

# Auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden Versorgung. Ein Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

## Zusammenfassung

**Fragestellung:** Die bisherige Trennung der Versorgungssektoren in Deutschland – insbesondere zwischen ambulanter und stationärer Versorgung – birgt die Gefahr von unzureichend effizienten Behandlungsabläufen, Informationsverlusten und folglich einer suboptimalen Patientenversorgung. Dieses Positionspapier evaluiert, wie sektorenübergreifende Ansätze diese Fragmentierung verbessern und überwinden können.

**Methoden:** Im Rahmen eines Berliner Forums der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (6. Dezember 2024) wurden Beispiele guter Praxis sowie rechtliche, strukturelle und regionale Aspekte der sektorenübergreifenden Versorgung durch Expertinnen und Experten vorgestellt und diskutiert. Die Ergebnisse flossen in ein Positionspapier ein, das Empfehlungen der AWMF formuliert.

**Ergebnisse:** Die sektorenübergreifende Versorgung ist ein zentraler Ansatzpunkt zur Verbesserung der Effizienz und Qualität des deutschen Gesundheitssystems. Beispiele guter Praxis sind ermutigend. Die Empfehlungen der AWMF betreffen die folgenden Themenbereiche: Harmonisierung der Finanzierungs- und Vergütungssysteme, Etablierung regionaler Gesundheitsnetzwerke, interoperabler Informationsaustausch über alle Sektoren, partizipative Entscheidungsfindung zu Behandlungsalternativen. Die Versorgungsforschung spielt dabei eine zentrale Rolle. Die AWMF empfiehlt zudem eine sektorenübergreifende Aus- und Weiterbildung z.B. in Weiterbildungsverbänden und bietet die Nutzung der AWMF als strategische Plattform für interdisziplinäre und interprofessionelle Weiterentwicklung sektorenübergreifender Versorgung an.

**Schlussfolgerungen:** Eine Ausweitung der sektorenübergreifenden Versorgung mit evidenzbasiertem Monitoring der Implementierungsschritte ist essenziell, um den Herausforderungen des demografischen Wandels und den steigenden Anforderungen an die Gesundheitsversorgung zu begegnen.

**Schlüsselwörter:** Fragmentierung, sektorenübergreifende Versorgung, integrierte Versorgung, Digitalisierung, Vergütung

**Steffi G. Riedel-Heller<sup>1</sup>**  
**Manfred Gogol<sup>2,3</sup>**  
**Thomas Schmitz-Rixen<sup>4</sup>**  
**Vera von Dossow<sup>5</sup>**  
**Rolf-Detlef Treede<sup>6,7</sup>**

1 Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät, Universität Leipzig, Deutschland

2 Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Berlin, Deutschland

3 Klinik für Unfallchirurgie, Alterstraumatologie, Medizinische Hochschule Hannover, Deutschland

4 Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V., Berlin, Deutschland

5 Institut für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Med. Fakultät OWL (Universität Bielefeld), Bad Oeynhausen, Deutschland

6 Abteilung für Neurophysiologie, Mannheimer Centrum für Translationale Neurowissenschaften, Universität Heidelberg, Deutschland

7 Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Deutschland

# 1 Einleitung

Knapp 500 Milliarden Euro wurden im Jahr 2022 für Gesundheit in Deutschland ausgegeben. Damit ist Deutschland im europäischen Vergleich Spitzenreiter [1]. In Deutschland gibt es ca. ein Drittel mehr ambulante und mindestens 50% mehr stationäre Behandlungen als im EU-Durchschnitt [2]. Dies kontrastiert mit der Lebenserwartung der Deutschen. Diese liegt aktuell bei 81,2 Jahren und ist 2024 erstmals unter den Mittelwert der Europäischen Union gefallen, mit 2,6 bis 3 Jahren hinter Spitzenreitern wie Spanien, Italien und der Schweiz [3]. Die Zahlen alarmieren. Die Gründe sind vielschichtig und umfassen unter anderem Präventionsdefizite und Effizienzprobleme in der Krankenversorgung, unter anderem durch eine starke Trennung einzelner Versorgungsbereiche oder Sektoren.

Die medizinische Versorgung in Deutschland ist durch eine Fragmentierung gekennzeichnet, die sich insbesondere in der Trennung von ambulanter vertragsärztlicher Versorgung durch Hausärztinnen und Fachärzte und dem stationären Krankenhausbereich manifestiert (Abbildung 1). Diese sektorale Trennung ist in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern besonders stark ausgeprägt [4]. Darüber hinaus gibt es weitere wichtige Sektoren wie den bevölkerungsbezogenen Gesundheitsschutz durch den staatlichen Öffentlichen Gesundheitsdienst, die ambulante und stationäre Rehabilitation und die gesetzliche Unfallversicherung [2]. Gründe der Sektorentrennung sind die gewachsene Struktur des deutschen Gesundheitssystems mit verschiedenen gesetzlichen Regelungen (Sozialgesetzbücher V, VIII, IX, XI), verschiedenen Akteuren und Interessen für die einzelnen Sektoren (Leistungserbringer und Kostenträger) und vor allem einer jeweils eigenen Planung und Finanzierung.

Diese Struktur führt zu Herausforderungen bei der nahtlosen Patientenversorgung, insbesondere bei komplexen oder chronischen Erkrankungen. Obwohl es schon über 20 sektorenverbindende Programme gibt (Abbildung 2), arbeiten die Sektoren mit wenig Koordination weitgehend unabhängig voneinander und Übergänge zwischen diesen Sektoren, insbesondere die Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung, stellen Hürden dar, die zu Informationsverlusten, ineffizienten Behandlungsabläufen und letztlich zu höheren Kosten und einer suboptimalen Patientenversorgung führen [5], [6].

Diese Situation ist lange bekannt und wird sich in der Zukunft noch massiv verschärfen: wir stehen vor erhöhten Anforderungen an die medizinische Versorgung durch den demografischen Wandel, der einerseits mit einer alternden Bevölkerung und damit mit einer Zunahme von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität einhergeht und andererseits mit weniger jungen Menschen, die diese Ressourcen erwirtschaften und als Fachkräfte die medizinische Versorgung sicherstellen. Dies macht dringenden Handlungsbedarf deutlich. Deshalb hat die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung für alle

Menschen in Deutschland in ihrem Positionspapier zur Bundestagswahl 2025 gefordert [7] und die notwendige strukturelle Umgestaltung des Gesundheitswesens hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgung auf ihrem Berliner Forum im Dezember 2024 diskutiert.

## 2 Methodik

Im Rahmen des Berliner Forums der AWMF vom 6. Dezember 2024 wurden von Sachverständigen aus den Mitgliedsgesellschaften der AWMF und Akteuren des Gesundheitswesens Beispiele guter Praxis für eine sektorenübergreifende Versorgung in operativen und konservativen Fächern vorgestellt und zu grundsätzlichen Aspekten wie rechtlichen Rahmenbedingungen und Implikationen für die Weiterbildung und der Bedeutung der Region für die sektorenübergreifende Versorgung diskutiert (Tabelle 1). Die genannten Aspekte wurden in einer anschließenden Podiumsdiskussion vertieft. Die Inhalte und die abgeleiteten Empfehlungen wurden in diesen Textentwurf gefasst, eingehend im AWMF-Präsidium diskutiert und in der vorliegenden Form abgestimmt.

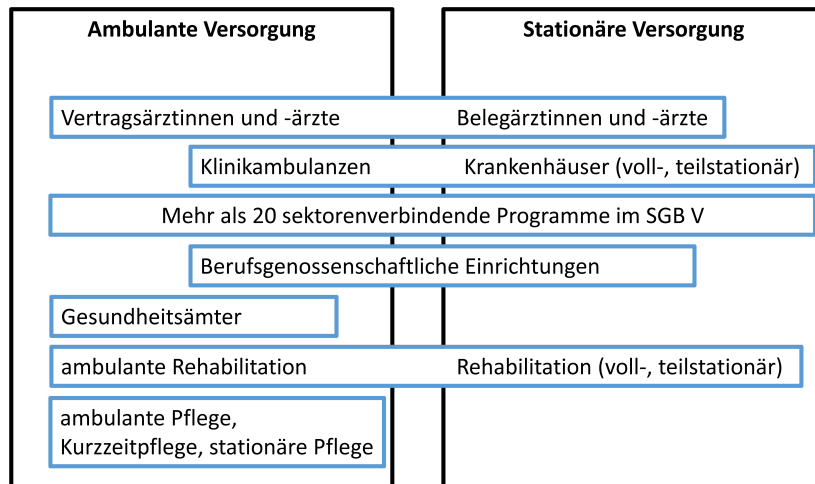
## 3 Ergebnisse

### 3.1 Was muss sich verbessern?

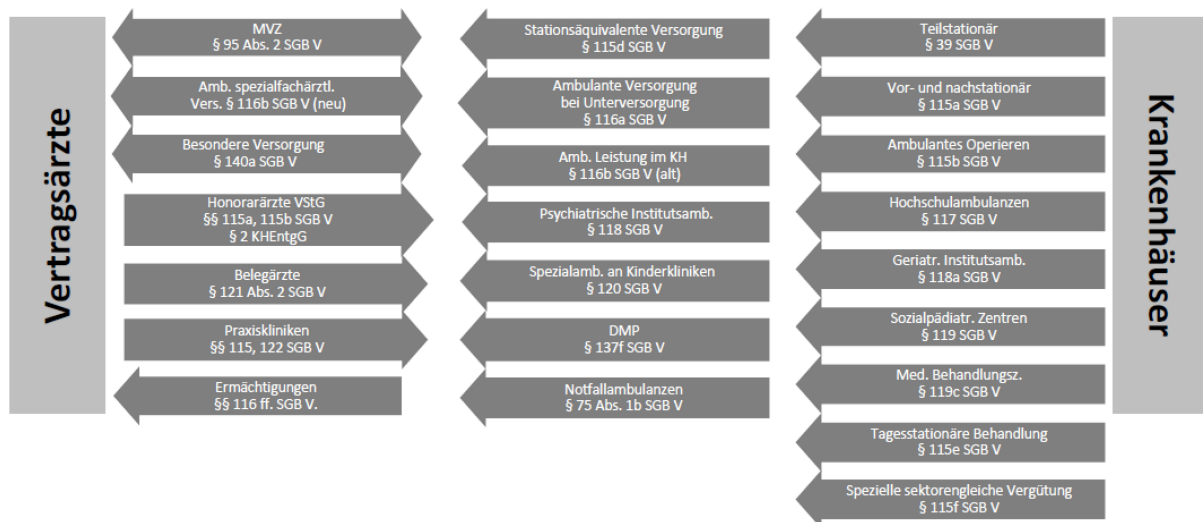
Optimierungsbedarf besteht insbesondere bei der Verbesserung der Kommunikation zwischen den Sektoren, bei der Schaffung einheitlicher Standards für Behandlungsabläufe und der Optimierung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Genau darauf zielt die sogenannte sektorenübergreifende medizinische Versorgung: sie beschreibt die stärkere Vernetzung und Integration unterschiedlicher Fachdisziplinen sowie die Überwindung von Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen. Damit soll eine patientenorientierte Versorgung gewährleistet werden, die alle relevanten Akteure einbezieht – von Hausärztinnen und Hausärzten über Fachärztinnen und Fachärzte bis hin zu Krankenhäusern und Rehabilitationszentren und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Die sektorenübergreifende Versorgung ist ein zentraler Ansatz zur Verbesserung der Effizienz und Qualität des deutschen Gesundheitssystems. Grundlegende Strategien sind dabei integrierte Behandlungsprogramme, die alle relevanten Akteure einbeziehen, digitale Lösungen, die den Austausch von Informationen zwischen den Sektoren erleichtern und eine stärkere Regionalisierung und Populationsbezug, um spezifische Bedürfnisse der Bevölkerung und gewachsene Strukturen besser zu berücksichtigen.

