der vorliegenden Stellungnahmen der Regierungskommission. Hierzu wird sich die Regierungskommission gesondert äußern.

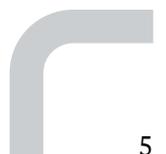
Reformbedarf besteht auch bei der sich an die stationäre Behandlung anschließenden ambulanten Versorgung von Kindern, die schwerwiegend erkrankt sind, durch Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Zudem sind multiprofessionelle präventive Ansätze unter Beteiligung von Family Health Nurses oder School Nurses notwendig, was den stationären Behandlungsbedarf reduzieren kann.





2. ZIELE

- › Die kurz- und mittelfristigen Ziele der o. g. ersten Empfehlungen der Regierungskommission sind weiterhin gültig.
- › Die Erreichung dieser Ziele muss durch geeignete Maßnahmen auf Dauer abgesichert werden. Die nachhaltige Sicherstellung geeigneter Strukturen (siehe unter Empfehlungen v. a. 3.1) mit langfristiger Sicherung der Ergebnisqualität ist hierbei von besonderer Bedeutung.
- › Die Versorgung muss ganzjährig, insbesondere auch für die Herbst- und Wintermonate, für alle Kinder und Jugendlichen von der Geburt bis zum Abschluss des 18. Lebensjahres bedarfsorientiert sichergestellt werden (u. a. durch qualifizierte konservative und operative Kinder- und Jugendmediziner und -medizinerinnen sowie Kinder- und Gesundheitskrankenpfleger/-innen und Pflegefachpersonen).
- › Zukünftige Versorgungsstrukturen der Kliniken/Fachabteilungen für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin müssen neben dem stationären und teilstationären Sektor auch ambulante Bedarfe und Versorgungsangebote berücksichtigen, da unzureichende ambulante Versorgung zu ersatzweiser stationärer Behandlung mit ungünstigen Auswirkungen auf die Kinder und Jugendlichen, das Krankenhauspersonal und die personellen und finanziellen Ressourcen führt. Darüber hinaus ist eine über die Behandlungssettings (ambulant, tagesklinisch, vollstationär) integrierte Versorgung zukunftsweisend, und die Kinder- und Jugendmedizin kann hier eine Führungsrolle einnehmen. Dazu ist eine Neuregelung des Zugangs zur ambulanten Versorgung für Kinder und Jugendliche, insbesondere für Kinder und Jugendliche, die aufgrund von Art, Schwere, Seltenheit oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten niedergelassenen Fachärzten/-ärztinnen einer Untersuchung oder Behandlung durch eine pädiatrische Institutsambulanz bedürfen, die Voraussetzung.
- › Doppelvorhaltungen sind zu vermeiden.





3. EMPFEHLUNGEN

Zur weiteren Stabilisierung und Sicherstellung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Kliniken/Fachabteilungen für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin sind erforderlich:

1. **langfristig** das Einbeziehen der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin in Maßnahmen der allgemeinen Krankenhausfinanzierungsreform,
2. **mittelfristig** Maßnahmen zur Sicherung der ambulanten Versorgung insbesondere für Kinder und Jugendliche, die aufgrund von Art, Schwere, Seltenheit oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Fachärztinnen und Fachärzten einer ambulanten Untersuchung oder Behandlung im Krankenhaus bedürfen, und
3. **kurzfristig** flankierende Sofortmaßnahmen.

3.1 **Langfristig: Maßnahmen der grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung**

Die Definition von Mindestqualitätsvorgaben (Strukturvoraussetzungen) als Bedingung für die Leistungserbringung und -finanzierung sollte sich an den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften orientieren und innerhalb von zwölf Monaten vorliegen. Dabei kann für die allgemeine Pädiatrie auf Kriterien des seit 2009 etablierten Verfahrens „Ausgezeichnet. FÜR KINDER (AfK)“ zurückgegriffen werden.¹ Auch bei der Formulierung weiterer wünschenswerter Qualitätsvorgaben in der operativen und konservativen Kinder- und Jugendmedizin kann eine Orientierung am Anforderungskatalog AfK erfolgen. Nähere Ausführungen zu der präferierten Vorgehensweise bei der Entwicklung von Qualitätsvorgaben sind der in Vorbereitung befindlichen Stellungnahme zur Qualitätssicherung zu entnehmen.

