



Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser?

**Konfliktfelder und Lösungsansätze unter besonderer Berücksichtigung der
sozial- und verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung**

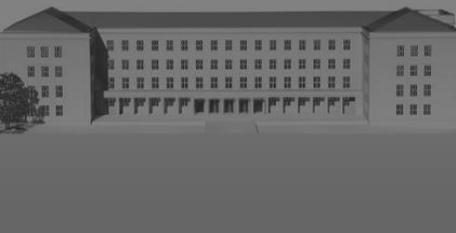
Universität Hamburg – Forschungsstelle für Sozialrecht und
Sozialpolitik

6. Juni 2024





1. Status quo – Leistungserbringung an den Sektorengrenzen
2. Konfliktfelder in der Rechtsprechung des BSG und des BVerfG
 - a) Vergütung
 - b) Qualität / NUB
 - c) Bedarfsprüfung / Ermächtigung
3. Prozessuales: Konkurrentenschutz
4. Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung von Sektorengrenzen
 - a) Vorschläge der Regierungskommission moderne Krankenhausversorgung
 - b) Regierungsentwurf eines KHVVG





Versuche zur Einbeziehung von Krankenhäusern in die ambulante Versorgung gab es schon unter Geltung der RVO:

Ermächtigung von Krankenhausärzten zur ambulanten Behandlung, wenn deren besonderen Kenntnisse bzw Untersuchungsmethoden benötigt werden, um eine ausreichende Versorgung der Versicherten sicherzustellen, § 368a Abs. 8 RVO in der Fassung des Gesetzes über Kassenarztrecht vom 17.8.1955 (BGBl I S. 513), heute: § 116 SGB V

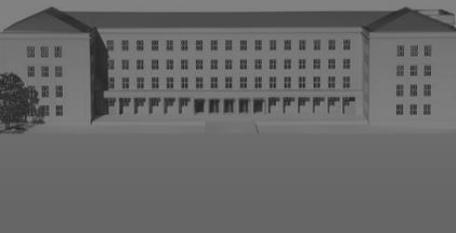




Andererseits:

Einbeziehung von Vertragsärzten als Belegärzte in die teil- oder vollstationäre Versorgung, § 368g Abs. 6 RVO, heute § 121 SGB V
Behandlung im Krankenhaus, Vergütung der belegärztlichen Leistungen aus der Gesamtvergütung nach dem EBM

Teilweise „Freistellung“ der Belegärzte von den Beschränkungen durch die Bedarfsplanung gem. § 103 Abs. 7 SGB V





Seit der Ablösung der RVO durch das SGB V sind u.a. folgende Regelungen zur Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser eingeführt worden:

§ 115a SGB V (vor- und nachstationäre Behandlung)

§ 115b SGB V (ambulantes Operieren im Krankenhaus), aktuell: Erweiterung des AOP-Katalogs, teilweise mit sektorengleicher Vergütung nach § 115f SGB V

§ 116b SGB V (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

§ 140a SGB V (besondere Versorgung)

§§ 117 ff SGB V (Hochschulambulanzen, PIAs, GIAs, u.a. - nur teilweise neu)





Konfliktfeld Vergütung

Konfliktfelder an den Sektorengrenzen, Vergütung:

Kein gesetzlicher Anspruch von Vertragsärzten auf unbudgetierte / nicht abgestaffelte Vergütung ambulanter Operationen nach § 115b SGB V, kein Verstoß gegen Artikel 3 Abs. 1 GG, wenn für Krankenhäuser innerhalb ihres Vergütungssystems keine Budgetierung erfolgt

BSG vom 29.11.2017 – B 6 KA 41/16 R, Rn. 28





Konfliktfeld Vergütung

Wenn Krankenhäuser innerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung Leistungen im Notdienst erbringen, dürfen sie gegenüber Vertragsärzten bei der Höhe der Vergütung nicht diskriminiert werden, vgl. z.B.:

BSG Urteil vom 20.12.1995 – 6 R Ka 25/95, Rn. 21

BSG Urteil vom 12.12.2012 – B 6 KA 3/12 R, Rn. 26 ff

BSG Urteil vom 2.7.2014 – B 6 KA 30/13 R





Konfliktfeld Vergütung

Ausnahme:

Reduzierung der Vergütung der Krankenhausambulanzen um einen Investitionskostenabschlag nach § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V in der bis zum 31.12.2015 war auf den Notdienst übertragbar; jedoch abgeschafft durch Krankenhausstrukturgesetz zum 1.1.2016

Problem: strukturelle Benachteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer?

vgl. BSG Urteil vom 25.1.2017 - B 6 KA 2/16 R Rn. 38 f.

BSG Urteil vom 28.6.2017 B 6 KA 12/16 R Rn. 26 mwN





Konfliktfeld Vergütung

Die Zurechnung der vom Krankenhaus veranlassten Leistungen eines Dritten zu den allgemeinen Krankenhausleistungen erlaubt es nicht, dass das Krankenhaus wesentliche der vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen (hier: Strahlentherapie) regelmäßig und planvoll auf Dritte (hier: vertragsärztlicher Leistungserbringer) auslagert, die nicht in seine Organisation eingegliedert sind.

