

Untersuchung
der Regelungssystematik des SGB V
zur
Identifikation der Sektorentrennungsregelungen und Aus-
blick auf sektorenüberwindende Regelungsmechanik

von

Prof. Dr. Thomas Schlegel

November 2024

Auftragsgegenstand

- Identifikation der sektorentrennenden Regelungen im SGB V und
- Herausstellung und Zuordnung der jeweiligen Regelungen zum jeweiligen (getrennten) Versorgungssektor.
- Ausblick auf mögliche „Regelungsmechanik“ im SGB V zum Ausbau der sektorenverbindenden Versorgung.

Auftraggeber

Deutsche Gesellschaft für integrierte Versorgung e.V., Berlin

Sektoren-Regelungen im SGB V

Identifikation der Sektorentrennungsregelungen und Ausblick auf sektoren- überwindende Regelungsmechanik

Einleitung

In einer idealen Welt wird ein Patient nach den akuten Versorgungsnotwendigkeiten und -schweregraden einer Behandlung beurteilt und versorgt. Die für den Patienten notwendige Leistung wird erbracht und vergütet. Es werden Leistungen unterlassen, die für den Behandlungserfolg nicht förderlich sind. Letztlich werden alle am Diagnose- und Therapieprozess Beteiligten für das Erreichen des Therapieziels vergütet, unabhängig davon, welche Leistung erbracht oder ausdrücklich unterlassen wurde, um dem Patientenwohl zu dienen.

Seit über 70 Jahren wird diese Selbstverständlichkeit von historisch sozialisierten Sektorentrennungsdenkmustern in der deutschen Gesundheitsversorgung überlagert. Eine isolierte Erbringung und Vergütung von Leistungen durch einzelne Leistungserbringergruppen – in unserem Gesundheitswesen auch Leistungssektoren genannt – ist Gegenstand der sogenannten Regelversorgung. Tatsächlich pendelt der Patient hierzulande zwischen den Leistungssektoren weitestgehend unkoordiniert, jeder Leistungserbringer erbringt seine Leistung und wird hierfür vergütet – ob damit ein Therapieziel oder gar ein Behandlungserfolg erzielt wird oder nicht, spiegelt sich in der Vergütung der Leistungserbringer nicht wider. Dabei ist den Leistungserbringern kein Vorwurf zu machen, da das sektorenorientierte Marktzugangs- und Vergütungssystem sozialversicherungsrechtlich im SGB V so angelegt ist.

Es konkurrieren weiterhin Sektoren und Leistungserbringer um die Vergütung und nicht um die Qualität des Therapieziels zum Wohle des Patienten. Die dafür historisch etablierten Aufsichts- und Zulassungsgremien spiegeln diesen Anachronismus in ihrer Zusammensetzung zunehmend wider.

Die ursprüngliche Struktur und Zielsetzung der Sozialgesetzgebung sind maßgeblich geprägt vom Zunftwesen und des industriellen Zeitalters. Das gilt insbesondere für

die Beziehungen der unterschiedlichen Sozialversicherungsträger untereinander, sowie die Aufsichts- und Entscheidungsstrukturen innerhalb eines Sozialversicherungsträgers, als auch trägerübergreifend. Der Bund, die Länder und die Gebietskörperschaften teilen heutzutage in einem kaum zu übersehenden Maße die Aufgaben, die Funktionen und Verantwortlichkeiten – teilweise überlappen oder widersprechen sie sich. Es erweckt den Anschein, als würde die Sozialgesetzgebung die verfassungsmäßige Daseinsvorsorgeverpflichtung des Staates überlagern, was sich in der Allpräsenz des SGB V auf der bundespolitischen Bühne widerspiegelt.

Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist jedoch ein Teil der Verpflichtung des Staates zur sozialen Daseinsvorsorge und obliegt in erster Linie den Bundesländern auf der Basis von Art 20 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art 74 GG. Die Bundesländer haben für die Gewährleistung eines Gesundheitsangebotes Sorge zu tragen. Dieser Grundsatz unterscheidet auch nicht nach Sektoren, sondern sieht die Gesundheitsversorgung als eine Einheit. Dies gilt ebenso unabhängig von der Frage des Versicherungsstatus der Bevölkerung.

Die Sektorentrennung im SGB V entfaltet sich auf unterschiedlichen Beziehungsebenen zwischen den Akteuren und Adressatenkreisen:

1. Bilaterale („gekapselte“) Leistungsbeziehungen zwischen Leistungserbringerguppen und Krankenkassen;
2. Marktzugangs-/Zulassungsregelungen je Leistungserbringerguppe;
3. Vergütungsregelungen je Leistungserbringerguppe;
4. Aufsichts-, Verantwortungs-/Entscheidungsgremien je Krankenkassenart und der jeweiligen Leistungserbringerguppen;

Die mehrheitlichen Regelungen des SGB V sind – wie nachfolgend dargestellt - nicht auf eine sektorenübergreifende Versorgung oder auf die im SGB V ausdrücklich erwähnten Besonderheiten von chronisch Erkrankten oder altersspezifischen Versicherungengruppen ausgerichtet.

Aus der Patientenperspektive ist daher Sektorentrennung weit entfernt von einer idealen Versorgungswelt. Dasselbe gilt aber auch für weite Teile der Leistungserbringerguppen.

In unserem Gesundheitssystem nimmt die Ressourcenknappheit auf der Angebotsseite, insbesondere durch Ärzte- und Fachkräftemangel, spürbar zu. Gleichzeitig steigt demographisch bedingt die Bedürftigkeit und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch die Bevölkerung. Die Überalterung unserer Gesellschaft führt außerdem zu einer Steigerung der Morbiditätslast der Krankenkassen durch die Zunahme an chronischen und schweren Erkrankungen. Die Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 und die morbiditätsorientierte Finanzierung der Krankenkassen durch die sogenannten HMG (hierarchisierte Morbiditätsgruppen) auf der Basis des § 266 Abs. 2 SGB V haben auf das mit zunehmender Morbiditätslast verbundene Kostenrisiko auf Kostenträgerseite Rücksicht genommen¹ – es fehlt jedoch an einer spiegelbildlichen Abbildung des Morbiditätsrisikos durch eine zwingend notwendige interprofessionelle und sektorenübergreifende Versorgung dieser chronisch und/oder schwerkranken Patienten auf Seiten der Leistungserbringer.

Wenn also immer weniger Leistungserbringer immer mehr Patientinnen und Patienten mit steigender Morbidität versorgen sollen, dann wird dies nur durch Verbesserung der Versorgungsprozesse möglich sein. Diese Optimierung der Prozessqualität zwingt zum schonenden Einsatz der limitierten Ressourcen, was einerseits die Förderung der interprofessionellen, als auch andererseits der intersektoralen Versorgung voraussetzt.