### 3.2 Wie können Sektorengrenzen durchlässiger werden?

Umfängliche Initiativen der letzten Dekaden zielten darauf, die Sektorengrenzen durchlässiger zu machen. Sie reichen von gesetzlichen Änderungen bis hin zu innovati-



**Abbildung 1: Die Sektoren des deutschen Gesundheitssystems – Organigramm der Sektoren des deutschen Gesundheitssystems**  
 Organigramm der Sektoren des deutschen Gesundheitssystems, dargestellt für die gesetzlichen Versicherungen. Sektorgrenzen ergeben sich u.a. aus den verschiedenen Kostenträgern: Gesetzliche Krankenversicherung GKV seit 1883, Gesetzliche Unfallversicherung GUV seit 1884, Gesetzliche Rentenversicherung seit 1889, Gesetzliche Pflegeversicherung seit 1995. Weitere Grenzen ergeben sich aus der separaten Regelung der Leistungserbringer: Ärzteschaft, Heilmittelerbringer (Physiotherapie, Logopädie etc.), Hilfsmittelerbringer (Sanitätshäuser), Apotheken, Fachpflege. Privat Versicherte und Selbstzahler greifen auf die gleichen Leistungserbringer zu, aber typischerweise mit einheitlichem Kostenträger. Zusammengestellt nach [24] und [25].



**Abbildung 2: Die Sektoren des deutschen Gesundheitssystems – sektorenverbindende Versorgungsansätze**  
 An sektorenverbindenden Versorgungsansätzen herrscht kein Mangel, aber genügt deren Koordinierung? Kombiniert ambulant-stationäre Regelungen im SGB V (Übersicht) [nach Dr. Wulf-Dietrich Leber ©, GKV-Spitzenverband; Abdruck mit freundlicher Genehmigung]

ven Modellprojekten. Dazu zählen die Einführung und Förderung der **Integrierten Versorgung**, um Patientinnen und Patienten sektorenübergreifend durch verschiedene Akteure (z.B. Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Pflegeeinrichtungen) zu behandeln. Des Weiteren wurde die Etablierung **Medizinischer Versorgungszentren (MVZ)**, also von Einrichtungen, die verschiedene Fachrichtungen und Versorgungsbereiche unter einem Dach vereinen und oft in enger Kooperation mit Krankenhäusern arbeiten, möglich. Die **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)** ist ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell für Patientinnen und Patienten mit komplexen, seltenen oder schwerwiegenden Erkrankungen, wobei ambulante und stationäre Expertise in einem

rechtlich definierten Rahmen vereint werden. Vor allem die **Digitalisierung** wird als Schlüssel zur Überwindung sektoraler Grenzen gesehen, da sie Kommunikation und Datenflüsse zwischen Akteuren verbessert. Dazu zählen digitale Anwendungen wie die elektronische Patientenakte (ePA) und Investitionen in die digitale Infrastruktur. Die Interoperabilität von IT-Systemen ist entscheidend für eine effektive sektorenübergreifende Versorgung. Durch standardisierte Datenformate und Schnittstellen können verschiedene Systeme miteinander kommunizieren. Dies soll einen fließenden Austausch von Informationen z.B. zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen ermöglichen. Die Einführung **neuer Vergütungsmodelle** ist zentral, da unterschiedliche Vergütungssysteme (Fallpau-

Tabelle 1: Vorträge beim Berliner Forum der AWMF vom 6.12.2024 [26]

Vorträge beim Berliner Forum der AWMF am 6.12.2024	
<b>Sektorenübergreifende Versorgung in operativen Fächern</b>	
Dr. Ralf Schmitz, MVZ Chirurgie Kiel:	<i>Best Practice I: Sektorenübergreifende Versorgung zwischen einer chirurgischen Praxis und dem UK-Kiel</i>
Dr. Peter Kalbe, Berufsverband der Deutschen Chirurgie:	<i>Ist die Hybrid-DRG die geeignete Vergütungsform?</i>
RA Prof. Dr. Peter Hüttl, Kanzlei Heberer & Kollegen:	<i>Welche rechtlichen Rahmenbedingungen müssen noch angepasst werden?</i>
Dr. Anita Jagota, G-BA:	<i>Aufhebung sektoraler Grenzen am Beispiel der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung</i>
Dr. Frederik Schlottmann, Medizinische Hochschule Hannover:	<i>Auswirkungen auf die Weiterbildung</i>
<b>Sektorenübergreifende Versorgung in konservativen Fächern</b>	
Prof. Dr. Norbert Suttrop, Fächerverbund für Infektiologie, Pneumologie und Intensivmedizin der Charité Berlin:	<i>Best Practice II: Sektorenübergreifende Versorgung in der Inneren Medizin</i>
Prof. Dr. Andreas Bechdorf, Vivantes Klinikum Am Urban & Am Friedrichshain:	<i>Best Practice III: Home Treatment in Psychiatrie und Psychotherapie</i>
Prof. Dr. Neeltje van den Berg, Universitätsmedizin Greifswald:	<i>Innovative Versorgungskonzepte in der regionalen Versorgung</i>
Prof. Dr. Tom Bschor, Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung:	<i>Überwindung der Sektorengrenzen im Rahmen der Krankenhausreform</i>
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Universitätsmedizin Greifswald:	<i>Steuerung der regionalen Versorgung durch sektorenübergreifendes Monitoring</i>

Tabelle 2: Systematisierung von Initiativen zur sektorenübergreifenden Versorgung entsprechend ihrem Grad der Sektorverbindung (vgl. [2])

Gruppe	Grad der Sektorverbindung /Beispiele
3	Sektorverbindende Initiativen Beispiel: Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V (Regionale Budgets, Globale Budgets); ambulante spezial-fachärztliche Versorgung (ASV)
2	Sektorenübergreifende Initiativen, die z.B. stationären Einrichtungen oder einzelnen dort angestellten Ärztinnen und Ärzten die Erbringung ambulanter Leistungen gestatten Beispiel: stationsäquivalente Behandlung (StäB)
1	Initiativen, die lediglich auf einen nahtlosen Übergang zwischen den Sektoren zielen (nicht trans-sektoral) Beispiel: Entlassmanagement

schalen im stationären Bereich vs. Einzelleistungsvergütung im ambulanten Bereich) die Kooperation erschweren. So sollen sogenannte „Hybrid-DRGs“ ambulante und stationäre Leistungen zusammenführen. Des Weiteren gibt es Modellprojekte, bei denen Vergütungen sektorenübergreifend durch regionale oder globale Budgets gedeckt werden. Regionale Modellprojekte testen zudem innovative, sektorenübergreifende **Versorgungsmodelle in regionalen Kontexten** (vgl. Tabelle 2). Ein Beispiel ist das Gesunde Kinzigtal [8], eine populationsbasierte und sektorenübergreifende Versorgung in einer Region. **Reformen im Krankenhausbereich** sind zentral.

### 3.3 Aktuelle Entwicklungen: Die Krankenhausreform

Die Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2024) wurden stellenweise in das am 17. Oktober 2024

vom Bundestag beschlossene Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) integriert und damit eine tiefgreifende Krankenhausreform auf den Weg gebracht. Ein Fokus der Regierungskommission war die Überwindung der Probleme, die aus der Trennung in den vertragsärztlichen und den Krankenhausesektor resultieren, und schlug kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen vor [2], [9] (Tabelle 3). Die Regierungskommission entwickelte dafür auch ein digitales Planungs- und Folgenabschätzungstool.

### 3.4 Welche Rolle spielt die Region?

Verschiedene Faktoren machen die regionale Ebene entscheidend, um eine effektive, koordinierte und bedarfsorientierte Versorgung zu gewährleisten. Dazu zählen demografische und epidemiologische Unterschiede. Jede Region hat spezifische Herausforderungen, wie eine alternde Bevölkerung, urbane oder ländliche Strukturen.

**Tabelle 3: Zusammenfassungen der Empfehlungen zur Überwindung der Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitssystem der Regierungskommission für eine moderne bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2024 [2]**

Zeitschiene	Maßnahmen
Kurzfristig	Aufbau von Krankenhäusern für sektorenübergreifende Versorgung (Level II), die u.a. vorrangig ambulante Behandlung anbieten, nach Tagespauschalen abrechnen und von den Bundesländern geplant werden.
	Aufbau von Institutsambulanzen
	Weiterentwicklung der Hybrid-DRG
	Ausbau des Belegarztsystems
Mittel- und längerfristig	Aufbau regionaler Gremien unter Landesvorsitz, die ambulante und stationäre Versorgung gemeinsam planen
	Aufbau eines Primärarztsystems zur Steuerung der Gesundheitsversorgung und Abbau der doppelten Facharztschiene
	Flächendeckende Versorgung durch qualifiziertes Pflegefachpersonal mit weitgehenden Kompetenzen (Einschränkung des Arztvorbehalts)
	Vergabe von Regionalbudgets für Versorgungsaufträge für bestimmte Regionen/Bevölkerungsgruppen

Gleichsam gibt es auch unterschiedliche regionale Ressourcen, wie die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal, Kliniken und ambulanten Diensten. Die Region ist zentral für Netzbildungen. Auf regionaler Ebene können Netzwerke von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Pflegeeinrichtungen, sozialen Diensten und anderen Akteuren leichter etabliert und koordiniert werden. Eine regionale Nähe erleichtert den Aufbau langfristiger Partnerschaften und einer gemeinsamen Versorgungskultur. Regionale Entscheidungsträger können schneller und gezielter auf spezifische Bedürfnisse reagieren als zentrale Organisationen. Die Region spielt damit eine zentrale Rolle bei der Etablierung einer sektorenübergreifenden Versorgung.