BSG Urteil vom 26.4.2022 – B 1 KR 15/21 R





Konfliktfeld Vergütung

Alle für die Versorgung der Patienten erforderlichen voll- und teilstationären Leistungen von DRG-Krankenhäusern werden nach dem KHEntG (insb. nach Fallpauschalen) vergütet (§ 7 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG).

Voraussetzung für den Vergütungsanspruch: Versorgungsauftrag (hier für strahlentherapeutische Leistungen)

Keine Vergütung für die während einer Krankenhausbehandlung durchgeführte erforderliche ambulante Behandlung (Grundsätze zur sog. interkurrenten Behandlung; Ausnahme: Dialyse, § 2 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 KHEntgG)

BSG Urteil vom 29.8.2023 – B 1 KR 18/22 R





Vertragsärztliche Versorgung:

Verbot mit Erlaubnisvorbehalt, § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V

st Rspr: BSG vom 21.3.2012 - B 6 KA 16/11 R - Rn. 41; BSG vom 26.5.2020 - B 1 KR 21/19 R - Rn. 13, 17, jeweils m.w.N.

stationäre Versorgung, im Grundsatz:

Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt, § 137c Abs. 1 SGB V,

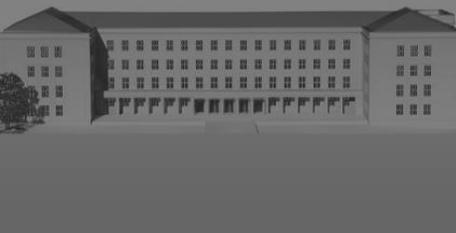
vgl. zB BSG vom 6.5.2009 - B 6 A 1/08 R, BSGE 103, 106, Rn. 57; zur Einschränkung dieses Grundsatzes unter Hinweis auf das Qualitätsgebot vgl. z.B. BSG vom 16.8.2021 - B 1 KR 18/20 R zur Aortenklappenimplantation - TAVI; Deister/Felix, MedR 2022, 1





Eher unsystematische Differenzierung an den
Sektorengrenzen; Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt:

- ambulante spezialfachärztliche Versorgung, §116b Abs. 1 Satz 3 SGB V
- Hochschulambulanzen, § 117 Abs. 4 SGB V
- besondere Versorgung (sektorenübergreifend): § 140a Abs. 2 Satz 1 bis 3 SGB V, vgl. BSG Urteil vom 27.1.2021 – B 6 A 1/20 R, Rn. 52





Konfliktfeld NUB

Dagegen Verbot mit Erlaubnisvorbehalt z.B. für die belegärztliche Tätigkeit im Krankenhaus (Vergütung nach EBM)

BSG Urteil vom 17.3.2010 – B 6 KA 3/09 R, Rn. 19





Konfliktfeld Ermächtigung

§ 117 ff. SGB V: Ermächtigung von Hochschulambulanzen, PIAs, GIAs, u.a.:
Beschränkung auf verhältnismäßig wenige Krankenhäuser mit einem besonderen Versorgungsauftrag.

- überwiegend keine Bedarfsprüfung
 - bei Hochschulambulanzen auch im Interesse von Forschung und Lehre, Betrieb ggfs. auch durch private Träger von Plankrankenhäusern über Kooperationsverträge:
BSG Urteil vom 17.11.2022 – B 6 KA 9/21 R
 - bei PIAs mit dem Ziel der „Ambulantisierung“ speziell im Bereich psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung; bedarfsunabhängig jedoch nur in Ambulanzen am Krankenhausstandort; Tagesklinik genügt, maßgeblich ist die Aufnahme in den Krankenhausplan (also die landesrechtliche KH-Planung):
BSG Urteil vom 23.3.2023 – B 6 KA 6/22 R und B 6 KA 7/22 R





Konfliktfeld Ermächtigung

- Vergütung nach eigenen Regeln nicht aus der Gesamtvergütung, keine „Verteilung“ durch die KÄVen, sondern unmittelbar durch die Krankenkassen (§ 120 Abs. 2, Abs. 3 SGB V)
- aber: weiterhin Zuordnung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, vgl. z.B. BSG Urteil vom 6.5.2009 – B 6 A 1/08 R Rn. 25





Konfliktfeld Ermächtigung

Dagegen ist die Ermächtigung zur ambulanten Behandlung durch Krankenhausärzte (§ 116 SGB V) oder Krankenhäuser (§ 116a SGB V) bedarfsabhängig; Erteilung nur

soweit und solange die Versorgung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des KH nicht sichergestellt wird (§ 116 Satz 2 SGB V) bzw.

soweit und solange dies zur Beseitigung von Unterversorgung erforderlich ist (§ 116a SGB V).

Vergütung aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung (§ 120 Abs. 1 SGB V).