Eine rechtliche Herleitung der Verpflichtung der Krankenkassen, sich um die Versorgung der steigenden Morbiditätslast der Bevölkerung zu kümmern, ergibt sich aus der Tatsache, dass sie ausdrücklich auf Basis des § 266 SGB V risikoadjustierte finanzielle Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Daran knüpft sich die Verpflichtung, sicherzustellen, dass die Versicherten auch adäquat versorgt werden.

¹ Seit 2021 sind die HMG durch eine filigranere und detailreichere Merkmale des Versorgungsbedarfes insbesondere von chronisch und schwer kranken Patienten abgelöst worden.

Diese Marktveränderungen führen zu der Frage, ob Aufbau und Struktur des SGB V mit den Herausforderungen mithalten kann oder ein grundlegender Umbau der Beziehungsebenen zwischen den Akteuren und Adressatenkreise notwendig ist?

Es besteht der begründete Verdacht, dass nur durch eine Neuordnung der Beziehungsebenen bei sich verknappenden Angebots-Ressourcen der Bevölkerung und den Versicherten ein schneller und bezahlbarer Zugang zu relevanter und effektiver Diagnostik und Therapie zur Verfügung steht.

I. Identifikation der sektorentrennenden und -verbindenden Regelungen im SGB V

Das SGB V besteht aus verschiedenen Kapiteln und Adressatenkreisen und deren Leistungsbeziehungen zu den gesetzlichen Krankenkassen, die überwiegend einen sektorenbezogenen Fokus haben und die Beziehungen der Krankenkassen zu jedem dieser Sektoren primär bilateral und abgegrenzt behandeln.

1. Leistungsversprechen und Ansprüche der Versicherten

Am Anfang des SGB V und vor den Beziehungen zu den Leistungserbringern stehen die Leistungs- und Anspruchsbeziehungen der Versicherten gegenüber den Krankenkassen.

Leistungen der Versicherten schließen Innovationen ein (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V) und haben überdies den Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen (§ 2a SGB V), sowie geschlechts- und altersspezifischer Besonderheiten Rechnung zu tragen (§ 2b SGB V). Diese ausdrücklich adressierten Versorgungsbesonderheiten von bestimmten Patienten-/Versichertenkohorten sind insoweit für diese Untersuchung von Relevanz, als dass sie in der Regel zwingend sektorenübergreifend erfolgen müssen. Dieses Versorgungsversprechen wird gegenüber den Versicherten gegeben, jedoch nicht konsequent in den Leistungsbeziehungen der an der Versorgung Beteiligten zu den Krankenkassen umgesetzt.

Die Leistungsansprüche der Versicherten sind im Dritten Kapitel (§§ 11-68c SGB V) umfang- und teilweise detailreich definiert. Die darin zum Ausdruck gebrachte Inanspruchnahme von Leistungen setzt in einzelnen Leistungsbereichen implizit die sektorenübergreifende und/oder interprofessionelle Versorgung voraus. Diese Betrachtung spiegelt sich jedoch nicht zwingend in den Regelungen der Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern in den Folgekapiteln wider, wie nachfolgend erkennbar sein wird.

2. Beziehungen der Krankenkassen zu ambulanten vertragsärztlichen, -zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringern (Kapital 4 - 2. Abschnitt)

Dieser Kapitelabschnitt behandelt ausschließlich die vertragsärztliche, -zahnärztliche und -psychotherapeutische Beziehung zu den Krankenkassen in den §§ 72 bis 106d SGB V.

Der Abschnitt regelt die Sicherstellung ausschließlich der ambulanten Versorgung durch die Gebietskörperschaften (K(Z)Ven), die Grundlagen der Marktzugangsvoraussetzungen und die damit zusammenhängenden Zulassungs- und Vertragsbeziehungen und -voraussetzungen (Bedarfsplanung).

*Es handelt sich ausschließlich um den **ambulanten Versorgungssektor**.*

3. Beziehungen der Krankenkassen zu Krankenhäusern und anderen (stationären) Einrichtungen (Kapital 4 - 3. Abschnitt)

Dieser Kapitelabschnitt behandelt ausschließlich die Vertrags- und Leistungsbeziehung der Krankenkassen zu Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen in den §§ 107-114 SGB V.

Die Regelungen zur Krankenhausversorgung haben aufgrund der in Art 74 GG gewährten Länderhoheit einen direkten Einfluss auf die Teilnahme der stationären Einrichtungen an der stationären Versorgung von GKV-Versicherten aufgrund der hier enthaltenen Kostenerstattungsgrundlagen. Diese Regelungen stehen jedoch neben den Landeskrankenhausgesetzen, welche Marktzugangsregelungen, sowie auch Fördermöglichkeiten auf Basis der dualen Finanzierung beinhalten.

Die im SGB V jedoch verankerten Regelungen zum stationären Sektor entfalten indirekte Wirkung auf die Möglichkeiten der Marktteilnahme, da sie die Grundlage der Refinanzierung der Betriebskosten durch die Vergütung der GKV-Versorgung darstellen, welche auch eine Abstrahlungswirkung auf die DRG-Abrechnung von PKV-Versicherten hat.

*Es handelt sich ausschließlich um den **stationären Versorgungssektor**.*

4. Beziehungen der Krankenkassen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten (Kapital 4 - 4. Abschnitt)

Dieser Kapitelabschnitt behandelt in den §§ 115-122 SGB V die Leistungsbeziehung der Krankenkassen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten und bildet damit die erste Schnittstelle der ärztlichen Leistung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung von GKV-Versicherten.

Er bildet die Ausnahmen der Sektorentrennung insbesondere unter der Prämisse eines festgestellten ambulanten Versorgungsbedarfes ab (in der Regel über Ermächtigungen der stationären Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen, ambulanten Versorgung).

Darüber hinaus finden sich in diesem Abschnitt die Vergütungsregelungen zur ambulanten Versorgung.

Bei genauerer Betrachtung handelt sich es bei diesen Regelungen jedoch überwiegend nicht um sektorenübergreifende Versorgungsmaßnahmen, sondern um spezifische Fallregelungen, unter welchen ärztliche Leistungen im stationären Setting ausnahmsweise ambulant erbracht werden dürfen. Es sind daher überwiegend stationär ersetzende Leistungen, die keinen sektorenübergreifenden Behandlungspfad abbilden, sondern lediglich eine substituierende Wirkung entfalten sollen.

Damit werden die nach diesem Abschnitt erbrachten (ambulanten) Leistungen überwiegend (bis auf die in § 115b/f SGB V geregelten Hybrid-DRG) dem ambulanten Sektor zugeschrieben und nach den in Kapitel 4 – 2. Abschnitt begründeten ambulanten Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung vergütet.

Es handelt sich um den einzigen Abschnitt im SGB V mit **sektorenübergreifendem Ansatz**, wenngleich nur zwischen dem stationären und dem vertragsärztlichen Versorgungssektor und mit dem Fokus ausschließlich auf ärztliche Leistungen und keine weiteren interprofessionellen Ansätze.