### 3.5 Beispiele guter Praxis

#### Stationsäquivalente Behandlung (StäB) oder Zu-Hause-Behandlung schwer psychisch Kranker

StäB zielt darauf ab, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in ihrem häuslichen Umfeld zu unterstützen und ihnen eine adäquate Versorgung zu bieten, ohne dass sie in eine vollstationäre Einrichtung eingewiesen werden müssen. StäB ermöglicht eine komplexe, aufsuchende und zeitlich begrenzte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team, das im Lebensumfeld der Betroffenen arbeitet. Die Behandlung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den Angehörigen und dem sozialen Umfeld, was die Integration der Patientinnen und Patienten in die Gemeinschaft fördert und ihre sozialen Ressourcen stärkt. International ist dieses Versorgungsmodell schon länger etabliert und im Rahmen von randomisierten kontrollierten Studien positiv evaluiert und hat Eingang in Leitlinien gefunden [10]. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen nach § 115d SGB (PsychVVG 2017) wurden die gesetzlichen Grund-

lagen für eine solche Behandlung in Deutschland geschaffen. Evaluationsergebnisse der AKtiV-Studie aus Deutschland zeigen, dass StäB die Notwendigkeit für vollstationäre Aufenthalte reduziert und im Vergleich zur traditionellen stationären Behandlung zu vergleichbaren klinischen und funktionalen Ergebnissen führt. Zudem berichten Patientinnen und Patienten und Angehörige von einer höheren Zufriedenheit mit der Behandlung. Mitarbeitende sind ebenfalls zufriedener [11]. In einigen Regionen hat sich die StäB bereits als wichtiger Baustein für eine Verbesserung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung etabliert. Als Hürden für eine flächendeckende Umsetzung werden die hohen Prüfquoten des medizinischen Dienstes, die enormen Dokumentationsanforderungen und die herausfordernden Verhandlungen und Vereinbarungen zur StäB mit den Krankenkassen genannt [12]. Forderungen für Nachbesserungen der gegenwärtigen Regelungen beziehen sich insbesondere auf die bedarfsangepasste Flexibilisierung der Besuchsfrequenz.

#### Hybrid-DRG als spezielle sektorgleiche Vergütung für die operative Versorgung

Seit dem 1. Januar 2024 gibt es die Hybrid-DRG als spezielle sektorgleiche Vergütung für eine Auswahl von operativen Eingriffen aus dem Katalog nach §115b des SGB V, wie sie im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz eingeführt wurde. Diese Fallpauschalen werden unabhängig davon gezahlt, ob der Eingriff ambulant oder stationär erfolgt. Sie sollen die Kosten für alle Untersuchungen und Behandlungen abdecken, die im unmittelbaren Kontext des Eingriffs in der operierenden Einrichtung durchgeführt werden. Damit sollen Anreize geschaffen werden, mehr Operationen ambulant durchzuführen. Noch ist die Anzahl der Eingriffe, für die es eine Hybrid-DRG gibt, relativ gering, aber sie wächst. Mit dem erweiterten Hybrid-DRG-Katalog ab 2025 können laut Vertragspartner rund 400.000 vollstationäre Fälle vermieden werden [13]. Die Regierungskommission empfiehlt eine rasche Weiterentwicklung und Ausweitung von Hybrid-

DRGs als wichtiges Instrument für die Ambulantisierung [2]. Erste Erfahrungen mit der praktischen Anwendung der Hybrid-DRG machen deutlich, wo Weiterentwicklungen möglich sind und notwendig erscheinen. Diskutiert werden eine unzureichende Differenzierung nach Aufwand, die fehlende Berücksichtigung der Personal- und Sachkosten und eine bisherige Beschränkung Hybrid-DRG auf 1-Tagesfälle, was die Komplexität der Behandlungen einschränkt. Zudem wird eine regelmäßig angepasste Hybrid-DRG-Vergütungshöhenberechnung auf empirischer Kalkulationsgrundlage gefordert [14].

## Regionale Budgets

Ein Regionales Psychiatrie-Budget (Modellprojektes nach §64b SGB V) ist ein innovatives Finanzierungssystem zur sektoren- und settingübergreifenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In Deutschland gibt es aktuell 22 Kliniken in neun Bundesländern, die nach dieser Finanzierungsform arbeiten, die gemeinsam zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern vereinbart wurden [15]. Zentral dabei ist die Möglichkeit, dass regionale psychiatrische Kliniken unabhängig vom Behandlungssetting (zu Hause, ambulant in der Klinik, tagesklinisch oder vollstationär) behandeln können. Damit erfolgt die Steuerung der Versorgung vor Ort und orientiert sich ausschließlich am Bedarf des Betroffenen. Fallzahlen, Behandlungstage oder Abrechnungsquartale spielen keine Rolle mehr [16], [17]. Das Klinikum Itzehoe war die erste Klinik in Deutschland, die ein Regionales Psychiatrie-Budget 2013 in der Region Kreis Steinburg in Schleswig-Holstein etablierte. Neben vielen anderen positiven Effekten hat sich die Länge der vollstationären Behandlung im Durchschnitt aller behandelten Menschen halbiert, die Kosten für die Versorgung sind seit 17 Jahren unverändert [16]. Dies erfolgte bei gleichbleibender psychopathologischer Behandlungsqualität. Das Prinzip des Regionalen Budgets verändert die Versorgung. Der individuelle Behandlungsbedarf und die Beziehungskontinuität zwischen Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten stehen dabei im Vordergrund. Die Ergebnisse einer aktuellen Metaanalyse auf der Grundlage einer breiten Basis von Sekundärdaten unterstreicht diese Ergebnisse [18]. Die Regierungskommission für eine moderne bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2024) merkt in ihrem aktuellen Empfehlungspapier an, dass diese Modellprojekte in der Regel noch ohne Einbezug des KV-Bereichs liefern und empfiehlt, Konzepte zu erarbeiten, die langfristig in allen medizinischen Fächern oder Leistungsgruppen eine echte sektorenverbindende Versorgung auf der Basis einer bevölkerungsbezogenen Vergütung etablieren. Dabei wird herausgestellt, dass Regionalbudgets einen starken Anreiz für präventives Handeln in der Region bis hin zu aufsuchenden präventiven Maßnahmen setzen [2].

## Telemedizinische Ansätze in der regionalen Versorgung – ein regionales telepädiatrisches Netzwerk

Abwanderungen und sinkende Geburtenraten lassen die Zahl der Kinder in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg zurückgehen. Insbesondere in ländlichen Gebieten kann oft keine wohnortnahe kinderärztliche Versorgung mehr gewährleistet werden. Pädiatrische Praxen befinden sich überwiegend in den Städten, kleinere Krankenhäuser können Abteilungen für Kinderheilkunde kaum noch wirtschaftlich betreiben. Ein Beispiel für innovative Versorgungskonzepte ist das regionale telepädiatrische Netzwerk (RTP-NET), das seit 2020 in Mecklenburg-Vorpommern und Nord-Brandenburg implementiert wird [19]. Über den Aufbau eines telepädiatrischen Netzwerks leistet RTP-NET einen Beitrag dazu, die regionale pädiatrische Versorgung zu unterstützen und zu verbessern. Mit 13 teilnehmenden Kliniken bietet dieses Netzwerk vier wesentliche telemedizinische Funktionalitäten: Triage, spezialfachärztliche Konsultation, virtueller Hintergrunddienst und Videosprechstunden mit Patientinnen und Patienten. Diese Funktionen ermöglichen eine schnellere und effizientere Versorgung von Kindern, insbesondere in ländlichen Regionen, wo der Zugang zu spezialisierten Fachärztinnen und -ärzten oft eingeschränkt ist.

## Best Practice in der Chirurgie: Kooperation zwischen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Universitätskliniken

Eine erfolgreiche Kooperation zwischen MVZ und Unikliniken kann die Qualität der Patientenversorgung steigern und die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte fördern. Das zeigen Beispiele guter Praxis, wie die Kooperation des MVZ Chirurgie Kiel und der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) mit ihrem Modellprojekt Verbundweiterbildung. Damit tragen beide Einrichtungen der Tatsache Rechnung, dass immer mehr ärztliche Leistungen, die junge Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung erlernen müssen, ausschließlich im ambulanten Sektor erbracht werden. Zentral und unabdingbar ist die Überwindung der bestehenden Voreingenommenheit und der Unkenntnis zwischen den verschiedenen Sektoren der Gesundheitsversorgung. Gezielte Schulungs- und Informationsangebote können den Austausch zwischen den Sektoren fördern und die Zusammenarbeit (z.B. gemeinsame Weiterbildungscurricula) erleichtern. Zudem trägt eine transparente und offene Kommunikation dazu bei, Missverständnisse zu vermeiden und die Zusammenarbeit zu stärken. Regelmäßige Treffen und Workshops können als Plattform dienen, um Erfahrungen auszutauschen und gemeinsame Lösungen (z.B. Standard Operating Procedures) zu entwickeln. Die Einbeziehung der jeweiligen Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigung wird als wichtig erachtet, um eine breite Akzeptanz

und Unterstützung zu sichern. Die Kooperation zwischen MVZ und Universitätskliniken stellt einen möglichen und vielversprechenden Ansatz dar, um die Herausforderungen der modernen Gesundheitsversorgung zu bewältigen. Eine gemeinsame Vision und ein kooperativer Ansatz sind der Schlüssel zum Erfolg.

## 4 Diskussion

Die sektorenübergreifende Versorgung ist ein zentraler Ansatzpunkt zur Verbesserung der Effizienz und Qualität des deutschen Gesundheitssystems. Sie adressiert die bestehenden Herausforderungen durch die starke Trennung der Versorgungssektoren, die zu Informationsverlusten, ineffizienten Abläufen und suboptimaler Patientenversorgung führt. Trotz zahlreicher bisheriger Reformbemühungen und Initiativen bleibt der Fortschritt in der Praxis noch begrenzt.