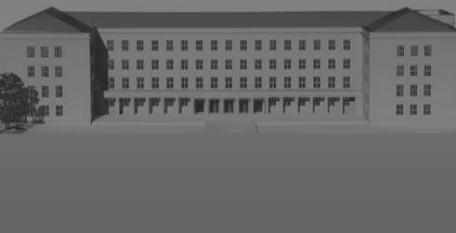




Konfliktfeld Ermächtigung

Nach stRspr ist die ambulante Behandlung der Versicherten in erster Linie den Vertragsärzten (und seit 2004 auch den MVZ) vorbehalten. Sicherung des **Nachrangs der Ermächtigung** durch Bestimmung des zeitlichen, räumlichen Umfangs und ggfs. durch Überweisungsvorbehalt („Facharztfilter“).

z.B. BSG Urteil vom 27.2.1992 – 6 RKa 15/91, juris Rn. 32 mwN





Konfliktfeld Ermächtigung Konkurrentenschutz

aber (alte Rspr.):

Niedergelassene Vertragsärzte waren grundsätzlich nicht zur Anfechtung von Bescheiden befugt, mit denen Krankenhausärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden. Eine Ausnahme galt nur für Fälle willkürlicher Erteilung von Ermächtigungen

BSG Urteil vom 29.9.1999 – B 6 KA 30/98 R



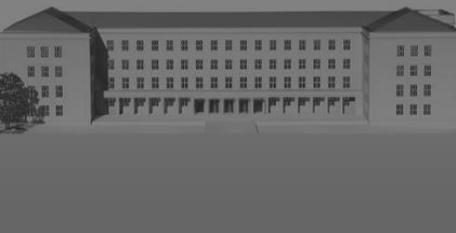


Konfliktfeld Ermächtigung - Konkurrentenschutz

Rechtsschutz, zur Klagebefugnis eines Vertragsarztes gegen die Ermächtigung eines Krankenhausarztes nach § 116 SGB V: vgl. BVerfG Beschluss vom 17.8.2004 - 1 BvR 378/00:

„...Zwar gewährt Art. 12 Abs. 1 GG keinen Schutz vor Konkurrenz. Die Vertragsärzte haben aufgrund ihres Zulassungstatus auch keinen Rechtsanspruch auf die Sicherung einer wirtschaftlich ungefährdeten Tätigkeit. [...]

Die Wettbewerbsposition und die Erträge unterliegen grundsätzlich dem Risiko laufender Veränderung je nach den Marktverhältnissen...





Konfliktfeld Ermächtigung - Konkurrentenschutz

... Eine Wettbewerbsveränderung durch Einzelakt, die erhebliche Konkurrenz Nachteile zur Folge hat, kann aber das Grundrecht der Berufsfreiheit beeinträchtigen, wenn sie im Zusammenhang mit staatlicher Planung und der Verteilung staatlicher Mittel steht.“

Eine solche Situation sei im System des Vertragsarztrechts, insbesondere wegen der Zulassungsbeschränkungen und Deckelungen der Gesamtvergütung, gegeben (aaO juris Rn. 21 ff).

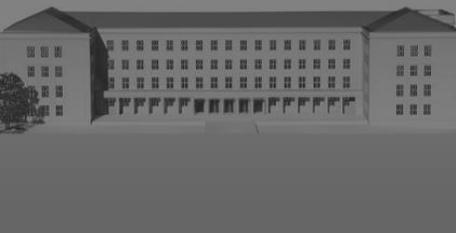




Konfliktfeld Ermächtigung - Konkurrentenschutz

Vertragsärzte sind zur Anfechtung der einem Krankenhausarzt erteilten Ermächtigung befugt, wenn sie darlegen, dass sie in demselben räumlichen Bereich die von der Ermächtigung umfassten Leistungen erbringen, sofern zwischen ihm und dem Ermächtigten eine reale Konkurrenzsituation wesentlichen Umfangs besteht

BSG Urteil vom 17.10.2007 – B 6 KA 42/06 R





Konfliktfeld Ermächtigung - Konkurrentenschutz

Vertragsärzten stehen Unterlassungs- und ggfs. Schadensersatzansprüche gegen rechtswidrige, sie gegebenenfalls schädigende Betätigungen anderer Leistungserbringer im ambulanten Bereich zu (hier: nach damaligem Recht rechtswidrige Erbringung ambulanter Operationen durch ein Krankenhaus, das dafür – als Vertragsarzt zugelassene „freie Mitarbeiter“ einsetzt)

BSG Urteil vom 23.3.2011 - B 6 KA 11/10 R





Konfliktfeld Ermächtigung - Konkurrentenschutz

Eine entsprechende Anwendung der Vorschriften des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) zu **Schadensersatz- und Unterlassungsansprüchen** auf die Rechtsbeziehungen von Leistungserbringern nach dem SGB V untereinander kommt (nur) in Betracht, soweit dies zur Vermeidung verfassungsrechtlich nicht hinnehmbarer Rechtsschutzdefizite (Gebot des effektiven Rechtsschutzes, Art. 19 Abs. 4 GG) erforderlich ist.