Faktisch stellen nur wenige der Regelungen einen echten sektorenübergreifenden Versorgungsansatz dar, welcher sich an medizinischen Behandlungspfaden und den Versorgungsbedürfnissen der Patienten orientiert.

*Es handelt sich damit in diesem Abschnitt um einen **Ansatz einer sektorenübergreifenden Versorgung**, allerdings mit **substitutivem Charakter** und Fokus auf die ärztliche Versorgung.*

Weitere Ausführungen hierzu finden sich unten unter II.2.

5. Beziehungen der Krankenkassen zu sogenannten „Heilmittelerbringern“ (Kapital 4 - 5. Abschnitt)

Dieser Kapitelabschnitt regelt in den §§ 124 bis 125a SGB V die Leistungsbeziehungen der Krankenkassen mit therapeutischen Fachheilverufen, insbesondere den Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen und Ernährungstherapeuten.

Dabei handelt es sich primär um Marktzugangsregelungen zur Versorgung von GKV-Versicherten, sowie um Regelungen der Vertragsbeziehungen der Krankenkassen zu den jeweiligen Organisationen der Leistungserbringer-Professionen.

Durch die in § 125a SGB V gewährte Erweiterung der Versorgungsverantwortung haben nunmehr Physiotherapeuten und Ergotherapeuten unter den vertraglich vereinbarten Voraussetzungen die Möglichkeit, die ärztliche Verordnung in eigener (nichtärztlicher) Verantwortung zu verlängern/erweitern.

*Diese letztgenannte Regelung verstärkt die Tatsache, dass es sich auch in diesem Abschnitt ausschließlich um einen **eigenen Versorgungssektor** handelt, da ausdrücklich keine Einbeziehungs- oder Rückkoppelungsregelungen zur ärztlichen Versorgungsebene existieren, welche die Erbringung dieser Leistungen in der Regel durch Verordnung auslösen.*

6. Beziehungen der Krankenkassen zu sogenannten „Hilfsmittelerbringern“ (Kapital 4 - 6. Abschnitt)

Dieser Kapitelabschnitt regelt in den §§ 126 bis 128 SGB V die Leistungsbeziehungen der Krankenkassen zu den sogenannten „Hilfsmittelerbringern“ – was überwiegend Sanitätshäuser betrifft.

Auch hier handelt es sich primär um Marktzugangsregelungen zur Versorgung von GKV-Versicherten, sowie um Regelungen der Vertragsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern selbst oder deren jeweiligen Organisationen.

§ 128 SGBV hingegen greift erheblich und restriktiv in die Möglichkeiten einer sektorübergreifenden Versorgung in Zusammenarbeit mit dem stationären und dem vertragsärztlichen Sektor ein, indem er ein ohnehin berufs- und strafrechtlich unzulässiges Verhalten an den potentiellen Verlust der Zulassung zur Leistungserbringung knüpft.

*Diese letztgenannte Regelung verstärkt auch hier die Tatsache, dass es sich auch in diesem Abschnitt ausschließlich um einen **eigenen Versorgungssektor** handelt.*

7. Beziehungen der Krankenkassen zu Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen (Kapital 4 - 7. Abschnitt)

Dieser Kapitelabschnitt regelt in den §§ 129 bis 131a SGB V die Leistungsbeziehungen der Krankenkassen zur Arzneimittelversorgung durch Apotheken und pharmazeutischen Unternehmen.

Es handelt sich hierbei nicht um primäre Marktzugangsregelungen, sondern Teilnahmevoraussetzungen der Apotheken an der ambulanten und/oder stationären Arzneimittelversorgung, sowie um Regelungen der Vertragsbeziehungen der Krankenkassen zu deren jeweiligen Organisationen.

Allerdings stellen die umfang- und detailreichen Vergütungsregelungen bei der Abgabe von Arzneimitteln an Versicherte eine faktische Beschränkung der Marktteil-

nahme dar. Die in § 129a SGB V adressierten Krankenhausapotheken unterstreichen die innere Sektorentrennung der „Zuarbeitung“ der pharmazeutischen Expertise (der Apothekerschaft) gegenüber den sich in der stationären oder ambulanten Versorgung befindlichen Versicherten. Die komplexen damit verbundenen Arzneimittelpreisregelungen in anderen Verordnungen und Gesetzen vervollständigen dieses Bild.

In diesem Abschnitt finden sich keinerlei Regelungen, welche die ärztliche Verordnungshoheit in Verbindung mit der Abgabe von Arzneimitteln durch Apotheker in Verbindung bringen.

Eine Regelung zur Abstimmung zwischen den beiden Leistungssektoren findet sich nicht – nicht einmal in den im 9. Abschnitt umfangreichen Regelungen zur Qualitätssicherung (§§ 135 – 139e SGB V).

Tatsächlich ist es der Apothekerschaft grundsätzlich gemäß § 11 ApoG (bis auf wenige Indikationsbereiche) verboten, „Absprachen“ mit Ärzten zu treffen, was eine sektorenübergreifende Arzneimittelversorgung schon aus der Apothekerschaft heraus erschwert oder gar verhindert.

Ausnahme:

Die in § 129 Abs. 5b SGB V adressierte Möglichkeit, dass Apotheken an vertraglich vereinbarten Versorgungsformen (durch Ausschreibung) beteiligt werden können, eröffnet die Möglichkeit der sektorenverbindenden Versorgung.

Bis auf § 129 Abs. 5 b SGB V wird insoweit die unter den (vertrags-)ärztlichen Sektor fallende ärztliche Verordnungshoheit eines Arzneimittels sauberlich von dem in der Folge mit Arzneimitteln versorgenden Sektor getrennt.

*Insoweit handelt es sich bei diesem Abschnitt ebenfalls ausschließlich um einen **eigenen Versorgungssektor**.*

8. Beziehungen der Krankenkassen zu sonstigen Leistungserbringern (Kapital 4 - 8. Abschnitt)

Dieser Kapitelabschnitt regelt in den §§ 132 bis 134a SGB V die Leistungsbeziehungen der Krankenkassen systemdurchbrechend nicht auf bestimmte Leistungserbringer bezogen, sondern fokussiert auf den konkreten Versorgungsgegenstand (zB spezialisierte ambulante Palliativversorgung SAPV) und definiert die an der Versorgung Beteiligten, die Voraussetzungen zur Leistungserbringung, sowie die Vertragsbeziehungen zu diesen.

In diesen insgesamt 17 unterschiedlichen und auch nicht thematisch oder medizinisch zusammenhängenden Versorgungszielen werden teilweise sektorenübergreifende und/oder interprofessionelle Regelungen getroffen.