Die geplante Krankenhausreform in Deutschland wird von vielen als ein bedeutender Schritt in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung betrachtet. Allerdings hängt ihr Erfolg stark von der konkreten Umsetzung ab. Die Reform zielt darauf ab, strukturelle Probleme im Gesundheitswesen anzugehen. Eine Umstellung der Finanzierung hin zu einer qualitäts- und bedarfsorientierten Vergütung soll Fehlanreize abbauen, die bisher zu Überbehandlungen oder wirtschaftlichem Druck auf Krankenhäuser geführt haben.

Die Digitalisierung ist ein weiterer entscheidender Hebel, um sektorenübergreifende Versorgung zu verbessern. Aktuell bestehen jedoch erhebliche Defizite in der Umsetzung. Noch immer verhindern unterschiedliche IT-Systeme und mangelnde Interoperabilität zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen einen effizienten Austausch von Patientendaten. Die Digitalisierung muss daher konsequent vorangetrieben werden, um eine Grundlage für die sektorenübergreifende Versorgung zu schaffen. Seit dem 1. Oktober 2025 ist die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) in Deutschland für Arztpraxen, Krankenhäuser und Apotheken verpflichtend, sodass die ePA bundesweit flächendeckend eingeführt wurde.

Ein zentrales Hindernis für die sektorenübergreifende Versorgung sind die unterschiedlichen Vergütungssysteme in den Sektoren. Die Einführung von Hybrid-DRGs ist ein vielversprechender Schritt, um ambulante und stationäre Leistungen zu integrieren. Allerdings ist ihr Anwendungsbereich bislang begrenzt. Es sind dringend Weiterentwicklungen nötig, um eine differenzierte Berücksichtigung von Behandlungskomplexität und Personal- und Sachkosten zu ermöglichen. Regionale und globale Budgets könnten hier umfassendere Lösungen bieten. (In der Schweiz wurde per Volksabstimmung am 24. November 2024 eine Umstellung auf einheitliche Finanzierung der Bereiche der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (ambulant, stationär, Pflege) im Lauf der Jahre 2028–2032 beschlossen [20].) Die regionale Ebene spielt eine zentrale Rolle bei der Umsetzung sektorenübergrei-

fender Versorgung, da unterschiedliche demografische und infrastrukturelle Bedingungen regional angepasste Lösungen erfordern.

Eine sektorenübergreifende Versorgung braucht eine sektorenübergreifende Aus- und Weiterbildung von Fachkräften z.B. im Rahmen von Verbundweiterbildungen. Best-Practice-Beispiele zeigen, wie sektorenübergreifende Ansätze erfolgreich umgesetzt werden können. Diese Modelle betonen die Bedeutung einer interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit. Auch sollte die Rolle der Gesundheitspflege im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit stärker definiert werden, da diese die intersektoralen Prozesse maßgeblich hinsichtlich einer Prozessoptimierung positiv unterstützen und beeinflussen können.

Die Versorgungsforschung ist essenziell für die Planung, Umsetzung und Optimierung einer sektorenübergreifenden Versorgung. Sie hilft, die komplexen Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Akteuren und Sektoren zu verstehen und zu verbessern. Das trifft auf die Bedarfsermittlung und Planung zu und umfasst die Untersuchung regionaler Unterschiede oder die Einschätzung zukünftiger Versorgungsbedarfe, z.B. Risikostratifizierungsmodelle durch den demografischen Wandel oder veränderte Krankheitsbilder, Evaluation von innovativen Versorgungsmodellen im Hinblick auf medizinische und Kosteneffektivität sowie Akzeptanz und deren Implementierung sind Kerndomänen der Versorgungsforschung [21]. Von besonderer Relevanz sind dabei patientenbezogene Aspekte. Sogenannte PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) und PREMs (Patient-Reported Experience Measures) werden dabei eingesetzt, um die Perspektive der Patientinnen und Patienten systematisch zu erfassen und sind zentrale Messgrößen einer patientenzentrierten Medizin [22]. Forschungsdesigns sind u. a. prospektive, clusterrandomisierte Interventionsstudien, Stepped-Wedge-Designs, Prospektive Designs mit einer nicht-randomisierten Kontrollgruppe oder A-posteriori-Matching. Randomisierte Designs sind nicht zu allen Fragestellungen möglich [22].

Besondere Relevanz hat das sektorenübergreifende Monitoring. Es bezeichnet die systematische Erfassung, Analyse und Überwachung von Prozessen und Ergebnissen der Gesundheitsversorgung. Es dient dazu, Transparenz zu schaffen, Qualität zu sichern und Verbesserungspotenziale zu identifizieren. Dabei geht es um die Identifikation von Versorgungsbrüchen, ineffizienten Abläufen oder ungleichen Zugangsbedingungen. Ein Monitoring ist die Grundlage für eine evidenzbasierte Steuerung und datenbasierte Entscheidungen zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen. Dazu braucht es belastbare Indikatoren und Feedbacksysteme an Leistungserbringer, um Verbesserungen anzustoßen. Ein sektorverbindendes Basis-Indikatorenset für die Versorgung in ländlichen Gebieten ist in Entwicklung [23].

Um den Weg zu einer sektorenübergreifenden Versorgung konsequent weiterzugehen, sind entschlossene Maßnahmen erforderlich, darunter die Förderung einer flächendeckenden konsistenten Digitalisierung auf allen Ebenen,

Tabelle 4: AWMF-Empfehlungen für die Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung in Deutschland

Als Ergebnis der Diskussionen beim Berliner Forum 2024 empfiehlt die AWMF:
• Reform der Finanzierungs- und Vergütungssysteme als zentrale Voraussetzung zur Überwindung der Sektorengrenzen
• Stärkung regionaler populationsbezogener Versorgungsmodelle durch verbindliche regionale Gesundheitsnetzwerke
• Interoperabler Informationsfluss zwischen den Versorgenden als Grundlage für die sektorenverbindende Versorgung
• Partizipative Entscheidungsfindung über die geeignete Versorgungsform innerhalb evidenzbasierter Optionen
• Sektorenübergreifende Aus-, Weiter- und Fortbildung als strukturelle Voraussetzung für integrierte Versorgung
• Stärkung der Rolle der AWMF als strategische Plattform für interdisziplinäre und interprofessionelle Weiterentwicklung sektorenübergreifender Versorgung
• Stärkung der Versorgungsforschung durch Verstetigung des Innovationsfonds und ein sektorenübergreifendes Versorgungsmonitoring

die Anpassung von Vergütungsmodellen und die Stärkung regionaler Netzwerke. Gleichzeitig müssen rechtliche und strukturelle Barrieren abgebaut und erfolgreiche Modelle konsequent skaliert werden. Die Versorgungsforschung ist dabei für alle Phasen der Planung, Umsetzung und Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung unerlässlich. Ein sektorenübergreifendes Monitoring dient einer evidenzbasierten Steuerung und ermöglicht datenbasierte Entscheidungen zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen.

## Empfehlungen der AWMF

Die AWMF empfiehlt die konsequente Weiterentwicklung und Etablierung einer sektorenübergreifenden und letztlich sektorenverbindenden evidenzbasierten Versorgung zur Verbesserung der Effizienz und Qualität des deutschen Gesundheitssystems. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit der Gesundheitspolitik mit der wissenschaftlichen Medizin und der Versorgungsforschung unerlässlich. Die Reformansätze aus 2021–2025 unter Einbeziehung der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sollten weiterentwickelt werden.

Die konkreten Vorschläge, die sich aus diesem Artikel ergeben, sind in Tabelle 4 zusammengefasst. Die fehlende Harmonisierung der Vergütungssysteme zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist eines der Haupthindernisse für die breite Umsetzung der zahlreichen vorhandenen sektorenverbindenden Programme. Eine regionale populationsbezogene Versorgungsplanung könnte hierfür einen Lösungsansatz bieten. Die Digitalisierung des Gesundheitssystem kann hierbei unterstützen, wenn dadurch der Informationsaustausch über die Sektorengrenzen hinweg beschleunigt wird. Bei nach Evidenzlage gleichwertigen Versorgungsoptionen sollte das Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung wegweisend sein. Die AWMF empfiehlt zudem eine sektorenübergreifende Aus- und Weiterbildung z.B. in Weiterbildungsverbänden.

## Anmerkungen

### Danksagung

Wir danken den externen Vortragenden und Diskutanten beim Berliner Forum: Andreas Bechdorf, Tom Bschor, Jean-François Chenot, Siiri Doka, Gerald Gaß, Wolfgang Hoffmann, Peter Hüttl, Anita Jagota, Susanne Johna, Peter Kalbe, Frederik Schlottmann, Ralf Schmitz, Nobert Sutorp, Neeltje van den Berg, Susanne Weinbrenner und allen an den Diskussionen beteiligten Anwesenden für ihre Anregungen zu diesem Artikel.

### Interessenkonflikte

Die Autorinnen und Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

## Literatur

1. Statistisches Bundesamt. Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 auf knapp 500 Milliarden Euro gestiegen: Pressemitteilung Nr. 167. 2024 [cited 2025 Jan 16]. Available from: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24\\_167\\_236.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_167_236.html)
2. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems: Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Bundesministerium für Gesundheit; 2024 May 3 [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommision-stellungnahme-ueberwindung-der-sektorengrenzen.pdf>
3. OECD/European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2024.

