

# Sektorenübergreifende Versorgung

Tagung der Forschungsstelle für Sozialrecht und Sozialpolitik der  
Universität Hamburg am 22. Juni 2023

Prof. Dr. Thorsten Kingreen  
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und  
Gesundheitsrecht

Fakultät Rechtswissenschaft



Universität Regensburg

## I. Einführung

### 1. Sektoren oder Krankheiten?

- Behandlerbezogene Erbringungspfade
- Patientenbezogene Behandlungspfade

### 2. Welche Sektoren?

- Trennung zwischen bevölkerungsbezogenem Gesundheitsschutz durch den ÖGD und dem Krankenversorgungssystem
- Trennung zwischen Krankenversorgung (SGB V) und Pflege (SGB XI)
- Trennung zwischen ärztlicher und nichtärztlicher Krankenversorgung
- Trennung zwischen ärztlicher Versorgung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser:
  - ✓ Getrennte Zulassungs- und Planungsverantwortlichkeiten
  - ✓ Unterschiedliche Vergütungs- und Finanzierungsmodi

## **II. Prototyp einer sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung**

- Einheitliches Leistungsrecht: Einbeziehung ärztlicher und nichtärztlicher (insbes. pflegerischer) Leistungen ohne Unterscheidung nach dem Leistungsort
- Einheitliches Planungsrecht (insbes. Sicherstellungsauftrag)
- Einheitliches Vergütungsrecht
- Sektorübergreifende Institution für Planung, Vergütung, Konfliktschlichtung

### III. Sektorenannäherung

#### 1. „Park and Ride“

Koordinierung der Sektoren (vgl. § 115 Abs. 1 SGB V: „durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten“)

*Beispiele:* § 115a SGB V (vor- und nachstationäre Versorgung); § 115c SGB V (Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach stationärer Behandlung)

#### 2. Erbringung ambulanter Leistungen in Krankenhäusern

*Beispiele:* § 116 SGB V (Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte); § 116a SGB V (Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung )

Vergütung „nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung“ (§ 120 Abs. 1 S.1 SGB V)

### 3. Landesrecht

- Primärversorgungszentren (Baden-Württemberg): Patientenorientierte ambulante Primärversorgung mit Case Management und Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe
- Regionale Gesundheitszentren (Niedersachsen): Entwicklung aus Krankenhäusern, ambulante fachärztliche Versorgung 24/7 mit bettenführender Pflegeeinheit nach SGB XI; Regelung im NKHG als eigenständiger Leistungserbringer neben Krankenhäusern

#### **4. Transsektorale Modelle, die dem Prototyp nahe kommen**

- § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus)
- § 116b SGB V (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung): „Benchmark für alternative Lösungsansätze“ (Sachverständigenrat, Jahresgutachten 2018, Ziff. 590)

##### *Probleme:*

- Keine Regelversorgung; Leistungen können nach wie vor getrennt nach Sektoren erbracht werden; daher auch keine einheitliche Bedarfsplanung
- Keine Einbeziehung nichtärztlicher Leistungen



## **Regierungskommission**

für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

### **IV. Dritte Stellungnahme v. 06.12.2022: Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung**

#### **1. Kernbestandteile des Reformvorschlags**

- ✚ Einteilung der Krankenhäuser in Versorgungsstufen (= Level)
  - Level I (= lokal): Grundversorgung
  - Level II (= regional): Regel- und Schwerpunktversorgung
  - Level III (= überregional): Maximalversorgung
- ✚ Bildung von definierten Leistungsgruppen mit Mindeststrukturvoraussetzungen:
  - Festlegung, welche Leistungsgruppe auf welchem Level erbracht werden darf
  - Konsequenz: Ablösung der unspezifischen Fachabteilungen
- ✚ Ablösung der allein leistungsbezogenen DRG durch ein Zwei-Säulenmodell:
  - Fallmengenabhängige Vergütung: abgesenkte DRG-Fallpauschalen
  - Fallmengenunabhängige Vorhaltevergütung pro Leistungsgruppe (beinhaltet auch das Pflegebudget)

## 2. Besonderheiten der Level II-Krankenhäuser

- ✚ Keine Leistungsgruppen
  - Konzentration auf wohnortnahe Primärversorgung
  - Erbringung nur derjenigen Leistungen, die nicht anderen Leveln zugewiesen sind:
    - ✓ Stationäre Leistungen (insbes. Innere Medizin, Chirurgie, Allgemeinmedizin)
    - ✓ Ambulante Leistungen; insbes. aufgrund vertragsärztlicher Ermächtigung und AOP
    - ✓ Belegärztliche Leistungen
    - ✓ Pflegeleistungen, insbes. Übergangspflege (§ 39e SGB V)
- ✚ Vergütung für stationäre Leistungen
  - degressive Tagespauschalen
  - keine Vorhaltevergütung und kein Pflegebudget
  - Investitionskostenfinanzierung



