RUB

RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

Leistungserbringung an den Schnittstellen der Versorgung

Symposium „Zukünftige Gestaltung der sektorenübergreifenden Versorgung“,
Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht
23. November 2017

Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie
Prof. Dr. Stefan Huster

I. Einführung/Gliederung

II. Das Verhältnis der Versorgungssektoren und die Schnittstellen an den Sektorengrenzen als gesundheitspolitische Dauerbaustelle

III. Die Reformdiskussion und ihre Ebenen

IV. Die bisherigen Reformansätze

1. Sektorenöffnungen
2. Schnittstellenlösungen (Entlassmanagement)

V. Das Governanceproblem der GKV

II. Versorgungssektoren und Schnittstellen an den Sektorengrenzen als gesundheitspolitische Dauerbaustelle

1. Die Sektorentrennung

a) Traditionelles Merkmal der GKV

- Monopolisierung der ambulanten Versorgung bei den Niedergelassenen
- „Vertrauensverhältnis Arzt – Patient“

→ Sektorentrennung (§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 und 5, §§ 72 ff., 107 ff. SGB V)

II. Versorgungssektoren und Schnittstellen an den Sektorengrenzen als gesundheitspolitische Dauerbaustelle

b) Unterschiedliche sektorenspezifische Strukturprinzipien:

- der Versorgungsplanung und des Zugangs zur Versorgung: vertragsärztliche Bedarfsplanung durch die Selbstverwaltung vs. Krankenhausplanung durch die Bundesländer,
- der Vergütung: Einheitlicher Bewertungsmaßstab vs. DRG-System,
- des Sicherstellungauftrags: Selbstverwaltung vs. Bundesländer,
- und der Strukturen der Qualitätssicherung und insbesondere der Innovationsregulierung: Verbot mit Erlaubnisvorbehalt vs. Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt (§ 135 vs. § 137c SGB V).

II. Versorgungssektoren und Schnittstellen an den Sektorengrenzen als gesundheitspolitische Dauerbaustelle

2. Folgeprobleme der Sektorentrennung

a) Versorgungsqualität: Übergangsprobleme, unnötige Hospitalisierungen, Versorgungsplanung usw.
b) Wirtschaftlichkeit: Vorhalten paralleler Infrastruktur, Doppeluntersuchungen usw.

- Verschärfung durch demographische und medizinische Entwicklung: Organisation und Koordination komplexer Interventionen als zentrale Aufgabe

III. Die Reformdiskussion und ihre Ebenen

- Unterschiedliche Ebenen und Ziele in Reformdiskussion!

1. Abschaffung eines Sektors (der ambulanten fachärztlichen Versorgung)

    - aber: Pfadabhängigkeit des Versorgungssystems

2. Vereinheitlichung des rechtlichen und finanziellen Ordnungsrahmens

a) Reformkommission „sektorenübergreifende Versorgung“ (GMK 2017), „sektorenübergreifende Versorgungsplanung einleiten“ (Sondierungsgespräche),

    - aber: Widerstand der Sektoren, Interessen der Länder, verfassungsrechtliche Fragen (Gesetzgebungskompetenz, „Mischverwaltung“)

III. Die Reformdiskussion und ihre Ebenen

b) Verzahnungen von ambulanter und stationärer Planung

- Kooperationsbereitschaft und –fähigkeit eines Krankenhauses als Planungsgrundsatz (vgl. jetzt „Entfesselungspaket NRW“)
- Beachtlichkeit der Krankenhausplanung für die vertragsärztliche Bedarfsplanung (§ 99 Abs. 1 S. 2 SGB V) gesetzlich stärken
- Stellung der KV in der Krankenhausplanung stärken (z.B. nur „mittelbar Beteiligte“ nach § 15 Abs. 2 Nr. 5 KHGG NRW)
- Aufwertung des Landesgremiums nach § 90a SGB V

III. Die Reformdiskussion und ihre Ebenen

3. Punktuelle Sektorenöffnungen (s.u.)

4. Schnittstellen an Sektorengrenzen regulieren (s.u.)

5. Selektivverträge zur integrierten Versorgung
   - § 140a SGB V, Innovationsfonds
   - zweite Säule der Regelversorgung oder Modellprojekte?