4. Schreyögg J, Milstein R. Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten: Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK). 2020 Sep [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://www.tk.de/resource/blob/2090886/90a4ec1624cb79d28da08e0edab46328/gutachten-der-krankenhausfinanzierung-2020-data.pdf>
5. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung; Drucksache 17/10323. 2012 [cited 2025 Jan 16]. Available from: <https://dserver.bundestag.de/btd/17/103/1710323.pdf>
6. Aase K, Schibevaag L, Waring J. Crossing Boundaries: Quality in Care Transitions. In: Aase K, Waring J, Schibevaag L, editors. *Researching Quality in Care Transitions*. Cham, Schweiz: Palgrave Macmillan; 2017. p. 3-31.
7. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. Evidenzbasierte Medizin – die Basis einer guten Gesundheitspolitik: Positionen der AWMF zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2025. 2024 Dec 3 [cited 2025 Jan 17]. Available from: [https://www.awmf.org/fileadmin/user\\_upload/dateien/stellungnahmen/2024/202411203\\_Positionspapier\\_AWMF\\_Gesundheitspolitische-Forderungen-2025.pdf](https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/stellungnahmen/2024/202411203_Positionspapier_AWMF_Gesundheitspolitische-Forderungen-2025.pdf)
8. Larrain N, Groene O. Improving the evaluation of an integrated healthcare system using entropy balancing: Population health improvements in Gesundes Kinzigtal. *SSM Popul Health*. 2023 Feb 24;22:101371. DOI: 10.1016/j.ssmph.2023.101371
9. Bundesministerium für Gesundheit. Bundestag beschließt Krankenhausreform: Der Bundestag hat heute das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) beschlossen. 2024 [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-krankenhausreform-pm-17-10-2024.html>
10. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, editor. *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren Psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. 2nd ed. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019.
11. Bechtdolf A, Nikolaidis K, von Peter S, Längle G, Brieger P, Timm J, Killian R, Fischer L, Raschmann S, Schwarz J, Holzke M, Rout S, Hirschmeier C, Hamann J, Herwig U, Richter J, Baumgardt J, Weinmann S. Utilization of Psychiatric Hospital Services Following Intensive Home Treatment: A Nonrandomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2024 Nov 4;7(11):e2445042. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.45042
12. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Ergänzende Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum „Gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß § 115d Absatz 4 SGB V“. 2022 Mar 29 [cited 2025 Jan 17]. Available from: [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2022-03-29\\_DKG\\_Stellungnahme\\_StaeB-Bericht.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2022-03-29_DKG_Stellungnahme_StaeB-Bericht.pdf)
13. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Hybrid-DRG-Katalog 2025: KBV, DKG und Kassen einigen sich auf weitere Eingriffe. 2024 [cited 2025 Jan 17]. Available from: [https://www.kbv.de/html/1150\\_68599.php](https://www.kbv.de/html/1150_68599.php)
14. Kisch T, Müller-Rath R, Gregor S, Lorenz R, Neumann A, Dittrich S, Müller M, Lippert R, Henniger J, Lembeck B, Baur EM, Karst J, Vescia F, Schmitz R. Hybrid-DRGs – Die Herausforderung [Hybrid diagnosis-related groups-The challenge]. *Chirurgie (Heidelb)*. 2024 Dec;95(12):1007-11. DOI: 10.1007/s00104-024-02196-6
15. Deister A. *Zukunft. Psychiatrie: Herausforderungen, Konzepte, Perspektiven*. 1st ed. Cologne: Psychiatrie Verlag; 2022.
16. Deister A, Michels R. Vom Modell zur Regionalen Regelversorgung – Langfristige Effekte eines Regionalen Budgets [From Model to Regional Regular Care – Long-Term Effects of a Regional Budget]. *Psychiatr Prax*. 2022 Jul;49(5):237-47. DOI: 10.1055/a-1492-1564
17. Deister A, Wilms B. *Regionale Verantwortung übernehmen: Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach 64b SGB V*. 1st ed. Cologne: Psychiatrie Verlag; 2014.
18. Neumann A, Schmitt J, Seifert M, Kliemt R, March S, Häckl D, Swart E, Pfennig A, Baum F. Changes in patient care through flexible and integrated treatment programs in German psychiatric hospitals: meta-analyses based on a series of controlled claims-based cohort studies. *BMC Psychiatry*. 2024 Jan 26;24(1):74. DOI: 10.1186/s12888-024-05500-0
19. Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss. RTP-NET – Regionales Telepädiatrisches Netzwerk Mecklenburg-Vorpommern Brandenburg: Projektbeschreibung [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/rtp-net.344>
20. Bundesamt für Gesundheit BAG. KVG-Änderung: Einheitliche Finanzierung der Leistungen. Available from: <https://www.bag.admin.ch/de/kvg-anderung-einheitliche-finanzierung-der-leistungen>
21. Pfaff H, Hoffmann F, Ernstmann N, Härter M, Neugebauer EAM. Was ist Versorgungsforschung? In: Pfaff H, Neugebauer EA, Ernstmann N, Härter M, Hoffmann F, editors. *Versorgungsforschung*. Wiesbaden: Springer; 2024.
22. van den Berg N, Hoffmann W, Hildebrandt H. Versorgungsforschung zu sektorenübergreifenden und populationsbezogenen Versorgungsmodellen. In: Pfaff H, Neugebauer EA, Ernstmann N, Härter M, Hoffmann F, editors. *Versorgungsforschung*. Wiesbaden: Springer; 2024.
23. Haserück A. *Gesundheitsversorgung: Ärztlich erarbeitetes Monitoring soll Versorgungslage erfassen*. *Dtsch Arztebl*. 2022;119(5):A-170/B-146.
24. Bschor T. Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems: Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. 2024 [cited 2025 Jul 10]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-ueberwindung-der-sektorengrenzen.pdf>
25. Schlegel T. Untersuchung der Regelungssystematik des SGB V zur Identifikation der Sektorentrennungsregelungen und Ausblick auf sektorenüberwindende Regelungsmechanik. 2024 [cited 2025 Jul 10]. Available from: <https://dgv.org/wp-content/uploads/2024/11/GutachtenSchlegelSGBV25112024.pdf>
26. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. *Berliner Forum*. Available from: <https://www.awmf.org/die-awmf/veranstaltungen/berliner-forum>

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH  
 Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig, Deutschland, Tel.: +49 (0)341 9715408, Fax: +49 (0)341 9715409  
 Steffi.Riedel-Heller@medizin.uni-leipzig.de

**Bitte zitieren als**

Riedel-Heller SG, Gogol M, Schmitz-Rixen T, von Dossow V, Treede RD.  
Auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden Versorgung. Ein  
Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen  
Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). GMS Ger Med Sci.  
2026;24:Doc09.  
DOI: 10.3205/000362, URN: urn:nbn:de:0183-0003625

**Artikel online frei zugänglich unter**

<https://doi.org/10.3205/000362>

**Eingereicht:** 29.04.2026

**Veröffentlicht:** 18.06.2026

**Copyright**

©2026 Riedel-Heller et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel  
und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons  
Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe  
<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

# Towards an integrated care. A position paper by the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF)

## Abstract

**Research question:** Germany's longstanding separation of healthcare sectors – most prominently between outpatient and inpatient care – creates risks of fragmented service delivery, disrupted information flows, and ultimately suboptimal outcomes for patients. This position paper examines how cross-sectoral and integrated strategies can effectively mitigate or overcome this fragmentation.

**Methods:** During a Berlin Forum of the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) (6 December 2024), experts presented best-practice models and discussed legal, structural, financial, and regional dimensions of integrated care. The insights from these discussions were synthesized into AWMF's recommendations.

**Results:** Integrated care represents a critical lever for improving the efficiency and quality of the German healthcare system. Promising examples exist across surgical, medical, psychiatric, and regionalized care settings. Key recommendations address the following topics: harmonized financing and remuneration system, regional population-based healthcare networks, interoperable information exchange across healthcare sectors, shared decision-making on care options. Health services research – and especially implementation research – plays an indispensable role in guiding and evaluating these reforms. The AWMF further emphasizes the need for integrated education and postgraduate training, particularly within structured residency networks, and offers AWMF as an important interdisciplinary and interprofessional platform for promoting cross-sectoral care.

**Conclusions:** Broad implementation of integrated care, combined with robust and evidence-based monitoring of implementation, is essential for meeting the challenges posed by demographic change and increasing demands on healthcare delivery.

**Keywords:** Germany, health care sectors, integrated care, digitisation, remuneration

**Steffi G. Riedel-Heller<sup>1</sup>**  
**Manfred Gogol<sup>2,3</sup>**  
**Thomas Schmitz-Rixen<sup>4</sup>**  
**Vera von Dossow<sup>5</sup>**  
**Rolf-Detlef Treede<sup>6,7</sup>**

1 Department of Social Medicine, Occupational Medicine, and Public Health (ISAP), University of Leipzig Medical Center, Leipzig, Germany

2 Ad hoc Committee Health Services, Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF), Berlin, Germany

3 Department of Trauma Surgery and Geriatric Traumatology, Hannover Medical School, Hanover, Germany

4 German Society for Surgery (DGCH), Berlin, Germany

5 Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Heart and Diabetes Center NRW, University Hospitals of the Ruhr-University of Bochum, Medical School OWL (Bielefeld University), Bad Oeynhausen, Germany

6 Department of Neurophysiology, Mannheim Center for Translational Neuroscience (MCTN), Heidelberg University, Heidelberg, Germany

7 Department of Psychiatry and Psychotherapy, Central Institute for Mental Health, Medical Faculty Mannheim, Heidelberg University, Mannheim, Germany

## 1 Introduction

In 2022, Germany's healthcare expenditure approached €500 billion – placing the country at the top of European spending levels [1]. Germany also records roughly one-third more outpatient treatments and at least 50% more inpatient treatments than the EU average [2]. Paradoxically, life expectancy tells a different story: at 81.2 years, it fell below the EU average for the first time in 2024, lagging 2.6 to 3 years behind leaders such as Spain, Italy, and Switzerland [3]. This discrepancy raises concern. While the reasons are multifactorial, deficits in prevention and systemic inefficiencies – particularly those stemming from strict sectoral divisions – play a major role. The German healthcare system is characterised by pronounced fragmentation, most visibly in the institutional divide between outpatient care delivered by general practitioners and specialists under the statutory health insurance system and inpatient hospital care (Figure 1). This separation is more rigid in Germany than in most comparable health systems [4]. Additional sectors, such as public health services, rehabilitation, and statutory accident insurance, further contribute to the complexity [2]. Structurally, these divisions reflect the historical evolution of the system: multiple legal frameworks (SGB V, VIII, IX, XI), distinct organisational actors, divergent incentives, and – crucially- separate planning and financing mechanisms.

For patients with chronic or complex conditions, these boundaries can impede seamless care. Although more than 20 integrated programmes exist (Figure 2), most sectors still operate with limited coordination. Transitions, especially between inpatient and outpatient settings, frequently lead to information gaps, inefficiencies, and avoidable costs [5], [6]. These problems are not new. Yet demographic trends will sharply intensify them. Germany faces an ageing population with rising multimorbidity, accompanied by a shrinking workforce responsible for financing and delivering care. This dual pressure heightens the urgency for structural reform. Recognising this, the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) highlighted the need to improve the quality and coordination of healthcare across all sectors in its position paper for the 2025 federal election [7]. At the AWMF Berlin Forum of December 2024, experts discussed the systemic reorganisation required to move toward a genuinely cross-sectoral and integrated model of care.