*Insoweit handelt es sich bei diesen vereinzeltten Regelungen – ähnlich wie im 4. Abschnitt – um echte **Ansätze einer sektorenübergreifenden und interprofessionellen Versorgung**.*

Eine nähere Betrachtung dieses 8. Abschnitts findet unter II. 3 statt.

9. Selektivvertragsbeziehungen der Krankenkassen für Leistungen der „Besonderen Versorgung“ (Kapital 4 - 11. Abschnitt)

Dieser Kapitelabschnitt regelt in § 140a SGB V alle Besonderheiten der Versorgung außerhalb der sogenannten Regelversorgung und durchbricht damit die Systematik der vorangegangenen Kapitelabschnitte.

Dabei können Krankenkassen gezielt Versorgungsverträge

- nur mit einzelnen Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
- mit interdisziplinären/interprofessionellen Leistungserbringern und/oder
- über Sektorengrenzen hinweg mit den jeweiligen Leistungserbringensektoren abschließen.

Diese Verträge können sich nicht nur auf Versorgungs- und Leistungsinhalte beziehen, sondern auch die Organisation der Versorgung allein betreffen (§ 140a Abs.2 SGB V).

Die möglichen Vertragspartner der Krankenkassen sind ausdrücklich (und abschließend) genannt und gehen weit über die bislang im SGB V geregelten Leistungserbringeradressaten hinaus.

*Dieser Abschnitt des SGB V regelt ausdrücklich und umfangreich die Möglichkeiten einer **sektorenübergreifenden und interprofessionellen Versorgung**.*

Eine nähere Betrachtung dieses 11. Abschnitts findet unter II. 4 statt.

10. Fachpflegeleistungen und andere Fachheilerberufe – kein eigener Versorgungsbereich, kein eigener Sektor

Die moderne Medizin kommt heutzutage nicht ohne Fachpflegeberufe und andere Fachexpertisen und moderne Heilberufsbildern wie beispielsweise Physician Assistant, aus. Ob intensivpflegerische Leistungen oder spezialisierte Wundzentren, Palliativversorgung, Heiminfusionsleistungen und viele andere Bereiche benötigen die Fachexpertise der hochqualifizierten, modernen Fachpflegeberufe.

Dies stellt kein „nice-to-have“ in der Versorgung dar, sondern ist eine zwingende Gestaltungsnotwendigkeit des Gesetzgebers, wenn denn schon die Versicherten in den ersten Kapiteln des SGB V umfangreiche Anspruchsregelungen auf ebensolche Versorgungsleistungen innehaben.

Dieser Anspruch der Versicherten und damit auch der offensichtlich erkannte Bedarf durch den Gesetzgeber erklärt die nachfolgend geschilderte Einleitung des Paradigmenwechsels in Abschnitt 8. des SGB V, indem auf Versorgungsziele fokussiert wird und die interprofessionellen und sektorenübergreifend mitwirkenden Leistungserbringer nur indirekt adressiert sind.

II. Genauere Betrachtung der sektorenverbindenden Logiken des SGB V

1. Auf den ersten Blick

Vordergründig sieht es so aus, als würden sowohl in Abschnitt 4. (Krankenhäuser und Vertragsärzte) als auch in Abschnitt 8. (Beziehungen der Krankenkassen zu den „sonstigen Leistungserbringern“) bereits umfangreiche sektorenverbindende und/oder interprofessionelle Versorgungsregelungen vorhanden sein.

Das ist nur teilweise der Fall.

2. Abschnitt 4: Stationär ersetzende und nicht sektorenverbindende Leistungen – Regelungsadressat sind die Leistungserbringer

Bei genauerer Betrachtung regelt Abschnitt 4. nur die Ausnahmen, in welchen ärztliche (und nur diese) Leistungen aus dem Umfeld des Krankenhauses als stationärer Leistungserbringer ausnahmsweise als ambulante Leistungen erbracht werden dürfen.

Damit handelt es sich um stationär ersetzende, ambulante Leistungen, nicht um sektorenverbindende Leistungen, die im Wege eines Behandlungspfades aufeinander abgestimmt erbracht und die jeweiligen Leistungen gemeinsam oder separat vergütet werden.

Alle ärztlichen Leistungen in diesem Abschnitt werden daher faktisch dem ambulanten Sektor zugeordnet und auch in diesem über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) als „Honorarverteilungsinstitution“ für den ambulanten Sektor abgerechnet.

Außerdem beinhalten diese Regelungen durchweg die Systematik der ambulanten Marktzugangsregelungen. Das bedeutet, dass eine Umsetzung der Erbringung der Leistungen – bis auf Regelungen wie ambulantes Operieren § 115c SGB V – in den meisten Regelungsbereichen der Bedarfsplanung und damit dem Genehmigungsvorbehalt der lokal zuständigen KV unterliegt.

3. Abschnitt 8: Systemwechsel durch Fokussierung auf Versorgungsziel – interprofessionell und sektorenübergreifend

Mit der Überschrift „Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern“ suggeriert der Abschnitt weiterhin die bisherige Systematik der Adressierung bestimmter Leistungserbringer. Tatsächlich aber geht es in dem Abschnitt um Versorgungsinhalte, welche durch unterschiedliche Leistungserbringergruppen überwiegend interprofessionell und/oder sektorenübergreifend durchgeführt und erbracht werden sollen.

a. Vom Regelungsadressaten Leistungserbringer zum Versorgungsziel

Damit hat der Gesetzgeber in diesem Abschnitt bereits einen systematischen Paradigmenwechsel eingeleitet, indem er systemdurchbrechend das Versorgungsziel in den Vordergrund gestellt und die daran mitwirkenden Leistungserbringer indirekt adressiert hat.

b. Abschnitt echter sektorenübergreifenden und interprofessionellen Versorgung

Dieser 8. Abschnitt regelt eine Reihe von modernen Versorgungsinhalten, welche insbesondere die Interprofessionalität der Leistungserbringerberufsgruppen, als auch – je nach Versorgungsinhalt – medizinisch sinnvolle sektorenverbindende Leistungen darstellt. Der Abschnitt 8 beinhaltet auch Versorgungsinhalte, welche nur einen Adressaten als Leistungserbringer und Sektor haben – sie sind dennoch in diesem Abschnitt und nicht in den „klassischen Leistungserbringer-Sektoren“ adressiert worden, da das Versorgungsziel im Vordergrund steht, wie beispielsweise die Gripeschutzimpfung in Apotheken oder die Übergangspflege im Krankenhaus.

Der Paradigmenwechsel besteht vor allem darin, dass erst das Versorgungsziel und dann die (notwendigen) Beteiligten adressiert werden.

Was wird von wem, wie, unter welchen Voraussetzungen und mit welcher Vergütung erbracht?