## V. Potenziale für sektorübergreifende Versorgung

### 1. Anknüpfungspunkt: Level-I-Krankenhäuser

„Eine engere Verzahnung der Sektoren in der Planung und Finanzierung ist einer der Schlüssel, um stationäre Überversorgung zu reduzieren, regionaler Unterversorgung entgegenzuwirken, die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu steigern und Fachkräfte ihrer Qualifikation entsprechend einzusetzen. Das hier vorgelegte Vergütungskonzept enthält daher auch Empfehlungen für Anreize zur Ambulantisierung von bislang stationär erbrachten Leistungen, insbesondere im Bereich der Grundversorger (Level I). Darin kann ein erster Schritt für eine sektorenunabhängige und ggf. auch sektorenübergreifende Regelversorgung gesehen werden; dieses Thema soll in einer der nächsten Stellungnahmen der Regierungskommission behandelt werden.“

(Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission v. 6.12.2022, S. 5)

## 2. Sektorübergreifende Grundversorgung in Level-I-Krankenhäusern

„Mit der Schaffung von Kliniken des Levels I wachsen der stationäre und ambulante Sektor zunehmend zusammen. Daher ist insbesondere für die Angebote dieser Kliniken eine Harmonisierung der stationären und ambulanten Planungsinstrumente, insbesondere der Planungsebenen, anzustreben. Die sektorenübergreifende Planung des Levels I kann – und sollte zukünftig – in regionalen, paritätisch besetzten Gremien unter Beteiligung der Länder erfolgen, welche die regionalen Besonderheiten und lokalen Bedarfe berücksichtigen und in ihre Planung einbeziehen. Dies gilt ebenfalls für die Einbindung von Vertragsärztinnen und -ärzten in die Level-I-Kliniken.“

(Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission v. 6.12.2022, S. 14)

### **3. Ambulante sektorübergreifende Versorgung durch Vertragsärzte und in Level II-Krankenhäusern**

Regelversorgung: Obligatorische Ausgliederung bestimmter Leistungen aus den Säulen (= Unterschied zu allen bisherigen, lediglich freiwilligen sektorübergreifenden Versorgungsformen)

Sektorübergreifendes Planungsgremium

→ Vorbild: § 90a SGB V

→ Zusammensetzung:

- Land (Vorsitz und evtl. Vetorecht)
- Krankenkassen/evtl. PKV-Verband
- Kassenärztliche Vereinigung
- Landeskrankenhausgesellschaft



## Vergütung

- Vergütung der ärztlichen Leistungen nach EBM/GOÄ
- Ambulantes Operieren (§ 115b SGB V): Finanzierung durch EBM unabhängig von Kontextfaktoren wohl unzureichend, um Anreize zur Ambulantisierung zu setzen

Vereinbarung einer sektorengleichen Vergütung für AOP-Leistungen („Hybrid-DRG“), § 115f SGB V:

„Grundidee ist eine Vergütung, deren Höhe zwischen dem ambulanten (EBM) und stationären Niveau (DRG) liegt, wodurch einerseits Anreize zur ambulanten Leistungserbringung gesetzt und andererseits höherer stationärer Behandlungsaufwand vermieden werden.“

(BT-Drucks. 20/4708, 100)

#### 4. Gesetzgebungskompetenz für die ambulante sektorenübergreifende Bedarfsplanung

- ✚ Art. 70 Abs. 1 GG: Zuständigkeit der Länder, soweit nicht der Bund zuständig ist.
- ✚ Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG: „Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“
  - Erlaubt Regelungen zur Krankenhausplanung, „sofern deren Bezug zur wirtschaftlichen Sicherung naheliegend und offensichtlich ist und den Ländern dennoch eigenständige und umfangmäßig erhebliche Ausgestaltungsspielräume bleiben“ (BayVerfGH, 16.7.2019, Vf. 41-IX-19, Rn. 76)
  - Begriff des Krankenhauses setzt einfachrechtlich voraus, dass „Patienten untergebracht und gepflegt werden“ (§ 107 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)
  - Verfassungsrechtlicher Begriff des Krankenhauses: materiell-rechtlich, nicht institutionell
  - Ausschluss der Bundeszuständigkeit daher nur für die Planung stationärer, nicht aber ambulanter Leistungen, die von den Ländern auch gar nicht beansprucht wird



Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG: „Sozialversicherung“

- Kompetenztitel für das Sozialgesetzbuch V, insbesondere auch das ambulante vertragsärztliche Bedarfsplanungsrecht (§§ 99ff. SGB V)
- M. E. Kompetenztitel auch für die Planung ambulanter Leistungen in Krankenhäusern; diese ist schon jetzt in den §§ 116ff. SGB V unmittelbar mit der vertragsärztlichen Bedarfsplanung verzahnt, soweit die Leistungen nur bei Unterversorgung erbracht werden dürfen (s. etwa § 116a S. 1 SGB V).