## 2 Methods

At the AWMF Berlin Forum held on 6 December 2024, experts from AWMF member societies and key stakeholders across the healthcare system presented best-practice examples illustrating cross-sectoral care in both surgical and medical disciplines (Table 1). These presentations were complemented by discussions of fundamental issues, including the legal and regulatory framework, im-

plications for medical education and postgraduate training, and the specific role of regional structures in enabling integrated care.

The topics introduced in the presentations were subsequently examined in greater depth during a moderated panel discussion. Drawing on this combined input, the AWMF Council synthesised the content into the current position paper. The final text underwent an internal review and consensus process within the Council to ensure accuracy, coherence, and alignment with the strategic priorities of the AWMF.

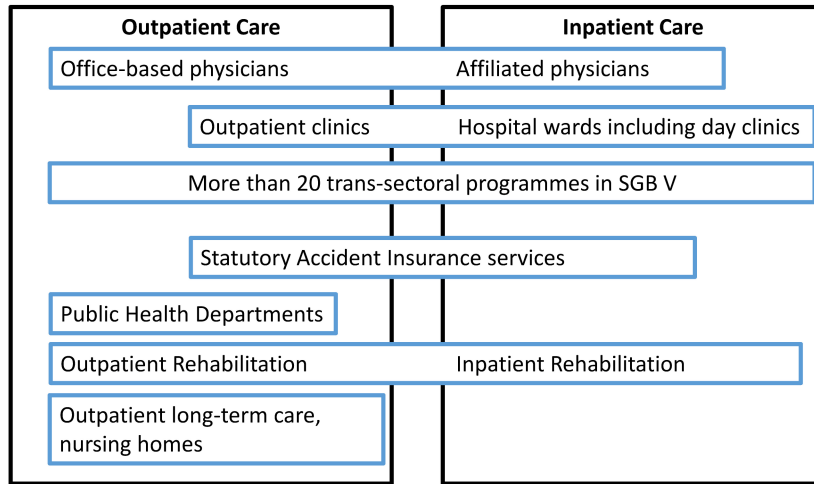
## 3 Results

### 3.1 Areas in need of improvement

Significant optimisation potential exists at several levels of the German healthcare system, particularly in the areas of intersectoral communication, the standardisation of treatment pathways, and the strengthening of interdisciplinary collaboration. Cross-sectoral care directly addresses these gaps by promoting closer integration of medical specialties and reducing the friction created by rigid sector boundaries. The overarching goal is a genuinely patient-centred care pathway, in which all relevant actors – general practitioners, specialists, hospitals, rehabilitation providers, and public health services – work in a coordinated manner. Cross-sectoral approaches therefore prioritise: integrated treatment pathways, digital infrastructures that support seamless information exchange, regionalisation and population-based planning, and collaborative models that transcend institutional silos. These strategies aim to better reflect the needs of local populations and to make more efficient use of existing healthcare resources.

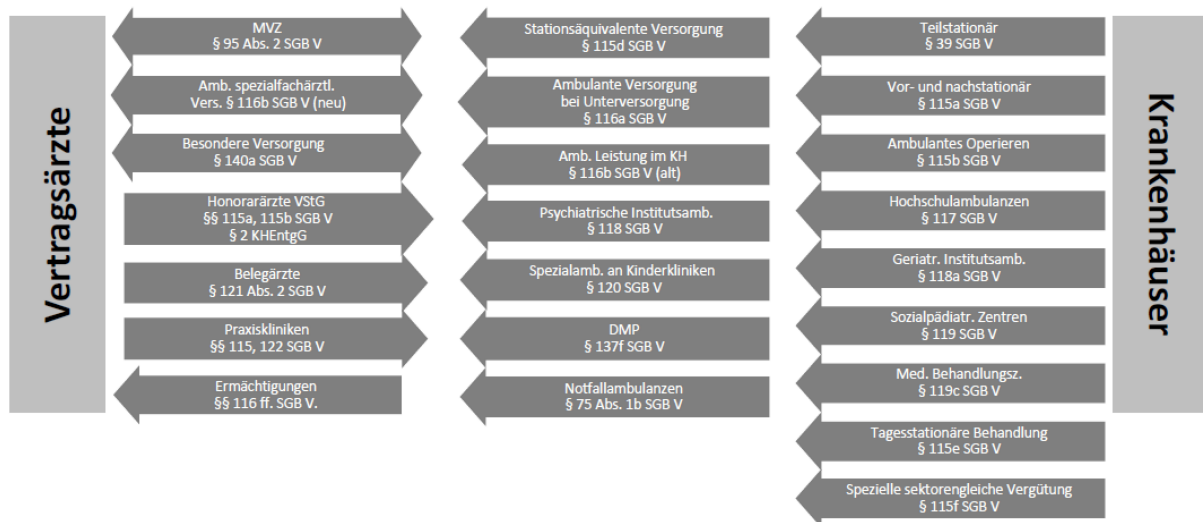
### 3.2 Making sector boundaries more permeable

Over recent decades, a wide range of initiatives has aimed to make the traditional boundaries between healthcare sectors more permeable. These efforts include legislative reforms, integrated care programmes, and regional pilot projects designed to promote continuity across outpatient and inpatient settings. Integrated care arrangements have been created to link hospitals, office-based physicians, and rehabilitation or long-term care providers, while Medical Care Centres (MVZs) bring multiple specialties together under one organisational roof, often in cooperation with hospitals. Another example is ambulatory specialist care (ASV), which enables multidisciplinary treatment of patients with rare, severe, or complex conditions within a cross-sector legal framework. Digitisation has proven to be one of the strongest enablers of such integration. The introduction of electronic patient records, the development of interoperable IT systems, and the expansion of digital infrastructures provide the foundation for more seamless information flows. Standardised data



**Figure 1: Sectors of the German Healthcare System**

Organisational chart of the sectors of the German healthcare system, presented for statutory insurance schemes. Sector boundaries arise, among other things, from the various payors: statutory health insurance (GKV) since 1883, statutory accident insurance (GUV) since 1884, statutory pension insurance since 1889, statutory nursing care insurance since 1995. Further boundaries arise from the separate regulation of service providers: doctors, providers of therapeutic services (physiotherapy, speech therapy, etc.), providers of medical aids (medical supply stores). Pharmacies, specialist care. Privately insured persons and self-payers have access to the same service providers, but typically with a uniform payer. Compiled according to [24] and [25].



**Figure 2: The sectors of the German healthcare system – integrative care approaches**

There is no shortage of integrative care models, but is their coordination sufficient? Combined outpatient-inpatient regulations in SGB V (overview) [according to Dr Wulf-Dietrich Leber ©, GKV-Spitzenverband; reprinted with kind permission].

SGB V: German social code book V, Vertragsärzte: office-based physicians, Krankenhäuser: hospitals [Figure available in German only]

formats and interfaces are essential to ensure that information can move fluidly between outpatient practices, hospitals, rehabilitation services, and public health authorities. Financial mechanisms also strongly shape the degree of integration. Existing remuneration systems – case-based payment in hospitals versus fee-for-service outpatient billing – create substantial barriers to cooperation. Diagnosis-related groups which align payment for selected procedures across sectors (Hybrid DRGs), represent a promising first step in overcoming these structural divides. In addition, regional and population-based budgeting models offer alternative pathways for fostering coordinated, needs-based care (see Table 2). Regional initiatives such as *Gesundes Kinzigtal* demonstrate how

financial alignment, prevention, and coordinated delivery can work together to improve population health outcomes [8].

### 3.3 Current developments: The hospital reform

The recommendations of the Government Commission for Modern, Needs-Based Hospital Care (2024) were partially incorporated into the Hospital Care Improvement Act (KHVG), which was passed by the German Bundestag on 17 October 2024. This legislative step marked the beginning of a far-reaching hospital reform. A central ob-

**Table 1: Presentations at the AWMF Berlin Forum on 6 December 2024 [26]**

<b>Presentations at the Berlin Forum of the AWMF on 6 December 2024</b>	
<b>Integrated care in surgical disciplines</b>	
Dr. Ralf Schmitz, MVZ Surgery Kiel: Best Practice I:	<i>Cross-sectoral collaboration between a surgical practice and the University Medical Center Kiel</i>
Dr. Peter Kalbe, Professional Association of German Surgeons:	<i>Is the hybrid DRG an adequate remuneration model?</i>
RA Prof. Dr. Peter Hüttl, Kanzlei Heberer & Colleagues:	<i>Necessary adjustments to the legal framework</i>
Dr. Anita Jagota, Federal Joint Committee G-BA:	<i>Dismantling sector boundaries through the example of ambulatory specialist care</i>
Dr. Frederik Schlottmann, Hannover Medical School:	<i>Implications for postgraduate medical training</i>
<b>Integrated care in medical disciplines</b>	
Prof. Dr. Norbert Suttrop, Department of Infectious Diseases, Pulmonary Medicine and Intensive Care Medicine at Charité Berlin:	<i>Best Practice II: Integrated care in internal medicine</i>
Prof. Dr. Andreas Bechdorf, Vivantes Hospitals Am Urban & Am Friedrichshain:	<i>Best Practice III: Home Treatment in Psychiatry and Psychotherapy</i>
Prof. Dr. Neeltje van den Berg, University Medical Centre Greifswald:	<i>Innovative regional care models</i>
Prof. Dr. Tom Bschor, Government Commission for Modern Hospital Care:	<i>Overcoming sector boundaries within the hospital reform</i>
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, University Medical Centre Greifswald:	<i>Regional healthcare management through cross-sectoral monitoring</i>

**Table 2: Systematization of initiatives for integrated care according to their degree of sector connection (cf. [2])**

<b>Group</b>	<b>Degree of sector connection / examples</b>
3	Integrated care initiatives Example: care for mentally ill people in accordance with Section 64b of the German Social Code, Book V (SGB V) (regional budgets, global budgets); outpatient specialist medical care (ASV)
2	Cross-sector initiatives that allow, for example, inpatient facilities or individual doctors employed there to provide outpatient services Example: inpatient-equivalent treatment (StäB)
1	Initiatives that merely aim to achieve a seamless transition between sectors (not transsectoral) Example: discharge management

jective of the commission's work was to address the structural problems arising from the strict separation between outpatient panel physicians and hospital-based care. To this end, the commission proposed a coordinated package of short-, medium-, and long-term measures [2], [9] (Table 3). In addition, it developed a digital planning and impact assessment tool designed to support evidence-informed decision-making and improve transparency in regional capacity planning.