BSG Urteil vom 15.3.2017 – B 6 KA 35/16 R Rn. 27 ff.;

BSG Urteil vom 23.3.2011 - B 6 KA 11/10 R





Konfliktfeld Ermächtigung - Konkurrentenschutz

Zur Anfechtung der Bestimmung eines zugelassenen Krankenhauses zur Teilnahme an der ASV durch die zuständige Krankenhausplanungsbehörde:

„Der Vertragsarzt ist klagebefugt,“

aber:

„§ 116b Abs. 2 SGB V idF des GKV-WSG über die Bestimmung eines Krankenhauses zur ambulanten spezialärztlichen Behandlung entfaltet gegenüber den konkurrierenden Vertragsärzten keine drittschützende Wirkung....“

Hintergrund: keine Bedarfsprüfung / offener Zugang zur ASV („wer kann der darf“)

BSG Urteil vom 15.3.2012 – B 3 KR 13/11 R, zu § 116b SGB V Fassung 2011,

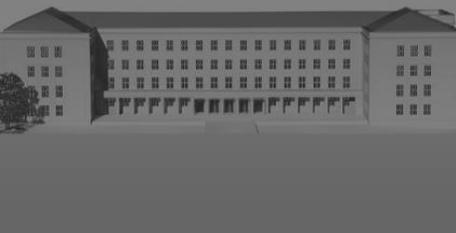




Konfliktfeld Ermächtigung - Konkurrentenschutz

„..... Gleichwohl können die Auswirkungen einer solchen grundsätzlich zulässigen Neuordnung der Versorgungsstrukturen davon betroffene Systembeteiligte im Einzelfall in ihren Rechten verletzen (BVerfGE 103, 172, 184 = SozR 3-5520 § 25 Nr 4; BVerfGE 82, 209, 223 f). In Bezug auf die Bestimmung eines Krankenhauses nach § 116b Abs. 2 SGB V aF ist das der Fall, wenn sich die Bestimmung im Einzelfall als willkürlich erweist (Art. 3 Abs. 1 iVm Art. 20 Abs. 3 GG) oder eine asymmetrische Wettbewerbssituation schafft, welche die berufliche und wirtschaftliche Existenz eines Vertragsarztes gefährdet (Art. 12 Abs. 1 iVm Art. 3 Abs. 1 GG).“

BSG Urteil vom 15.3.2012 – B 3 KR 13/11 R





Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung oder Überwindung von Sektorengrenzen

Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
vom 6.12.2022

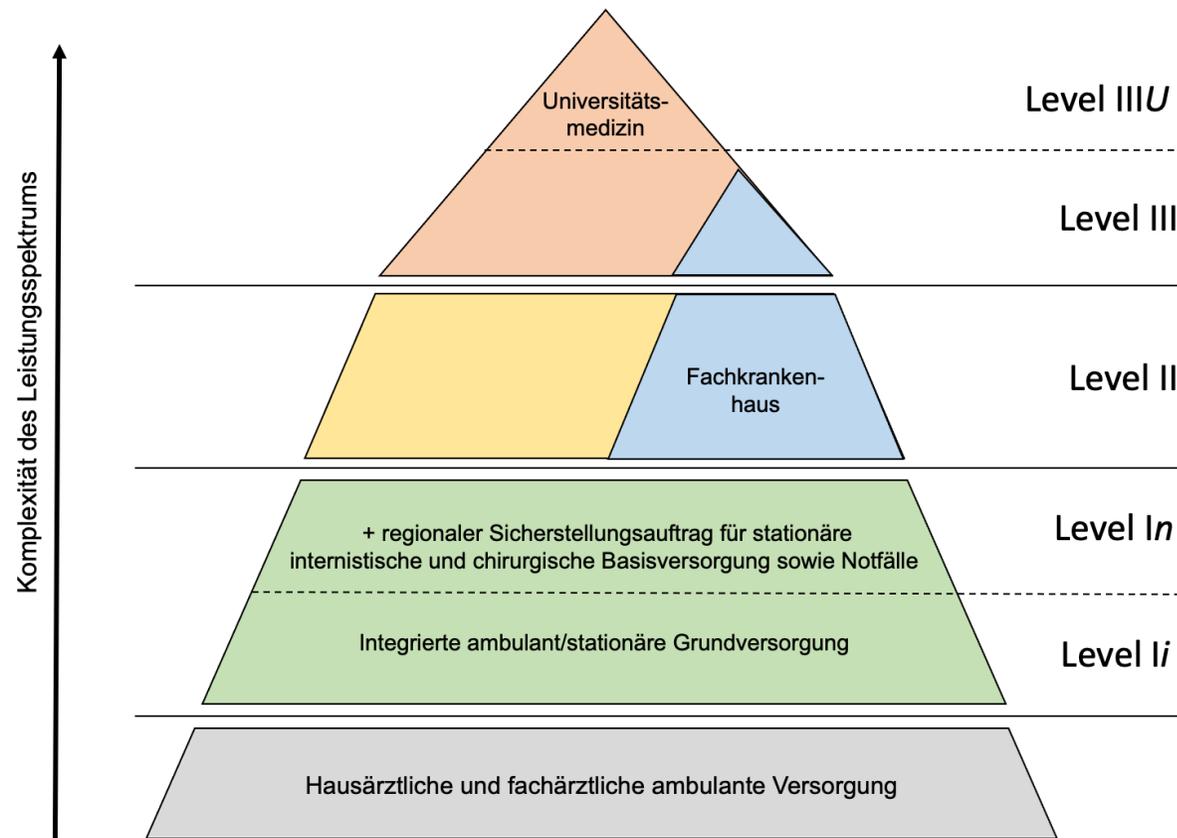
Zehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
vom 3.5.2024