Folgende Versorgungsinhalte sind Bestandteil dieses Abschnitts:

Versorgungsinhalt	Beteiligte Leistungserbringer/Sektoren	Vertrags-/Versorgungspflicht oder optional für Krankenkassen?
§ 132 Versorgung mit Haushaltshilfe	Hauswirtschaftliche Dienstleistung	Versorgungspflicht
§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	Fachpflegeberufe, spezialisierte Einrichtungen (Wundzentren) (indirekt Vertragsärzte Anordnung/Rezeptierung	Versorgungspflicht, unterschiedliche Umsetzungsgeschwindigkeit in den Körperschaftsgebieten
§ 132b Versorgung mit Soziotherapie	Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten	optional
§ 132c Versorgung mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen	Kinderkrankenschwester oder -pfleger, Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Psychologe. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.	optional
§ 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	Fachpflegeberufe, Vertragsärzte, Hospize, Pflegeeinrichtungen, BtM-versorgende Apotheken, psychosoziale Leistungserbringer, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten	Versorgungspflicht in Regelversorgung; ausdrückliche optionale Vertragsfreiheit für §73b- oder § 140a Verträge
§ 132e Versorgung mit Schutzimpfungen	Vertragsärzte, Betriebsärzte, Landesgesundheitsbehörden/öffentlicher Gesundheitsdienst, Apotheken	Versorgungspflicht
§ 132f Versorgung durch Betriebsärzte	Betriebsärzte	optional
§ 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, Hausärzte, Krankenhaus, Hospiz	Versorgungspflicht (Krankenkassen); optionales Angebot der Pflegeeinrichtung
§ 132h Versorgungsverträge mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen	Pflegeheime, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen	optional
§ 132i Versorgungsverträge mit Hämophiliezentren	Interdisziplinäre Vertragsärzte, Sozialdienst, Physiotherapie, Zahnärzte	Versorgungspflicht
§ 132j Regionale Modellvorhaben zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen in Apotheken	Apotheken (Schulung durch Ärzte)	Versorgungspflicht (Krankenkassen); optionales Angebot der Apotheken
§ 132k vertrauliche Spurensicherung	Krankenhäuser, Vertragsärzte, Landesbehörden	Versorgungspflicht
§ 132l Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung	Intensivpflegeeinrichtungen, Pflegedienste, Vertragsärzte	Versorgungspflicht
§ 132m Versorgung mit	Krankenhaus	Versorgungspflicht

Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus		
§ 133 Versorgung mit Krankentransportleistungen	Rettungsdienste	Versorgungspflicht
§ 134 Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge; Verordnungsermächtigung	DiGa-Hersteller	Versorgungspflicht
§ 134a Versorgung mit Hebammenhilfe	Hebammen und hebammengeleitete Einrichtungen	Versorgungspflicht

4. Abschnitt 11 – Ausnahmeregelung: Selektivvertragsbeziehungen der Krankenkassen für Leistungen der „Besonderen Versorgung“

Wie bereits unter I.9 dargelegt, durchbricht die Ausnahmeregelung des § 140a SGB V die sektorentrennende Grundlogik der bilateralen und damit getrennten Leistungsbeziehungen zwischen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringensektoren.

a. Systemwechsel Versorgungsrahmen und Vertragspartnerschaften

Der § 140a SGB V steckt einen Versorgungsrahmen und eröffnet die Möglichkeit, auch mit über die üblichen Leistungserbringensektoren hinausgehenden Versorgungsbeteiligten Versorgungsverträge abzuschließen, welche in der Regelversorgung nicht existieren. Dabei sind auch beispielsweise Industriepartner, sowie andere Sozialversicherungsträger, wie die Pflegekasse, potentielle Vertragspartner. Im Einzelnen handelt es sich dabei um:

1. *nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,*
2. *Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,*
3. *Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,*
 - 3a. *anderen Leistungsträgern nach § 12 des Ersten Buches und den Leistungserbringern, die nach den für diese Leistungsträger geltenden Bestimmungen zur Versorgung berechnete sind,*
 - 3b. *privaten Kranken- und Pflegeversicherungen, um Angebote der besonderen Versorgung für Versicherte in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung zu ermöglichen,*
4. *Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1,*
5. *pharmazeutischen Unternehmen,*
6. *Herstellern von Medizinprodukten im Sinne der Verordnung (EU) 2017/745,*
7. *Kassenärztlichen Vereinigungen oder Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1 zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen,*

8. *Anbietern von digitalen Diensten und Anwendungen nach § 68a Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 und 3.*

Der § 140a SGB V adressiert – anders als die oben dargestellten Abschnitte – weder einen Leistungserbringersektor, noch ausdrückliche (indikationsbezogene) Versorgungsziele.

Stattdessen steckt diese Regelung einen Versorgungsrahmen und durchbricht damit die vorangegangene Systematik der sektorenbezogenen Adressierung einzelner Leistungen und/oder Leistungserbringer. Eine der wenigen Vorgaben des § 140a SGB V ist die Mindestanforderung, dass Qualitätsvorgaben des G-BA und des Bundesmantelvertrags Mindestvoraussetzungen darstellen, welche im Rahmen der Verträge nicht unterschritten werden dürfen.

Faktisch ermöglicht die Regelung zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V eine umfassende, von der Regelversorgung abweichende und vor allem interprofessionelle, interdisziplinäre und auch sektorenübergreifende Versorgung, wovon auch vielfach Gebrauch gemacht wird.

Die Selektivverträge nach § 140a SGB V müssen im Übrigen öffentlich ausgeschrieben werden (EU-weit), sodaß sie auch ein wettbewerbliches Element beinhalten.

Das bedeutet jedoch nicht, dass zwingend auf Exklusivität eines Vertragspartners oder einer Leistungsgemeinschaft gesetzt werden muss und demnach nur ein Bieter oder eine Bietergemeinschaft letztlich den Zuschlag erhält, sondern auch offene, funktionale Ausschreibungen stattfinden können, welche bei Erfüllung der Zuschlagskriterien mehreren Bietern die Teilnahme am Vertrag ermöglichen.

Insoweit lassen sich Selektiv-Versorgungsleistungen inhaltlich und auch vertraglich gestalten und es können regional und überregional viele Versorgungsanbieter einbezogen werden, um eine Flächenversorgung zu gewährleisten.

b. Einschränkung für die flächendeckende Versorgung in der Bundesrepublik mit Selektivverträgen – kein Kontrahierungszwang

Der durch den § 140a SGB V ermöglichte und weitestgehend unter Vertragsfreiheit stehende Versorgungsrahmen ist allerdings weder für die Krankenkassen noch für die Vertragsadressaten verpflichtend.

Es besteht kein Kontrahierungszwang, sodaß die Möglichkeit der Nutzung dieser Versorgungsregelung den Krankenkassen optional überlassen ist. Es besteht nicht einmal ein Kontrahierungszwang für andere Krankenkassen, wenn bereits eine Krankenkasse einen solchen Vertrag zur besonderen Versorgung abgeschlossen, sich dieser bewährt hat und erfolgreich ist.