### 3.4 What role do regions play?

The regional level plays a pivotal role in achieving effective and sustainable cross-sector care. Demographic and epidemiological conditions vary greatly across Germany – urban versus rural settings, ageing populations, local workforce shortages, and differing healthcare infrastructures all influence the design and delivery of care. Because of these variations, regional approaches allow for more nuanced, context-sensitive solutions than uniform

national regulations. Regions are also critical environments for building networks that link hospitals, office-based physicians, nursing and long-term care providers, social services, and public health authorities. Such networks foster long-term partnerships, the development of shared care cultures, and improved coordination across sectors. Regional actors can respond more rapidly to emerging needs and are better positioned to identify gaps, reallocate resources, and refine care pathways. Moreover, regions provide a valuable testing ground for innovative cross-sector models. Pilot projects can be implemented and evaluated locally, with successful approaches subsequently being scaled to other regions or integrated into national policy. In this way, regional structures become engines of innovation and essential contributors to the development of a more integrated, responsive, and population-oriented healthcare system.

**Table 3: Summary of recommendations for overcoming sector boundaries in the German healthcare system by the Government Commission for Modern, Needs-Based Hospital Care (2024) [2]**

Timeline	Measures
Short-term	Establishment of hospitals for cross-sector care (Level Ii), which primarily offer outpatient treatment, charge daily flat rates and are planned by the federal states.
	Establishment of hospital outpatient clinics
	Further development of the hybrid DRG
	Expansion of the affiliated doctor system
Medium- and long-term	Establishment of regional committees under state chairmanship to jointly plan outpatient and inpatient care
	Establishment of a primary care system to manage healthcare provision and reduce the duplication of specialist services
	Comprehensive care provided by qualified nursing staff with extensive skills (lifting of restrictions by the doctor's prerogative)
	Allocation of regional budgets for supply contracts for specific regions/population groups

### 3.5 Examples of good practice

#### Inpatient-equivalent treatment (StäB) in psychiatry

Inpatient-equivalent treatment (StäB) provides intensive, home-based psychiatric care for individuals with severe mental illness. A multidisciplinary team delivers time-limited, structured treatment directly in the patient's home environment, enabling continuity of care and strengthening social and family resources. Internationally, this model has been established for many years and has been positively evaluated in randomised controlled trials, forming part of evidence-based guideline recommendations [10]. The Act on the Further Development of Care and Remuneration for Psychiatric and Psychosomatic Services pursuant to Section 115d of the German Social Code (PsychVVG 2017) established the legal framework for providing such treatment in Germany. German evaluation data from the AKtiV study show that StäB can significantly reduce the need for full inpatient admissions while achieving clinical and functional outcomes comparable to conventional inpatient treatment. Patients and relatives report higher satisfaction, and staff also describe improved working conditions and therapeutic opportunities [11]. However, the nationwide implementation of StäB continues to face several barriers. These include high audit frequencies by the statutory health insurance controlling agency (Medizinischer Dienst), substantial documentation burdens, and often complex negotiations with statutory health insurers [12]. Experts therefore call for regulatory adjustments, particularly greater flexibility in the frequency of home visits and a reduction of administrative obstacles, in order to support broader adoption.

#### Hybrid DRGs as a cross-sector remuneration instrument in surgical care

Hybrid DRGs have been available since 1 January 2024 as a unified reimbursement model for selected surgical procedures listed under §115b SGB V. They are paid irre-

spective of whether the procedure is performed on an inpatient or outpatient basis and are intended to cover all examinations and treatments directly associated with the intervention. The goal is to remove financial disincentives and encourage the clinically appropriate shift of surgical procedures to the outpatient setting [13]. While the number of procedures included in the hybrid DRG catalogue remains limited, it is gradually expanding. According to initial estimates, the extended catalogue may help avoid approximately 400,000 full inpatient cases from 2025 onward [13]. Early practical experience highlights important areas for refinement. Criticisms include insufficient differentiation by case complexity, inadequate consideration of personnel and material costs, and the current restriction of hybrid DRGs to one-day cases, which limits their applicability to more complex procedures. Experts therefore recommend a continuous, empirically based recalibration of hybrid DRG reimbursement levels [14]. The Government Commission views hybrid DRGs as a key instrument for accelerating the shift toward outpatient care and calls for their rapid further development [2].

#### Regional psychiatry budgets (§64b SGB V)

Regional psychiatry budgets represent an innovative financing mechanism that enables psychiatric institutions to provide care flexibly across all treatment settings – home treatment, outpatient visits, day clinic, and full inpatient care – based entirely on individual patient needs. Currently, 22 clinics in nine federal states operate under this funding model, which is jointly agreed between payors and healthcare providers [15]. The model allows psychiatric hospitals to focus on continuity and therapeutic relationships rather than bed occupancy or case numbers. Evidence from the pioneering site in Itzehoe demonstrates substantial benefits: the average length of inpatient stays has been reduced by half, treatment quality has remained stable, and overall care costs have not increased over 17 years [16], [17]. A recent meta-analysis using comprehensive secondary data further confirms these positive effects and highlights the potential of regional budgets

to transform psychiatric care [18]. The Government Commission notes, however, that most current §64b model projects do not yet include participation of the office-based physician sector (Kassenärztliche Vereinigungen) and recommends developing long-term concepts that can be extended to all medical specialties. A particular strength of regional budgets is their strong incentive for preventive action within the region, including outreach measures [2].

### **Telemedicine approaches in regional care: The regional telepaediatric network (RTP-NET)**

Demographic changes and declining birth rates have led to a shortage of paediatric care in rural regions of Mecklenburg–Western Pomerania and northern Brandenburg. Smaller hospitals increasingly struggle to maintain paediatric units, and many families face long travel distances to the next specialist practice. To address this gap, the regional telepaediatric network (RTP-NET) was established in 2020 [19]. With 13 participating hospitals, the network offers telemedical triage, specialist consultations, virtual on-call services, and video consultations with patients and families. These digital functionalities enable faster clinical decision-making, improved access to specialist expertise, and more efficient use of regional resources. RTP-NET demonstrates how telemedicine can strengthen care structures in underserved areas, reduce avoidable transfers, and enhance the overall quality of paediatric care.

### **Best practice in surgery: Collaboration between medical care centres (MVZs) and university hospitals**

Successful cooperation between medical care centres (MVZs) and university hospitals can enhance the quality of patient care and strengthen postgraduate medical training. This is illustrated by best-practice examples such as the collaboration between MVZ Chirurgie Kiel and the Clinic for Orthopaedics and Trauma Surgery at the University Medical Center Schleswig-Holstein (UKSH), which have established a joint training model. Both institutions are responding to the fact that an increasing proportion of clinical skills required in specialist training are now acquired exclusively in the outpatient sector. Overcoming longstanding biases and a lack of familiarity between sectors is therefore essential. Targeted training and information programmes can foster exchange and facilitate collaboration – for example, through jointly developed curricula for residency programs. Transparent and open communication further helps to prevent misunderstandings and build trust. Regular meetings and workshops provide a platform for sharing experiences and developing joint solutions, including standard operating procedures. Involving the relevant regional Medical Associations and Associations of Statutory Health Insurance Physicians is considered important to ensure broad acceptance and support. Cooperation between MVZs and university hos-

pitals thus represents a promising pathway for addressing the challenges of modern healthcare. A shared vision and a collaborative approach are key prerequisites for success.

## **4 Discussion**

Cross-sectoral care constitutes a central approach to improving the efficiency and quality of the German healthcare system. It addresses the challenges arising from the pronounced separation of care sectors, which leads to information loss, inefficient processes, and ultimately suboptimal patient care. Despite numerous reform efforts and initiatives to date, progress in real life remains limited.

The planned hospital reform in Germany is regarded by many as an important step towards strengthening cross-sectoral care. However, its success will depend greatly on its concrete implementation. The reform aims to address structural problems within the healthcare system. A shift towards quality- and needs-oriented remuneration is intended to eliminate misguided incentives that have previously contributed to overtreatment or economic pressure on hospitals.

Digitisation is another critical lever for improving cross-sectoral care. At present, however, substantial deficits remain in its implementation. Different IT systems and limited interoperability between outpatient and inpatient facilities still prevent the efficient exchange of patient data. Digitisation therefore needs to be pursued rigorously in order to establish a foundation for cross-sectoral care. The electronic patient record (ePA) is a major step.

A central barrier to cross-sectoral care lies in the differing remuneration systems across sectors. The introduction of hybrid DRGs represents a promising step towards integrating outpatient and inpatient services. However, their current scope of application remains limited. Further development is urgently needed to allow for a more differentiated consideration of treatment complexity as well as personnel and material costs. Regional and global budgets could offer more comprehensive solutions. (In Switzerland, a reform of the statutory health insurance system that will introduce a uniform financing in 2028–2032 has been enacted by popular vote on 24 November 2024 [20].) The regional level plays a pivotal role in the implementation of cross-sectoral care, as varying demographic and infrastructural conditions require regionally adapted solutions.

Cross-sectoral care also requires cross-sectoral education and postgraduate training of healthcare professionals, for example within the framework of structured training networks. Best-practice examples illustrate how cross-sectoral approaches can be successfully implemented. These models highlight the importance of interdisciplinary and interprofessional collaboration. In addition, the role of nursing within interprofessional collaboration should be more clearly defined, as nursing professionals can

**Table 4: AWMF recommendations for implementation of cross-sectoral care in Germany**

<b>As a result of the discussions at the Berlin Forum 2024, the AWMF recommends:</b>
• Reform of financing and remuneration systems as a prerequisite for overcoming sector boundaries
• Strengthening regional, population-based care models via regional healthcare networks involving all relevant stakeholders
• Interoperable information flow across care providers as the foundation for cross-sectoral care
• Shared decision-making by patients and physicians regarding the appropriate form of care within an evidence-based set of options
• Establishment of cross-sectoral education and postgraduate training programmes as structural prerequisite for integrated care
• Strengthening the role of AWMF as an important interdisciplinary and interprofessional platform for promoting cross-sectoral care
• Strengthening health services research in Germany, including stable perpetuation of funding (by Innovation Fund) with a focus on implementation research and cross-sectoral monitoring of quality of care

substantially support and positively influence intersectoral processes in the direction of process optimisation.