IV. Die bisherigen Reformansätze

1. Sektorenöffnungen

a) Stationäre Versorgung durch Vertragsärzte

- Belegarzt (§§ 121 Abs. 1 SGB V, 18 KHEntgG), Konsiliararzt, Honorararzt
- Praxiskliniken (§§ 122, 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V)

IV. Die bisherigen Reformansätze

b) Ambulante Versorgung durch Krankenhäuser und Krankenhausärzte

- vor- und nachstationäre Behandlung im KH (§ 115a SGB V)
- Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (§ 116 SGB V)
- ambulante Behandlung durch KH bei Unterversorgung (§ 116a SGB V)
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V)
- Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)
- Ermächtigung von Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V) und Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (§ 119c SGB V)
- Pädiatrische Spezialambulanzen (§ 120 Abs. 1a SGB V)
- Ermächtigung von Krankenhausärzten und Krankenhausabteilungen nach § 98 Abs. 2 Nr. 11 SGB V, § 31 Ärzte-ZV, § 5 Abs. 2 BMV-Ä

IV. Die bisherigen Reformansätze

c) Sonderfälle

- Krankenhaus-MVZ (§ 95 Abs. 1 SGB V)
- ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)
- Notdienst/Notfallversorgung: Portalpraxen (§ 75 Abs. 1b SGB V)
- ASV (§ 116b SGB V)

IV. Die bisherigen Reformansätze

d) Probleme der punktuellen Öffnung

- „Wildwuchs“
- bürokratischer Aufwand (ASV!)
- unterschiedliche (insbesondere finanzielle) Rahmenbedingungen
- Blockade durch Selbstverwaltung

IV. Die bisherigen Reformansätze

2. Schnittstellenlösungen

a) Koordinations- und Kommunikationsprobleme an den Schnittstellen der Versorgungssektoren: **Entlassmanagement (EM)** (§ 39 Abs. 1a SGB V) als Ausprägung des Versorgungsmanagements (§ 11 Abs. 4 SGB V)

- aber: Umsetzungs- und Interpretationsprobleme

b) Die Entstehung des Rahmenvertrags nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V

- keine Einigung GKV-Spitzenverband – DKG
- Festsetzung durch Bundesschiedsamt
- Klage der DKG (ausnahmsloses EM und Arztnummer)
- Einigung (Änderungsvereinbarung)
- Rahmenvertrag zum 1.10.2017

IV. Die bisherigen Reformansätze

c) Wer darf das EM durchführen?

- Primäre Verantwortung: Krankenhaus. Aber Delegationsmöglichkeit nach § 39 Abs. 1a S. 3 SGB V:

  „Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen."

→ Delegation nur noch an Vertragsärzte und MVZs, nicht mehr an nicht-ärztliche Leistungserbringer?

IV. Die bisherigen Reformansätze

Gegenargumente:

- § 39 Abs. 1a S. 3 SGB V („§ 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt.“) als Korrektur von BGH („Patientenring“) wäre dann überflüssig
- kein Hinweis auf Absicht der Korrektur gängiger Praxis der Integration nicht-ärztlicher Leistungserbringer (Homecare-Unternehmen u.ä.)
- Sinn der Regelung wohl eher Klarstellung, dass Tätigkeit von Vertragsärzten im Rahmen des EM keinen Verstoß gegen § 31 MBO-Ä darstellt

IV. Die bisherigen Reformansätze

d) Was ist überhaupt EM?

- umstrittene Delegationsbeschränkung griffe nicht, wenn gar kein EM geleistet würde!

Abgrenzung:

- EM: Organisation und Koordination der Anschlussversorgung
- Anschlussversorgung selbst: auch schon im Krankenhaus, mit entsprechenden Kooperationsbeziehungen zum KH?

IV. Die bisherigen Reformansätze

Beispiel: Beratung und Einweisung des Patienten im Krankenhaus zum Gebrauch eines Hilfsmittels durch einen Hilfsmittelversorger: (ggf. unzulässige) EM oder Anschlussversorgung?