Damit bleibt die Regelung hinter ihren Möglichkeiten der Verbesserung einer Versorgung zurück und stellt lediglich die Ausnahme der Regel(versorgung) dar.

Allerdings kann der § 140a SGB V auch als Vorbild für den Umbau der Versorgungslogik im SGB V dienen, da er einen Vertrags- und Versorgungsrahmen schafft, dessen sich die Versorgungsbeteiligten bedienen und die Versorgung damit modular und sinnhaft gestalten können.

III. Veränderungsnotwendigkeiten in der Regelungssystematik im SGB V

1. Ausgangspunkt patientenbasierte Bedarfs- und Versorgungsorientierung

Wie eingangs bereits beschrieben, würde ein Patient in einer idealen Welt nach den akuten Versorgungsnotwendigkeiten und nach den Versorgungsschweregraden einer Behandlung beurteilt und versorgt. Die für den Patienten notwendige Leistung wird erbracht und vergütet. Es werden Leistungen unterlassen, die für den Behandlungserfolg nicht förderlich sind. Letztlich werden alle am Diagnose- und Therapieprozess Beteiligten für das Erreichen des Therapieziels vergütet, unabhängig davon, welche Leistung erbracht oder unterlassen wurde, um dem Patientenwohl zu dienen.

Von dieser idealen Welt ist das deutsche Gesundheitssystem nicht zuletzt aufgrund der im SGB V angelegten Sektorensystematik weit entfernt. Es ist jedoch möglich, die Wirklichkeit der Systematik an die Versorgungsnotwendigkeiten anzupassen. Ansätze dazu sind im SGB V bereits vorhanden und müssen lediglich um- und ausgebaut werden.

2. Ansatz sektorenübergreifende Verantwortlichkeiten - das „gemeinsame Landesgremium“

Der Bundesgesetzgeber hat durch § 90a SGB V immerhin schon ein „gemeinsames Landesgremium“ in der Zusammensetzung zwischen KV, Krankenkassen, Landesvertretern und weiteren Beteiligten (zaghafte) vorgesehen.

Die Bildung dieses Gremiums ist jedoch auf Landesebene keine Pflicht, sondern eine „Kann-Regelung“ und entscheiden darf es auch nichts, sondern lediglich Empfehlungen aussprechen. Weitere an der Gesundheitsversorgung Beteiligte sind nur abstrakt benannt und können – müssen aber nicht – ebenfalls Teil des Gremiums sein.

Es könnte daher ein erster Schritt darstellen, dieses gemeinsame Gremium und dessen Zusammensetzung versorgungsorientiert sektoren- und professionsübergreifend auszugestalten und mit verbindlichen Kompetenzen für die Gestaltung der regionalen

Versorgung auszustatten. Der Orientierungsmaßstab sollte sich nach modularen Versorgungszielen und Versorgungsergebnissen ausrichten.

3. Verantwortung nach Versorgungszielen und -ergebnissen ausrichten

Ausgehend von diesen Überlegungen ist ein fundamentales Umdenken notwendig, welches sich nicht primär auf die Verteilung von sektoralen Ressourcen im GKV-System, sondern auf konkrete Behandlungsnotwendigkeiten und –ziele, sowie auf eine interprofessionelle und sektorenübergreifende, sowie gegebenenfalls auch ergebnisorientierte Versorgung ausrichtet.

Wird daher die Versorgungsnotwendigkeit der Versicherten und Patienten ernst genommen, sind die zur Vermeidung der quantitativen und qualitativen Steigerung von chronischen und schweren Erkrankungen und die damit einhergehenden Ressourcendefizite zu adressieren. Eine Orientierung an Zielen und Ergebnissen in der Versorgung ist dann unvermeidbar, wobei dem Umstand Rechnung getragen werden muss, dass nicht immer Ergebnisse definierbar und auch erreichbar sein können. Eine Zielorientierung in der Versorgung ist jedoch immer möglich, wenngleich sie vermutlich immer patientenindividueller werden wird. Das schließt jedoch eine Zielorientierung keineswegs aus.

Diese Erkenntnis zieht die Verknüpfung von Marktzugangs-, Leistungs- und Vergütungsstrukturen nach sich, so dass es auf den Wert einer Leistung im Verhältnis zum avisierten Ziel ankommen muss und nicht auf die Frage, in welchem Sektor die Leistung zu allokalieren und zu vergüten ist. Auch diese Erkenntnis ist nicht neu, jedoch zwingt gerade die Digitalisierung und der Umbruch der tradierten Geschäftsmodelle dazu zu klären, wer eigentlich von dem Ergebnis einer Leistung profitiert (cui bono?). Eine frühzeitige Erkenntnis der Vermeidung wertloser Leistung mag dabei genauso wertvoll sein, wie der gezielte Einsatz wertvoller Leistungen in Diagnose und Therapie.

Eine solcher Umbau der Leistungsprozesse ermöglicht auch einen schonenden Einsatz von personellen und andren Ressourcen, was dem Ärzte- und Fachkräftemangel in Zeiten steigenden Versorgungsbedarfes entgegenkommt.

Diese Betrachtung verträgt sich indes nicht mit althergebrachten Denkmustern, welche sowohl Marktzugang, sowie Leistungen und Vergütungen nach Sektoren klassifizieren. Hier sind neue Denkmuster unabdingbar.

4. Zielvorgaben in einer vom Sektorendenken befreiten Versorgungswelt

Unter diesen Voraussetzungen ist ebenfalls neu zu definieren, von welcher Profession und wann im Diagnose- und Behandlungsprozess eine Leistung erbracht und abgerechnet werden kann. Die bisherigen Voraussetzungen einer „Zulassung“ sind bislang primär im GKV-System beheimatet. Im PKV/Selbstzahler-System sind die Marktzugangsschwellen bedeutend niedriger angesiedelt, als in der GKV-Welt.

5. Neue Marktzugangs- und Erstattungsregelungen

Die bisherige Struktur des GKV-Systems basiert insbesondere im Rahmen der sogenannten „Bedarfsplanung“ letztlich primär auf einer Verteilungslogik der von den Beitragszahlern geleisteten Einzahlungen und orientiert sich mangels hinreichender Datenlage nur unzureichend am tatsächlichen Versorgungsbedarf. Der Marktzugang für die Teilnahme am GKV-System ist bereits durch die Vergabe von Versorgungsaufträgen in Form von Zulassungen geregelt.

Zur Bewältigung der bestehenden und künftigen Versorgungsherausforderungen bedarf es einer interprofessionellen und sektorenunabhängigen Definition eines Versorgungsauftrags und bedingt jedoch eine Auseinandersetzung mit den gewünschten Diagnostik- und Behandlungszielen. Das dürfte eine der größten Herausforderungen einer Neustrukturierung der Leistungserbringung darstellen.