Regierungsentwurf (RegE) eines Krankenhausversorgungs-
verbesserungsgesetzes – KHVVG (Beschluss des Bundeskabinetts
vom 15.5.2024)





Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung oder Überwindung von Sektorengrenzen



217.399 Ärzte (BÄK-Zahlen 2022)
32% der GKV-Ausgaben (GKV-Spib u)
16,8 Mio Patienten (Statistisches Bundesamt)

165.686 Ärzte - 17% der GKV-Ausgaben
Über 500 Mio Behandlungsfälle p.a. (KBV)

Quelle: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (ohne die Ärztezahlen)





Aktuelle Vorschläge der Regierungskommission

Aus der Dritten Stellungnahme der Regierungskommission:

„Mit der Schaffung von Kliniken des Levels II 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 II 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. ...“





Aktuelle Vorschläge der Regierungskommission

„Die rechtliche Implementierung des Reformvorschlags birgt juristische Herausforderungen. Das gilt insbesondere in kompetenzrechtlicher Hinsicht mit Blick auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 und 19a GG. Die Kommission ist sich dieser, das Verhältnis von Bundes- und Landesgesetzgebung betreffenden Herausforderungen sehr bewusst. Soll eine von übermäßigem ökonomischem Kostendruck entlastete, planungstechnisch harmonisierte und sektorenunabhängige Versorgung erreicht werden, bedarf es nach Auffassung der Kommission daher zwingend einer engen Kooperation zwischen Bund und Ländern im Sinne des bereits im Koalitionsvertrag anvisierten „Bund-Länder-Pakts“.

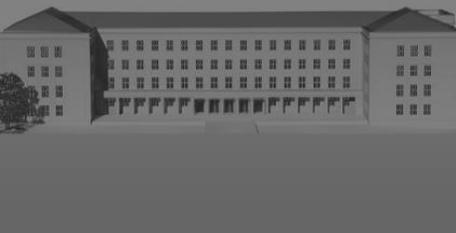




Aktuelle Vorschläge der Regierungskommission

10. Bericht der Regierungskommission:

„Über die Festlegung des ambulanten Leistungsangebots eines Level II-Krankenhauses soll ein regionales Planungsgremium in Anlehnung an den erweiterten Landesausschuss nach § 90a SGB V unter Vorsitz des Bundeslandes (2 Stimmen) und unter Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen (2 Stimmen), der Landeskrankenhausesgesellschaft (1 Stimme) und der KV (1 Stimme) entscheiden.“

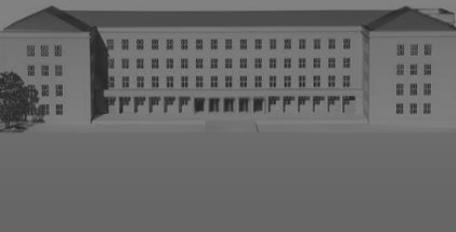




Aktuelle Vorschläge der Regierungskommission

10. Bericht der Regierungskommission:

Soweit die gemeinsame Planung durch das genannte Planungsgremium nur ambulante Behandlungen betrifft (unabhängig davon, ob sie vom vertragsärztlichen oder vom Krankenhaussektor erbracht werden), hat der Bund die Regelungskompetenz und damit die Möglichkeit, ein derartiges Planungsgremium einzusetzen, da die Planungshoheit der Länder nur den stationären Bereich umfasst. Noch zielführender ist es, wenn das Planungsgremium gemeinsam die ambulanten und stationären Behandlungen plant. Hierfür wäre es allerdings erforderlich, dass die im Grundgesetz geregelte Kompetenzverteilung angepasst wird.

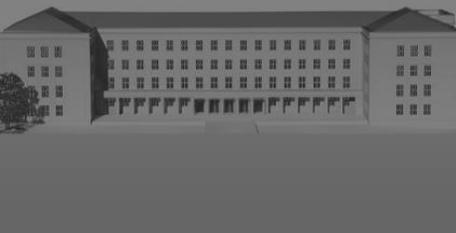




Aktuelle Vorschläge der Regierungskommission

Offene Fragen:

Trifft es wirklich zu, dass die Planungshoheit der Länder nur den stationären Bereich umfasst? M.E. spricht mehr dafür, dass der Bund nur über das ambulante Leistungsangebot der Level II Krankenhäuser entscheiden kann, aber nicht über deren Standorte. Warum soll über das Leistungsangebot der Krankenhäuser im ambulanten Bereich ein „§ 90a-Gremium“ entscheiden anstelle der (oder neben den) bisher dafür zuständigen Zulassungsgremien?