Health services research is essential for the planning, implementation, and optimisation of cross-sectoral care. It helps to understand and improve the complex interactions between different actors and sectors. This applies to needs assessment and planning and includes the examination of regional differences as well as the estimation of future care needs, such as risk stratification models in the context of demographic change or shifting disease patterns. The evaluation of innovative care models in terms of clinical efficiency and cost-effectiveness, acceptance, and implementation also represents a core domain of health services research [21]. Patient-related aspects are of particular relevance. PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) and PREMs (Patient-Reported Experience Measures) are used to systematically capture the patient perspective and represent central metrics of patient-centred care [22]. Research designs include prospective, cluster-randomised intervention studies, stepped-wedge designs, prospective studies with non-randomised control groups, and a posteriori matching. Fully randomised designs are not feasible for all research questions [22].

Cross-sectoral monitoring also plays a key role. It refers to the systematic collection, analysis, and monitoring of healthcare processes and outcomes. Its purpose is to create transparency, ensure quality, and identify areas for improvement. Monitoring aims to detect gaps in care, inefficient processes, or unequal access conditions. It provides the basis for evidence-based governance and data-driven decisions regarding the further development of care structures. This requires robust indicators and feedback systems for providers in order to initiate improvements. A cross-sectoral basic indicator set for healthcare provision in rural areas is currently under development [23].

To move consistently towards integrated care, decisive measures are necessary. These include promoting comprehensive and consistent digitisation at all levels, restructuring remuneration models, and strengthening regional networks. At the same time, legal and structural barriers

must be dismantled, and successful models need to be scaled systematically. Health services research is indispensable for all phases of planning, implementing, and optimising cross-sectoral care. Cross-sectoral monitoring supports evidence-based governance and enables data-driven decisions for the further development of care structures.

## Recommendations of the AWMF

The AWMF recommends the consistent further development and establishment of cross-sectoral, evidence-based care to improve the efficiency and quality of the German healthcare system. Close cooperation between health policy, scientific medicine, and health services research is essential. The reform approaches initiated between 2021 and 2025 should be further advanced with the active involvement of the scientific medical societies. Specific proposals resulting from the current article are summarized in Table 4. The lack of harmonisation in remuneration systems between inpatient and outpatient services is a major stumbling block for implementation of the multitude of existing integrated care models. Regional, population-based planning of healthcare networks may offer a solution. Digitisation of the healthcare system can support this, provided it leads to smooth information exchange across healthcare sectors. Shared decision-making by patients and physicians regarding the appropriate form of care within an evidence-based set of options should be a guiding principle. The AWMF further emphasizes the need for integrated education and postgraduate training, particularly within structured residency networks.

## Notes

## Acknowledgements

We would like to thank the external speakers and panelists at the Berlin Forum: Andreas Bechdorf, Tom Bschor, Jean-François Chenot, Siiri Doka, Gerald Gaß, Wolfgang

Hoffmann, Peter Hüttli, Anita Jagota, Susanne Johna, Peter Kalbe, Frederik Schlottmann, Ralf Schmitz, Nobert Sutorp, Neeltje van den Berg, Susanne Weinbrenner and all participants of the resulting discussions for their intellectual stimuli.

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## References

1. Statistisches Bundesamt. Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 auf knapp 500 Milliarden Euro gestiegen: Pressemitteilung Nr. 167. 2024 [cited 2025 Jan 16]. Available from: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24\\_167\\_236.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_167_236.html)
2. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems: Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Bundesministerium für Gesundheit; 2024 May 3 [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-ueberwindung-der-sektorengrenzen.pdf>
3. OECD/European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2024.
4. Schreyögg J, Milstein R. Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten: Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK). 2020 Sep [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://www.tk.de/resource/blob/2090886/90a4ec1624cb79d28da08e0edab46328/gutachten-der-krankenhausfinanzierung-2020-data.pdf>
5. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung; Drucksache 17/10323. 2012 [cited 2025 Jan 16]. Available from: <https://dserver.bundestag.de/btd/17/103/1710323.pdf>
6. Aase K, Schibeavaag L, Waring J. Crossing Boundaries: Quality in Care Transitions. In: Aase K, Waring J, Schibeavaag L, editors. Researching Quality in Care Transitions. Cham, Schweiz: Palgrave Macmillan; 2017. p. 3-31.
7. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. Evidenzbasierte Medizin – die Basis einer guten Gesundheitspolitik: Positionen der AWMF zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2025. 2024 Dec 3 [cited 2025 Jan 17]. Available from: [https://www.awmf.org/fileadmin/user\\_upload/dateien/stellungnahmen/2024/202411203\\_Positionspapier\\_AWMF\\_Gesundheitspolitische-Forderungen-2025.pdf](https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/stellungnahmen/2024/202411203_Positionspapier_AWMF_Gesundheitspolitische-Forderungen-2025.pdf)
8. Larrain N, Groene O. Improving the evaluation of an integrated healthcare system using entropy balancing: Population health improvements in Gesundes Kinzigtal. SSM Popul Health. 2023 Feb 24;22:101371. DOI: 10.1016/j.ssmph.2023.101371
9. Bundesministerium für Gesundheit. Bundestag beschließt Krankenhausreform: Der Bundestag hat heute das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) beschlossen. 2024 [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-krankenhausreform-pm-17-10-2024.html>
10. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, editor. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren Psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. 2nd ed. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019.
11. Bechdorf A, Nikolaidis K, von Peter S, Längle G, Brieger P, Timm J, Killian R, Fischer L, Raschmann S, Schwarz J, Holzke M, Rout S, Hirschmeier C, Hamann J, Herwig U, Richter J, Baumgardt J, Weinmann S. Utilization of Psychiatric Hospital Services Following Intensive Home Treatment: A Nonrandomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2024 Nov 4;7(11):e2445042. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.45042
12. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Ergänzende Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum „Gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß § 115d Absatz 4 SGB V“. 2022 Mar 29 [cited 2025 Jan 17]. Available from: [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2022-03-29\\_DKG\\_Stellungnahme\\_Staeb-Bericht.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2022-03-29_DKG_Stellungnahme_Staeb-Bericht.pdf)
13. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Hybrid-DRG-Katalog 2025: KBV, DKG und Kassen einigen sich auf weitere Eingriffe. 2024 [cited 2025 Jan 17]. Available from: [https://www.kbv.de/html/1150\\_68599.php](https://www.kbv.de/html/1150_68599.php).
14. Kisch T, Müller-Rath R, Gregor S, Lorenz R, Neumann A, Dittrich S, Müller M, Lippert R, Henniger J, Lembeck B, Baur EM, Karst J, Vescia F, Schmitz R. Hybrid-DRGs – Die Herausforderung [Hybrid diagnosis-related groups-The challenge]. Chirurgie (Heidelb). 2024 Dec;95(12):1007-11. DOI: 10.1007/s00104-024-02196-6
15. Deister A. Zukunft. Psychiatrie: Herausforderungen, Konzepte, Perspektiven. 1st ed. Cologne: Psychiatrie Verlag; 2022.
16. Deister A, Michels R. Vom Modell zur Regionalen Regelversorgung – Langfristige Effekte eines Regionalen Budgets [From Model to Regional Regular Care – Long-Term Effects of a Regional Budget]. Psychiatr Prax. 2022 Jul;49(5):237-47. DOI: 10.1055/a-1492-1564
17. Deister A, Wilms B. Regionale Verantwortung übernehmen: Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach 64b SGB V. 1st ed. Cologne: Psychiatrie Verlag; 2014.
18. Neumann A, Schmitt J, Seifert M, Kliemt R, March S, Häckl D, Swart E, Pfennig A, Baum F. Changes in patient care through flexible and integrated treatment programs in German psychiatric hospitals: meta-analyses based on a series of controlled claims-based cohort studies. BMC Psychiatry. 2024 Jan 26;24(1):74. DOI: 10.1186/s12888-024-05500-0
19. Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss. RTP-NET – Regionales Telepädiatrisches Netzwerk Mecklenburg-Vorpommern Brandenburg: Projektbeschreibung [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/rtp-net.344>
20. Bundesamt für Gesundheit BAG. KVG-Änderung: Einheitliche Finanzierung der Leistungen. Available from: <https://www.bag.admin.ch/de/kvg-anderung-einheitliche-finanzierung-der-leistungen>
21. Pfaff H, Hoffmann F, Ernstmann N, Härter M, Neugebauer EA. Was ist Versorgungsforschung? In: Pfaff H, Neugebauer EA, Ernstmann N, Härter M, Hoffmann F, editors. Versorgungsforschung. Wiesbaden: Springer; 2024.
22. van den Berg N, Hoffmann W, Hildebrandt H. Versorgungsforschung zu sektorenübergreifenden und populationsbezogenen Versorgungsmodellen. In: Pfaff H, Neugebauer EA, Ernstmann N, Härter M, Hoffmann F, editors. Versorgungsforschung. Wiesbaden: Springer; 2024.

23. Haserück A. Gesundheitsversorgung: Ärztlich erarbeitetes Monitoring soll Versorgungslage erfassen. Dtsch Arztebl. 2022;119(5):A-170/B-146.
24. Bschor T. Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems: Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. 2024 [cited 2025 Jul 10]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-ueberwindung-der-sektorengrenzen.pdf>
25. Schlegel T. Untersuchung der Regelungssystematik des SGB V zur Identifikation der Sektorentrennungsregelungen und Ausblick auf sektorenüberwindende Regelungsmechanik. 2024 [cited 2025 Jul 10]. Available from: <https://dgiv.org/wp-content/uploads/2024/11/GutachtenSchlegelSGBV25112024.pdf>
26. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. Berliner Forum. Available from: <https://www.awmf.org/die-awmf/veranstaltungen/berliner-forum>

**Corresponding author:**

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH  
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig, Germany, Phone: +49 (0)341 9715408, Fax: +49 (0)341 9715409  
Steffi.Riedel-Heller@medizin.uni-leipzig.de

**Please cite as**

Riedel-Heller SG, Gogol M, Schmitz-Rixen T, von Dossow V, Treede RD. Auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden Versorgung. Ein Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). *GMS Ger Med Sci.* 2026;24:Doc09. DOI: 10.3205/000362, URN: urn:nbn:de:0183-0003625

**This article is freely available from**  
<https://doi.org/10.3205/000362>

**Received:** 2026-04-29  
**Published:** 2026-06-18

**Copyright**

©2026 Riedel-Heller et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.