Mit einer sozialrechtlichen Zulassung ist aufgrund der §§ 72 ff SGB V die Wahrnehmung einer sozialrechtlichen Versorgungsverpflichtung verknüpft. Der Versorgungsauftrag ist damit zugleich Recht und Pflicht zur Sicherstellung der GKV-Versorgung.

Die Regelung des Marktzugangs zur Teilnahme am SGB V-System allein reicht jedoch nicht aus, um die Qualität der erbrachten und gewünschten Leistungen sicherzustellen. Hier tritt zutage, dass in dem historische gewachsenen SGB V-System qualitative Ausrichtungen und Standards gewünscht, jedoch mangels definierter sek-

torenübergreifender und interprofessioneller Zuständigkeiten nicht hinreichend konkretisiert worden sind.

Ein Lösungsansatz hierzu könnte sein, die Rahmenvertragslogik des § 140a SGB V aufzugreifen und ein neues SGB V-Kapitel modular zu gestalten. Es gälte, die Marktzugangsregelungen mit Qualitätsvorgaben zu verbinden und entsprechende vertraglich zu vereinbarende Vergütungslogiken vorzusehen.

Dabei würden interprofessionelle und sektorenübergreifende Versorgungsmodule gebildet und ausgeschrieben werden, sodass die regionalen Leistungserbringer sich einzeln oder in Bietergemeinschaften an solchen Ausschreibungen beteiligen. Exklusive Zuschläge können, müssen aber nicht vorgesehen sein, sodass diejenigen, welche die Anforderungen an den ausgeschriebenen Versorgungsmodellen erfüllen, einen Zuschlag erhalten und an der Versorgung teilnehmen können, ohne Wettbewerb auszuschließen.

6. Zwischenergebnis

Ziele und Ergebnisse der Leistung müssen mehr in den Vordergrund gerückt werden, um eine höhere Effizienz der Ressourcennutzung gewährleisten zu können. Das gilt umso mehr für komplexe, interprofessionelle und sektorenübergreifende Leistungen.

Daher wird es wichtig werden,

- a. einen Regelungsrahmen für sektorenübergreifende und interprofessionelle Versorgung zu etablieren, welcher
- b. inhaltlich nach Indikationen und Versorgungszielen modular aufgebaut ist.

Dabei können die Regelungen des Abschnitt 8 nach Versorgungszielen strukturiert in Verbindung mit dem Abschnitt 11 der Besonderen Versorgung in ein konsolidiertes Kapitel überführt und integriert werden.

IV. Ausblick einer erweiterten Regelungssystematik im SGB V - Umsetzungs- und Lösungsmöglichkeiten

1. Änderung der Bedarfsnotwendigkeit zwingt zum Umdenken

Das Voranschreiten der Morbiditätslast, die Personalisierung der Medizin, sowie die Digitalisierung unterstützen die ressourcenschonende Notwendigkeit, eine erweiterte Regelungssystematik im SGB V zu etablieren, welche sektorenübergreifende und interprofessionelle Versorgungsziele definiert, regional vorhält und umsetzt.

2. Orientierung an Hierarchisierten Morbiditätsgruppen des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) verteilt Beitragszahlungen an die Krankenkassen in Verbindung mit einer risikoadjustierten Bewertung des mit einem schweren und/oder chronischen Krankheitsbildes verbundenen Morbiditäts- und damit Kostenrisikos gem. § 266 Abs. 2 SGB V. Je höher die Morbiditätslast eines Patienten – und damit das Kostenrisiko der Krankenkassen – ist, umso mehr Finanzierung fließt der Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds zu.

Auf der Seite der Leistungserbringer ist diese Risikoadjustierung und Verbindung der für die Versorgung dieser Patienten notwendigen Ressourcen und Leistungen nicht (hinreichend) im SGB V vorgesehen. Es fehlt an einer Brücke zwischen risikobezogenen Einnahmen auf Kostenträgerseite einerseits und risikoadjustierter Betrachtung der Versorgung auf der Ausgabenseite andererseits. Wenn klar ist, dass schwer und chronisch kranke Patienten nicht durch einen Sektor versorgt werden können, müssen sektorenübergreifende und interprofessionelle Versorgungssysteme der Risikoadjustierung durch effektiven und effizienten Einsatz der Ressourcen Rechnung tragen können.

3. Zulassung von Versorgungssystemen, nicht sektoralen Leistungserbringergruppen

Die bisherige Marktzugangslogik im GKV-System basiert auf einer Art „Bausteinzulassung“, primär unterteilt nach Sektoren und Professionen.

Eine Bündelung dieser Leistungen kann jedoch in einer „konzeptionellen Zulassung“ und damit in einem modularen Versorgungssystem bestehen, wie es bei Verträgen zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V dem Grunde nach üblich ist.

Nach diesem Prinzip können „Versorgungssystemzulassungen“ im Wege einer konzeptionellen und modularen Strukturierung erarbeitet und durchgeführt werden und bilden damit einen regulatorischen Versorgungsrahmen.

Selbstverständlich bedingt dies eine vertragliche (zivilrechtliche) Vereinbarung zwischen den Leistungserbringern einzelner Systembestandteile im Innenverhältnis, um Rechte und Pflichten, sowie die Vergütung untereinander zu verteilen.

Diese Herangehensweise ermöglicht ein sukzessives Andocken und damit Erweitern von Leistungen und Produkten an ein modulares Versorgungssystem, die einen Mehrwert für die Diagnostik und/oder Therapie darstellen und damit an das „Basispaket“ der „Versorgungssystemzulassung“ angedockt und in das Gesamtpaket der Leistungen integriert werden können. Diese Herangehensweise würde auch eine dynamische Anpassung und Integration von Innovationen ermöglichen.

4. Herausforderung Messbarkeit von Ergebnissen – diagnostisch wie therapeutisch

Die Messbarkeit der Qualität von Leistungen nimmt durch die Digitalisierung nicht nur zu, sondern ermöglicht auch ganz neue Gestaltungen der Geschäftsmodelle von Leistungserbringern und Versorgungssystemen.

Der Grad der Individualität der Ergebnisse und damit auch der Individualisierung von Erfolgen nimmt allein durch das stetige Ansteigen, sowie die Verfügbarkeit von Daten deutlich zu. Das bedeutet eine Individualisierung von zu vereinbarenden Messparametern, gegebenenfalls sogar im individuellen Behandlungsfall.

Damit stellt diese Veränderung eine besondere Herausforderung dar, da sie Einfluss auf Preise und Wertschöpfungsketten nimmt.

Wenn der individuelle Erfolg der Leistung für die Qualität maßgeblich ist, geht es künftig auch mehr um den (individuellen) Wert einer Leistung bzw. eines Versorgungssystems, als um dessen Preis. Der Preis bemisst sich am Wert des Ergebnisses und kann daher variieren.