Die mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz beschlossenen kurzfristigen zusätzlichen Hilfen für 2023 und 2024 werden ab 2025 durch eine erhöhte Vorhaltefinanzierung abgelöst. Dazu wird das Vorhaltebudget für die Leistungsgruppen von Pädiatrie und Kinderchirurgie gemäß den Empfehlungen der Regierungskommission in der dritten Stellungnahme um einen Aufschlag von bis zu 20 % der bisherigen aDRG-Erlösvolumina (zukünftig: rDRGs zzgl. Vorhaltebudget) von Fachabteilungen der operativen und konservativen Kinder- und Jugendmedizin erhöht. Hierfür ist ein Sonderfonds zu bilden. Aus welchen Mitteln dieser Sonderfonds gespeist wird, muss rechtzeitig politisch entschieden werden.

¹ www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de.





3.2 Mittelfristig: Sicherung der ambulanten Versorgung für Kinder und Jugendliche, die aufgrund von Art, Schwere, Seltenheit oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten einer Untersuchung oder Behandlung durch eine pädiatrische Institutsambulanz bedürfen

Die weitere Ambulantisierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird seit Jahren durch die aktuelle Rechtslage erschwert oder sogar behindert. Die flächendeckende ambulante fachärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte kann insbesondere für die Behandlung von Erkrankungen, für die die o. g. Kriterien gelten, durch die bestehenden Versorgungsangebote nicht flächendeckend sichergestellt werden. Schon jetzt gelingt es teilweise nicht einmal, die kinder- und jugendärztliche hausärztliche Versorgung sicherzustellen. Dies gilt nicht nur für strukturschwache Gebiete. Die Situation wird sich aufgrund der Altersstruktur der niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte noch weiter verschärfen.

Die KBV listet mit Stand 31.12.2022 folgende Zahlen für die vertragsärztliche Versorgung auf:

	Gesamtzahl	Davon: ohne Schwerpunkt	Davon: mit Schwerpunkt
Teilnahme an vertragsärztlicher Versorgung, insgesamt	8.260	6.182 (75 %)	2.078 (25 %)
Davon: ambulanter Sektor	7.408	5.933 (80 %)	1.475 (20 %)
<i>Vertragsärztliche Zulassung</i>	5.252		
<i>Angestellt in freier Praxis</i>	1.141		
<i>Angestellt in Einrichtungen (z. B. MVZ)</i>	709		
Davon: ermächtigt (Klinikärztinnen und -ärzte)	852	249 (25 %)	603 (75 %)

Die Versorgungsrealität in der Pädiatrie unterscheidet sich grundlegend von der in der Erwachsenenmedizin: Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen in der Niederlassung sind ganz überwiegend in der hausärztlichen Versorgung (= hausärztlich niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte) tätig (90 % laut InBA-Studie [mit Prime Networks] zu § 120 Abs. 1a SGB V aus dem Jahr 2008). Nur in wenigen Spezialgebieten der Pädiatrie gibt es eine





nennenswerte Versorgung im niedergelassenen Bereich (z. B. Neonatologie, Kardiologie, Neuropädiatrie). Die geringen absoluten Zahlen potenzieller Patientinnen und Patienten für Spezialgebiete in einer Region sind wirtschaftlich nicht tragfähig.

Viele der chronisch körperlich kranken Patientinnen und Patienten werden in Kliniken behandelt (Hochschulambulanz, persönliche Ermächtigung). Die hohe Zahl von persönlichen Ermächtigungen (852) an den ca. 300 Kliniken/Abteilungen für operative und konservative Kinder- und Jugendmedizin spiegelt den bestehenden Versorgungsbedarf in pädiatrischen Spezialdisziplinen wider.

Persönliche Ermächtigungen werden aber von den Zulassungsausschüssen auf zwei Jahre befristet (ohne Verlängerungsanspruch) und sind im Leistungs- und Altersspektrum eingeschränkt und personengebunden, was ein hohes Risiko für die Patientinnen und Patienten bedeutet, wenn der/die ermächtigte Arzt/Ärztin abwesend ist oder sich beruflich verändert.