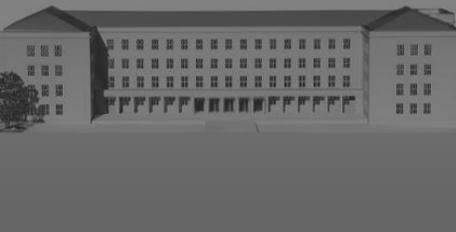


Aktuelle Vorschläge der Regierungskommission

Bisher entscheiden jedenfalls allein die Länder über die KH-Standorte und die vertragsärztlichen Zulassungsgremien allein über deren Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Soweit Krankenhäuser ambulante Leistungen ohne Bedarfsprüfung erbringen (Hochschulambulanzen, PIAs, u.a.) entscheidet der Krankenhausplan auch über den Ort, an dem die ambulanten Leistungen erbracht werden dürfen.

vgl. BSG Urteil vom 23.3.2023 – B 6 KA 6/22 R und B 6 KA 7/22 R





Aktuelle Vorschläge der Regierungskommission

Offene Fragen:

Wie können die Planungsentscheidungen der mit Vertretern von KÄV und Krankenkassen besetzten Gremien für die ärztliche Bedarfsplanung mit den Planungsentscheidungen des regionalen Planungsgremiums für die Level II-Krankenhäuser koordiniert werden?

Werden Sektorengrenzen überwunden oder wird ein neuer Zwischensektor mit weiteren Abgrenzungsfragen geschaffen?





Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung oder Überwindung von Sektorengrenzen

Grundsatz vertragsärztliche Versorgung

Umsetzung der bundesgesetzlichen Vorgaben (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9, § 99 SGB V) durch Richtlinien des GBA

Grundsatz Krankenhausversorgung

Krankenhausplanung der Länder im Wesentlichen auf landesrechtlicher Grundlage (vgl. § 6 KHG)





Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung oder Überwindung von Sektorengrenzen

Hintergrund:

Art 74 [Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung]

(I) Die konkurrierende Gesetzgebung erstreckt sich auf folgende Gebiete:

...

12. das Arbeitsrecht einschließlich der Betriebsverfassung, des Arbeitsschutzes und der Arbeitsvermittlung sowie die Sozialversicherung einschließlich der Arbeitslosenversicherung;

...

19a. die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze;





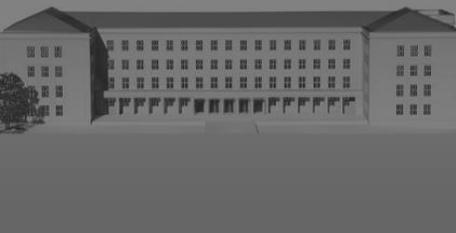
Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung oder Überwindung von Sektorengrenzen

Folge:

Keine Bundeskompetenz für die Krankenhausplanung

vgl. z.B. BVerfG Beschl. v. 7.2.1991 – 2 BvL 24/84, BVerfGE 83, 363, 379 f;
Wollenschläger, NZS 2023, 8, 15; Axer, BK-GG, Art 74 Abs. 1 Nr. 19 Rn. 5, 19, jeweils
mwN

Eine (verbindliche, nicht nur mittelbar über Qualitätsvorgaben und
Vergütungsanreize wirkende) einheitliche Bedarfsplanung für
Vertragsärzte+Krankenhäuser ist nach geltendem Verfassungsrecht
ausgeschlossen.





Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung oder Überwindung von Sektorengrenzen

Lösungsmöglichkeiten

Modell a): Umfassendere Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Leistungserbringung mit einer einheitlichen Bedarfsplanung

Vorteil: die im Kommissionsbericht beschriebenen Ziele werden weitgehend erreicht.

Nachteil: Ungelöste und ohne Verfassungsänderung nur schwer lösbare verfassungsrechtlich-kompetenzielle Fragen





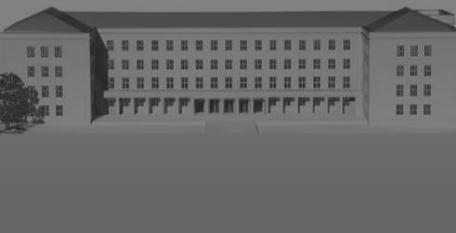
Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung oder Überwindung von Sektorengrenzen

Lösungsmöglichkeiten

Modell b): („schöne Worte“) Zusammenfassung der schon bestehenden Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser

Vorteil: Kaum neue Rechtsfragen

Nachteil: Die im Kommissionsbericht beschriebenen Ziele werden nicht erreicht





Regierungsentwurf eines KHVVG

RegE eines KHVVG (15.5.2024)

Behandlung von Versicherten in „sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“, die in erheblichem Umfang oder sogar überwiegend ambulante Leistungen erbringen, bei denen es sich aber um Krankenhäuser handeln soll.

