

# Vorschläge der Regierungskommission und deren Auswirkungen auf eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Rechtssymposium des Gemeinsamen Bundesausschusses  
am 17. April 2023

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

Fakultät Rechtswissenschaft



Universität Regensburg

# **I. Tausendmal berührt, tausend mal ist nichts passiert**

## **1. Zielgruppen der sektorübergreifenden Versorgung**

- Behandlerbezogene Erbringungspfade
- Patientenbezogene Behandlungspfade

## **2. Welche Sektoren?**

- Verschmelzung ambulanter und stationärer ärztlicher Versorgung (§§ 115ff. SGB V)?
- Leistungen der Gesundheitsfachberufe?
- Pflegeleistungen nach SGB XI?

### 3. Real existierender Föderalismus

- 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
- Neue Planungssystematik (Nordrhein-Westfalen): Unterscheidung nach Leistungsgruppen, die die medizinischen Fachgebiete abbilden und sie mit Qualitätsparametern verkoppeln



## **Regierungskommission**

für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

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

### **1. Befund**

- Schwierige bis dramatische wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser
- Personalmangel insbes. in der Pflege
- Hohe stationäre Fallzahlen im internationalen Vergleich
- Fehlanreize durch DRG-Überbetonung: Mengenausweitung und keine Vorhaltefinanzierung für kritische Infrastruktur
- Unzureichende Qualitätssteuerung durch unspezifische Ausweisung von Fachabteilungen in den meisten Krankenhausplänen
- Keine Leistungstransparenz für Patient:innen

## 2. 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)

### 3. Besonderheiten der Level II-Krankenhäuser



#### Unterteilung

- Level II: integriert ambulante/stationäre Grundversorgung
- Unterschied zu Level I: zusätzlich regionaler Sicherstellungsauftrag für die Notfallversorgung



#### Keine Leistungsgruppen

- Konzentration auf wohnortnahe Primärversorgung
- Erbringung nur derjenigen Leistungen, die nicht anderen Leveln zugewiesen sind



#### Vergütung

- degressive Tagespauschalen
- keine Vorhaltevergütung und kein Pflegebudget
- Investitionskostenfinanzierung (?)

### III. 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-Ii-Krankenhäusern





„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. Dies gilt ebenfalls für die Einbindung von Vertragsärztinnen und -ärzten in die Level-Ii-Kliniken.“

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



### **3. Bausteine sektorübergreifender Versorgung in Level II-Krankenhäusern**

Voraussetzungen:

-  Regelversorgung
-  Definition des Leistungsspektrums
-  Einheitliches Planungsrecht incl. Sicherstellungsauftrag
-  Sektorgleiche Vergütung vergleichbarer Leistungen

- ✚ Regelversorgung: Obligatorische Ausgliederung bestimmter Leistungen aus den Säulen (= Unterschied zu allen bisherigen, lediglich freiwilligen sektorübergreifenden Versorgungsformen)
- ✚ Mögliches Leistungsspektrum:
  - Ambulante ärztliche Grundversorgung (Allgemeinmedizin, Allgemeinchirurgie); Palliativmedizin/Geriatrie
  - Wohnortnahe medizinische Überwachung nach Eingriffen in Level II, III-Krankenhäusern (Weiterentwicklung der Übergangspflege, § 39e SGB V)
  - Einbeziehung der Gesundheitsfachberufe (Ernährungsberatung, Physiotherapie etc.)?

Regelung im SGB V als „dritter Sektor“? Gesetzgebungskompetenz für das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht: Bund nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG („die Sozialversicherung“)



## Sektorübergreifendes Planungsgremium

- Vorbild: § 90a SGB V
- Zusammensetzung:
  - Land (Vorsitz und evtl. Vetorecht)
  - Krankenkassen/evtl. PKV-Verband
  - Kassenärztliche Vereinigung
  - Landeskrankenhausgesellschaft
- Umsetzung in regionalen Planungsverfahren (NRW): evtl. Institutionalisation regionaler/kommunaler Gesundheits- und Pflegekonferenzen (SVR-Gutachten 2023, S. 223)
- Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG:
  - Öffnungsklausel für die Landesgesetzgeber für die Beibehaltung der Landeskrankenhausausschüsse
  - Bund: Anreize durch Innovationsfonds



## Vergütung I: Stationärer Bereich

Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung: degressive  
Tagespauschalen, keine Vorhaltevergütung

- Regulärer Tagessatz beinhaltet neben den pflegerischen auch die ärztlichen Leistungen
- Reduzierter Tagessatz bei Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte mit eigener KV-Zulassung; diese Leistungen werden nach EBM/GOÄ abgerechnet



## Vergütung II: Ambulanter Bereich

→ 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)

Gesetzgebungskompetenz des Bundes: Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG

## IV. Perspektive: Campus-Modell



- ✚ Interdisziplinarität: Populationsbezogene Orientierung der sektorenübergreifenden Versorgung an Krankheitsverläufen, nicht an Sektoren der Leistungserbringung
- ✚ Gatekeeper-Modell ohne freie Arztwahl: Koordination durch von Hausärzten geleitete Teams mit gelegentlicher fachärztlicher Koordination
- ✚ Abkehr von der doppelten Facharztschiene