Aus den genannten Gründen ist eine Sicherstellung der Versorgung oder gar eine weitere Ambulantisierung mit einzeln ermächtigten Fachärztinnen und Fachärzten auf Dauer nicht zu realisieren. So entstehen auch ressourcen- und kostenbelastende Anreize zur stationären Aufnahme.

Aufgrund ähnlicher Probleme in der ambulanten (Kinder- und Jugend-)psychiatrischen und geriatrischen Versorgung gibt es im Sozialgesetzbuch V gesetzliche Regelungen für den Betrieb von Institutsambulanzen. Diese Regelungen sind in analoger Weise für die fachärztliche Versorgung von somatisch kranken Kindern und Jugendlichen umzusetzen. Kliniken/Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Versorgung der Versicherten innerhalb einer Institutsambulanz für folgenden Sachverhalt zu ermächtigen: Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere, Seltenheit oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder und Jugendliche auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind.

Institutsambulanzen sind daher für Kliniken/Fachabteilungen für konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin in Analogie zu § 118 SGB V zu etablieren. Der Bedarf soll über einen Überweisungsvorbehalt geregelt werden. D. h., pädiatrische Institutsambulanzen dürfen nur auf Überweisung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte tätig werden.

Hierfür kommen die Leistungsgruppen entsprechend den Empfehlungen der dritten Stellungnahme der Regierungskommission zur Anwendung (außer LG „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“). Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante Behandlung erforderlichen ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen strukturellen Voraussetzungen bei Bedarf zur Verfügung stehen (analog zu § 118 SGB V).





Die Diagnosestellung und behandlungsleitende Therapieentscheidungen in der Institutsambulanz können nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin getroffen werden, in pädiatrischen Spezialambulanzen von Fachärztinnen und Fachärzten mit entsprechender Schwerpunktbezeichnung oder Zusatzweiterbildung. Fachärztinnen und Fachärzte in Spezialisierungsweiterbildung (Schwerpunkt-, Zusatzweiterbildung) können entsprechend dem Stand ihrer Weiterbildung unter Verantwortung von fachweitergebildeten Ärztinnen und Ärzten an der Behandlung beteiligt werden.

3.3 Kurzfristig: flankierende Sofortmaßnahmen

Die kurzfristigen Maßnahmen für die Jahre 2023 und 2024 sollen durch zusätzliche und einfach umzusetzende Erleichterungen für die Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin flankiert werden, damit sich die angespannte Versorgungslage schnellstmöglich verbessert.

Erste schnell und leicht umzusetzende Maßnahmen sind:

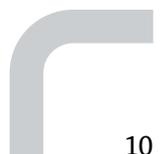
- ▶ die Aussetzung der primären Fehlbelegungsprüfung für die (derzeit zehn) pädiatrischen teilstationären DRGs (MDC 25) bis zur flächendeckenden Verfügbarkeit pädiatrischer Institutsambulanzen und die Schaffung der gesetzlichen Festlegung der teilstationären Behandlung. Dies ist abzugrenzen von den tagesstationären Behandlungen nach der zweiten Stellungnahme der Regierungskommission.
Begründung: Hintergrund ist, dass sich die Selbstverwaltungspartner mit Unterstützung des BMG einvernehmlich auf diese am Krankenhaus teilstationär (und nicht ambulant) zu erbringenden pädiatrischen Leistungen verständigt haben und sie die Strukturanforderungen und Voraussetzungen für die Leistungserbringung und -abrechnung klar in den zugehörigen OPS-Kodes definiert haben. Mit einer gesetzlichen Klarstellung (es fehlt bislang eine Definition für „teilstationär“ im Gesetzestext) würde der Verwaltungs- und Prüfaufwand sinnvoll reduziert. Perspektivisch sollte diese Sonderregelung durch die Möglichkeit, bislang vollstationäre Behandlungen bei Eignung tagesstationär durchzuführen (gemäß der zweiten Stellungnahme der Regierungskommission und der gesetzlichen Umsetzung im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz), ergänzt werden.
- ▶ Darüber hinaus empfiehlt die Regierungskommission die Aussetzung der sekundären Fehlbelegungsprüfung für Kinder und Jugendliche, zu der es kommt, wenn die obere Grenzverweildauer (OGVD) überschritten wird. Obwohl auch bei diesen Kindern eine zügige Entlassung angestrebt wird, kann es z. B. aufgrund außergewöhnlicher Komplexität der Erkrankung, von Komorbidität, von unklarem Krankheitsbild oder -verlauf, von unzureichendem Therapieansprechen, von Therapie-Nebenwirkungen oder von interkurrenter Erkrankung zu einer Überschreitung der OGVD kommen.