- beachte: in Hilfsmittelverträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V ist regelmäßig vorgesehen, dass neben der Lieferung der jeweiligen Hilfsmittel die Versicherten durch den Leistungserbringer umfassend zu beraten sowie – auch bereits im Krankenhaus! - in die Bedienung, die Anwendung und die Pflege der Hilfsmittel einzuweisen sind

→ Tätigkeit ist kein EM, sondern Anschlussversorgung. Kooperation KH – Hilfsmittelversorger wird nicht von § 39 Abs. 1a SGB V erfasst, aber vorausgesetzt

IV. Die bisherigen Reformansätze

e) Kooperationen und Kooperationsverbote

Kooperationen einerseits erforderlich und erwünscht, andererseits Gefahr des Verstoßes gegen Kooperationsverbote (§ 31 MBO-Ä, § 128 SGB V, §§ 299a, b StGB, Wettbewerbsrecht)

- Vergütung der im KH erbrachten Leistungen?
- vertragliche Vereinbarungen KH – Dienstleister/Anschlussversorger generell unzulässig?

IV. Die bisherigen Reformansätze

§ 4 Abs. 6 Rahmenvertrag:

(1) *„Bei allen verordneten Leistungen ist das Recht des Patienten auf freie Wahl des Leistungserbringers sowie § 128 SGB V zu beachten, es sei denn, anderweitige gesetzliche Regelungen stehen dem entgegen (z.B. § 124 SGB V, § 127 SGB V).*

(2) Der Patient ist ausdrücklich auf das Recht der freien Wahl des Leistungserbringers hinzuweisen.

(3) Eine Bevorzugung eines Anbieters ist nicht statthaft.

(4) Vereinbarungen oder Absprachen zwischen Krankenhäusern und Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern veranlasster Leistungen, die auf eine Zuweisung von Patienten abzielen, sind unzulässig.“

IV. Die bisherigen Reformansätze

S. 1 und 2 unschädlich, aber:

(3) „Eine Bevorzugung eines Anbieters ist nicht statthaft.“

- vertragliche Beziehungen per se als „Bevorzugung“?
- Information des Patienten über Bestehen einer (vertraglichen) Kooperationsbeziehung als „Bevorzugung“?
- Umsetzungshinweis DKG: generelles Empfehlungsverbot?!

IV. Die bisherigen Reformansätze

(4) „Vereinbarungen oder Absprachen zwischen Krankenhäusern und Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern veranlasster Leistungen, die auf eine Zuweisung von Patienten abzielen, sind unzulässig.“

- lediglich Absicht ausreichend, ohne dass es Zuweisung kommt
- aber: Zuweisung muss Hauptzweck sein; durch Kooperation rein faktisch erleichterter Zugang zum Patienten reicht wohl nicht aus

IV. Die bisherigen Reformansätze

e) Schwierigkeiten der Schnittstellenregulierung

- Verteilungskämpfe an Sektorengrenze und wettbewerbsrechtliche Probleme
- Schutz der Wahlfreiheit des Patienten und der Versorgungsqualität oder des ungehinderten Marktzugangs für Leistungserbringer?

V. Das Governanceproblem der GKV

1. Fazit aus bisherigen Erfahrungen: durchaus gesetzgeberische Aktivitäten, aber:

- punktuelle Ansätze ohne Gesamtkonzept
- bürokratischer Aufwand
- umständliche und unklare Regelungen
- Umsetzung durch Selbstverwaltung blockiert
- gegenläufige Interessen in Ländern/Kommunen („Bestandsgarantie für Klinikstandorte“ u.ä.)

V. Das Governanceproblem der GKV

2. Sektorenverhältnis berührt zentralen Interessenkonflikt: Selbstverwaltung ist strukturell lösungsunfähig

-> im Regulierungsmix werden staatliche und marktförmige Steuerungsinstrumente den Korporatismus zurückdrängen

RUB

RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

Leistungserbringung an den Schnittstellen der Versorgung

Symposium „Zukünftige Gestaltung der sektorenübergreifenden Versorgung“,
Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht
23. November 2017

Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie
Prof. Dr. Stefan Huster