Zusammenfassung der schon bestehenden Möglichkeiten von Krankenhäusern, ambulante Leistungen zu erbringen (Ermächtigung, ambulantes Operieren, Belegarzt sowie Übergangs-/Kurzzeitpflege § 115g KHVVG-RegE; die im RefE noch vorgesehenen medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115h KHVVG-RefE ist im RegE nicht mehr enthalten)





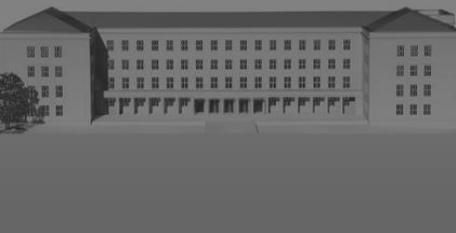
Regierungsentwurf eines KHVVG

§ 115g Abs. 1 Satz 1 SGB V KHVVG-RegE

Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

(1) Krankenhäuser, die nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können insbesondere folgende Leistungen erbringen:

1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
2. ambulantes Operieren nach § 115b,
3. stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und 3 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang,
4. Übergangspflege nach § 39e,
5. Kurzzeitpflege nach § 39c.



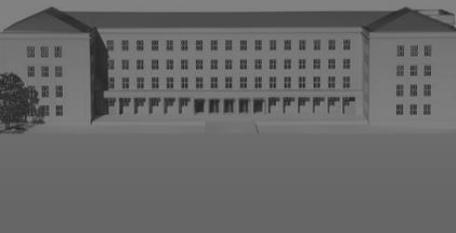


Regierungsentwurf eines KHVVG

Bedarfsplanung:

Keine gesetzlich geregelte Verknüpfung der Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung mit der vertragsärztlichen Bedarfsplanung; Festlegung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen durch die für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden

§ 6c Abs. 1 Satz 1 und 2 KHFinG idF des KHVVG-RegE: „Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern ...als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen...auch ein Krankenhaus... das erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen wird.“



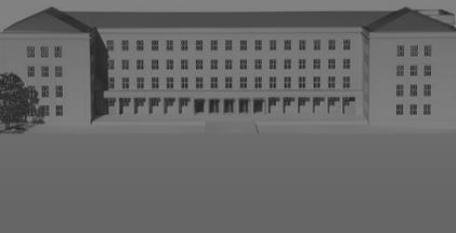


Regierungsentwurf eines KHVVG

Erweiterte Ermächtigung von Krankenhäusern insbesondere für die hausärztliche Versorgung:

§ 116a Abs. 3 SGB V

„Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf deren Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen.“



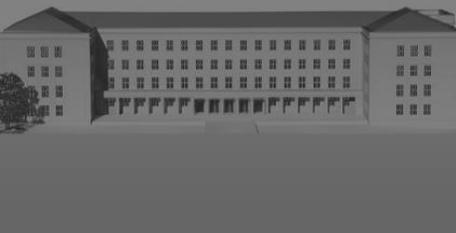


Regierungsentwurf eines KHVVG

Unterversorgung wird nicht vorausgesetzt, es genügt fehlende Überversorgung, ohne „soweit und solange“

Niederlassungsmöglichkeiten von Hausärzten würden dadurch nicht unmittelbar beeinträchtigt, weil ermächtigte Krankenhäuser zwar beim allgemeinen Versorgungsgrad (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, Nr. 2b SGB V, § 22 BedarfspIRL) nicht aber beim besonderen Versorgungsgrad berücksichtigt werden, der für die Feststellung von Über- oder Unterversorgung maßgeblich ist (§ 100 Abs. 1 Satz 1, § 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

Keine direkte Konkurrenz um Vergütungsanteile:





Regierungsentwurf eines GVSG

§ 87a Abs. 3c SGB V in der Fassung des RegE eines
Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz– GVSG

„Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche, soweit diese Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung anerkannt wurden, (hausärztlicher Leistungsbedarf) sind ab dem ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalenderquartals] von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 und § 85 Absatz 1 wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der in Satz 1 genannten Leistungen nicht mit befreiender Wirkung gezahlt.“...





Regierungsentwurf eines KHVVG

Folge:

- Keine Aufhebung oder Überwindung von Sektorengrenzen, sondern
- Verschiebung der Sektorengrenzen besonders für die hausärztliche Versorgung (vgl. dagegen Forderung aus dem 10. Bericht Regierungskommission: „Abbau“ der doppelten Facharztschiene)





Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung von Sektorengrenzen

Ärztezeitung Online vom 28.4.2024

Rechtswidrige Subventionen? KBV könnte Klinikreform in Brüssel prüfen lassen.

....Im Vorfeld ist die Finanzierung der Reform im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gutachterlich untersucht worden. Hintergrund ist die Annahme, dass mit der Reform die Möglichkeiten von Krankenhäusern erweitert werden sollen, an der ambulanten Versorgung teilzunehmen.