Ambulante Pflegestrukturen für Kinder und Jugendliche, die eine Krankenhausentlassung zum medizinisch vertretbaren Zeitpunkt ermöglichen, sind aufzubauen. Die Effekte dieser Maßnahme sind nach drei Jahren zu überprüfen.

- › Alternativ zur vorgenannten Maßnahme empfiehlt die Regierungskommission, für Kinder und Jugendliche die Befristung der im Krankenhaus möglichen Übergangspflege auf zehn Tage auszusetzen, sofern nur noch pflegerische Maßnahmen notwendig sind.
- › Die von der Regierungskommission in ihrer dritten Stellungnahme empfohlene Krankenhausreform soll zum 1.1.2024 wirksam werden. Sie soll mit einer Konvergenzphase beginnen, sodass die Reform im ersten Jahr für die Krankenhäuser noch keine Budgetwirkung entfaltet und sich eine Auswirkung auf die individuelle Krankenhausfinanzierung in den folgenden Jahren schrittweise aufbaut. In dieser Phase, bis zum Wirksamwerden der Krankenhausfinanzierungsreform mit spezifischen pädiatrischen Leistungsgruppen und dem o. g. Sonderfonds, sollte der die DRGs erhöhende Faktor bei einer Behandlung in der konservativen oder operativen Kinder- und Jugendmedizin fortgeführt werden. Zur Kalkulation der Vorhalteanteile der pädiatrischen Leistungsgruppen sollte ferner das InEK die DRGs für eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einer pädiatrischen/kinderchirurgischen Abteilung – in Abgrenzung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einer Erwachsenenabteilung – getrennt ausweisen.
- › Ferner empfiehlt die Regierungskommission den Selbstverwaltungspartnern im Fall erneuter stationärer Engpässe in der Kinder- und Jugendmedizin (etwa im Rahmen von Infektwellen) – wie bereits im Januar 2023 für drei Wochen geschehen –, die untere Grenzverweildauer (UGVD) für die Behandlung in der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin auszusetzen. Parallel wird empfohlen, ein tagesaktuelles pädiatrisches Bettenregister einzuführen, um Umfang und Dauer stationärer Engpässe zu dokumentieren und freie Bettenkapazitäten für die Verlegung von Kindern und Jugendlichen unmittelbar erkennen zu können.





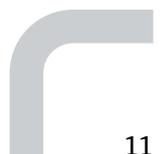
Die Stellungnahmen und Empfehlungen der Regierungskommission sind im Internet abrufbar unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/regierungskommission-krankenhausversorgung

Diese Stellungnahme und Empfehlung wurde von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ohne Gegenstimmen bei drei Enthaltungen verabschiedet.

Mitglieder der Regierungskommission sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Prof. Dr. Boris Augurzky
Prof. Dr. Tom Bschor
Prof. Dr. Reinhard Busse
Prof. Dr. Jörg Dötsch
Michaela Evans
Prof. Dr. Dagmar Felix
Irmtraud Gürkan
Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Prof. Dr. Martina Hasseler
Prof. Dr. Stefan Huster
Prof. Dr. Christian Karagiannidis
Prof. Dr. Thorsten Kingreen
Prof. Dr. Heyo Kroemer
Prof. Dr. Laura Münkler
Prof. Dr. Jochen Schmitt
Prof. Dr. Rajan Somasundaram
Prof. Dr. Leonie Sundmacher





Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung



IMPRESSUM

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Leiter und Koordinator:

Prof. Dr. med. Tom Bschor
c/o Bundesministerium für Gesundheit
Mauerstraße 29, 10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin
Krankenhauskommission@bmg.bund.de

Veröffentlichung: 29. September 2023