Der Ansatz des Gutachtens, das von der Stuttgarter Anwaltskanzlei Gleiss Lutz erstellt worden ist, richtet sich in die Richtung der sogenannten „sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen“, die im Gesetzentwurf vorgesehen sind. Die für den Einstieg in die ambulante Versorgung erforderlichen Investitionen könnten dabei aus Steuermitteln finanziert werden, während die Vertragsärzte ihre Investitionen nach wie vor überwiegend selbst tragen müssten.





Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung von Sektorengrenzen

Für den Fall, dass KH ermächtigt werden sollen in großem Umfang ambulante Leistungen zu erbringen (was allerdings durch die aktuelle Fassung des KHVVG-RegE - ohne die in § 115h SGB V RefE ursprünglich vorgesehene medizinisch-pflegerische Versorgung – vermutlich nicht erreicht wird) würden sich folgende Fragen stellen:



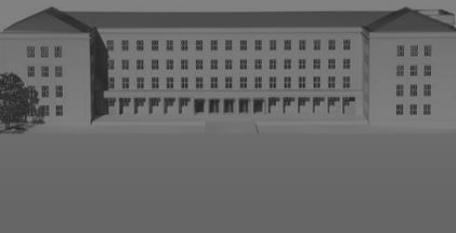


Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung von Sektorengrenzen

Ist die Rechtsprechung, nach der Honorarbeschränkungen mit dem Ziel der Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV vom BVerfG und vom BSG in stRspr als mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbare Berufsausübungsregelungen beurteilt worden, aufrecht zu erhalten, wenn der Gesetzgeber sie selbst für Teilbereiche aufgibt?

BSG Urteil vom 3.3.1999 – B 6 KA 8/98 R – juris Rn. 19:

„Die **Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung** ist nach der stRspr des BVerfG ein Gemeinwohlbelang von besonders hohem Rang.“

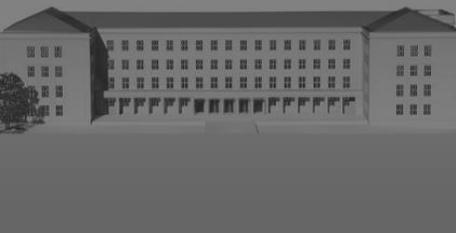




Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung von Sektorengrenzen

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Wenn sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen evtl. überwiegend ambulante medizinische (und ggfs. pflegerische) Leistungen erbringen und bezogen auf Ausstattung und Leistungsspektrum kaum von einem MVZ zu unterscheiden sind:
Welche sachlichen Gründe können die Geltung unterschiedlicher Regeln bezogen auf die Erbringung von NUB-Leistungen (§ 135 Abs. 1 / § 137c SGB V) rechtfertigen?





Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung von Sektorengrenzen

Bedarfsplanung/Zulassungsbeschränkungen nach §§ 99 ff. SGB V

BVerfG Beschl. vom 27.4.2001 – 1 BvR 1282/99 – juris Rn. 4 f.

„Eine Bewertung als Berufswahlregelung erscheint eher fern liegend ... Die rechtliche Einordnung der Maßnahme bedarf jedoch keiner abschließenden Entscheidung, weil dem Gesetzgeber legitime Gemeinwohlgründe von überragender Bedeutung bei der Ausgestaltung des Berufsrechts der ärztlichen Leistungserbringer im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zur Seite stehen, die auch eine Berufswahlregelung rechtfertigen. ... Soll die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit Hilfe eines Sozialversicherungssystems erreicht werden, stellt auch dessen Finanzierbarkeit einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang dar, von dem sich der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Systems und bei der damit verbundenen Steuerung des Verhaltens der Leistungserbringer leiten lassen darf.“





Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung von Sektorengrenzen

BVerfG Kammerbeschl. v. 17.6.1999 – 1 BvR 2507/97, zur Trennung der Versorgungsbereiche, hier innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung: fach- und hausärztlich):

Die Trennung der Versorgungsbereiche ist auch in der Sache mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar. Heranzuziehen sind die für eine Berufsausübungsregelung geltenden verfassungsrechtlichen Maßstäbe... Die Regelungen haben lediglich zur Folge, daß nach Ablauf einer Übergangsfrist bestimmte Positionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht mehr abgerechnet werden können...

Die mittelbar angegriffenen Regelungen genügen auch im übrigen den Anforderungen, die aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit resultieren ... Sie sind zur Umsetzung der gesundheits- und finanzpolitischen Ziele geeignet und erforderlich. Bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht und der Dringlichkeit der sie rechtfertigenden Gründe ist vor allem im Hinblick auf die langen Übergangsfristen die Grenze der Zumutbarkeit nicht überschritten.





Aktuelle Vorschläge zur Verschiebung von Sektorengrenzen

Resümee

Es wäre mindestens riskant, die Sektorengrenzen einseitig mit Blick auf erforderliche Strukturreformen im Bereich der Krankenhäuser zu verschieben, ohne dabei die verfassungsrechtlichen Vorgaben zur Gesetzgebungskompetenz und die Auswirkungen auf die bestehenden Strukturen in der ambulanten Versorgung in den Blick zu nehmen.





Bundessozialgericht



Olaf Rademacker
Bundessozialgericht