Daher wird es wichtig sein, im Rahmen einer Ausgestaltung eines neuen/konsolidierten Kapitels im SGB V, sich auf die Rahmenbedingungen von modularen Versorgungssystemen zu konzentrieren, um die sich entwickelnde Innovation und Dynamik in der Leistungserbringung nicht statisch zu behindern, sondern ebenfalls dynamisch zu gewährleisten.

5. Dezentralisierung mithilfe von Digitalisierung

Die Orientierung an schweregradorientierten, sektorenübergreifenden und interprofessionellen Versorgungssystemen sollte durch einen hohen Grad an Digitalisierung unterstützt werden, um einen positiven Einfluss auf bis zu drei Digitalisierungseffekte zu haben:

a. Prozessverbesserung

Verbesserung der Prozessgeschwindigkeit und -qualität in der Versorgung. Dies entlastet auch die sich verringernde Anzahl der Leistungserbringer.

b. Versorgungssystemverbesserung

Eine verbesserte Datenerhebung und ein verbesserter Datenaustausch über die Sektorengrenzen hinweg ermöglichen eine verbesserte Zusammenarbeit, einen effektiveren Ressourceneinsatz und damit auch eine höhere Wirtschaftlichkeit in der Patientenversorgung. Dies betrifft insbesondere die den Bereich der „Chronikerversorgung“.

c. Ergebnisverbesserung

Messbarkeit der medizinischen Ziele und Ergebnisse, der Lebensqualität und des Gesundheitszustands der Patienten, sowie des wirtschaftlichen Nutzens der eingesetzten Ressourcen.

Erkenntnisgewinn und Ressourceneffizienz

In einem digitalisierten Versorgungssystem kann sowohl Telediagnostik zu Beginn der Behandlung als auch das Telemonitoring im Therapieverlauf eine wichtige und ressourcenschonende Rolle spielen. Beispielsweise das Telemonitoring und die telemedizinische Anbindung von Ärzten und pflegerischen Wundspezialisten können Ersteinschätzungen, sowie Therapieverlaufskontrollen durchführen, ohne beim Patienten dauerhaft vor Ort sein zu müssen. Diese Vermeidung von Kosten hat einen Wert, der der Prozessqualität der Versorgung zugutekommen und zwischen Kostenträger und Leistungserbringern geteilt werden kann.

Diese Art der beiderseitigen Incentivierung dient a) der Qualität der Versorgung, damit auch b) dem Patientenwohl, als auch c) dem Erhalt des Solidarsystems.

6. Bewerbung um Versorgungssystemzulassungen – Ausschreibung von gewünschten Behandlungszielen und -ergebnissen

Bisher ist der Gesundheitsmarkt gewohnt, seitens der Kostenträger die Anbieter von Leistungen und Produkte einzuwerben und gegebenenfalls über Preisverhandlungen entsprechend günstig einzukaufen. Die Ausschreibungen sind daher primär auf eine bestimmte Leistung oder ein bestimmtes Produkt fokussiert. Das mag nicht falsch sein, lässt aber andere Leistungen und Produkte, insbesondere aber künftige oder bereits vorhandene Innovationen außer Betracht, welche nicht zum Einsatz kommen können, wenn die Verträge auf bestimmte Produkte/Leistungen eingeschränkt sind.

Orientiert sich hingegen die Krankenkasse an der funktionalen Leistung eines Versorgungssystems, schafft sie eine Versorgungsorientierung und einen -rahmen losgelöst von einem bestimmten Produkt oder einer konkreten Leistung und ermöglicht die Offenheit für weitere Innovationen zum Wohle der Patientenversorgung.

Schreibt demnach eine Krankenkasse aus, welche Leistungen und Ergebnisse sie in einem bestimmten Krankheitsbild haben möchte und öffnet damit den Wettbewerb der Ideen, um diese Ziele zu erreichen, stärkt sie den Wettbewerb um die Qualität in der Versorgung und schränkt ihn nicht – wie bisher – ein. Dieses Vorgehen wird bereits im Rahmen der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V praktiziert und ist insoweit nicht neu.

Letztlich führt ein solcher Bieterwettbewerb um die Qualität zu einem Wettbewerb um das Ergebnis – das kann für den sinnvollen Einsatz begrenzter Ressourcen und für das Patientenwohl nicht verkehrt sein.

7. Konsolidierung und Integration der Abschnitte 8 und 11 im Kapitel 4 des SGB V

Eine pragmatische Umsetzung der vorgenannten neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen wäre die Zusammenführung der Abschnitte 8 und 11 im Kapitel 4 des SGB V.

Diese könnten den in § 140a SGB V angelegten Überbau übernehmen und eine modular-thematische Gliederung der im Abschnitt 8 enthaltenen Regelungen aufbauen. Diese könnten beispielsweise chronische Erkrankungen adressieren und auch den § 116b SGB V integrieren.

8. Bundesweites, obligatorisches Leistungsangebot – keine Optionale Überlassung des regionalen Zufalls

Dabei muss gewährleistet sein, dass es sich nicht um optionale Vertragsbeziehungen handelt, sondern alle Krankenkassen verpflichtet sind, diese Rahmenbedingungen zu erfüllen und entsprechende regionale Ausschreibungen durchzuführen, um sektorübergreifende und interprofessionelle Strukturen vertraglich sicherzustellen und dem Bedarf sowie gesetzlich zugesicherten Versorgungsanspruch der Versicherten gerecht zu werden.

Im Übrigen ergibt sich diese Verpflichtung indirekt aus der Tatsache, dass Krankenkassen ausdrücklich auf Basis des § 266 SGB V risikoadjustierte finanzielle Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Daran knüpft sich die Verpflichtung, sicherzustellen, dass die Versicherten auch adäquat versorgt werden.

Eine solche Umsetzung würde außerdem sicherstellen, dass notwendige Leistungsangebote insbesondere für chronisch und schwer kranke Versicherte, welche einer umfassenden interprofessionellen und sektorenübergreifenden Versorgung bedürfen, keine Ausnahmeregelungen, sondern eine flächendeckende Regelversorgung darstellen.

V. Zusammenfassung und Ergebnis

Das SGB V ist überwiegend sektorentrennend und professions- und einrichtungsabgrenzend strukturiert. Die wenigen im SGB V vorhandenen sektorenübergreifenden und/oder interprofessionellen Ansätze, wie in Kapitel 4 insbesondere in den Abschnitten 8 und 11 aufgeführt, sind überwiegend optional und keineswegs verpflichtend durch die Krankenkassen umzusetzen. Gleichzeitig ist der Umgang mit steigendem Kostenrisiko durch höhere Morbiditätslast bereits in § 266 SGB V vorgesehen, allerdings nur durch Erhöhung der Zuflüsse an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds. Es fehlt jedoch eine morbiditätsorientierte Risikoadjustierung auf Ausgaben-/ Leistungserbringerseite im SGB V, welche intersektoral und interprofessionell gestaltet werden muss.

Alle anderen Abschnitte adressieren in der Regelversorgung abgegrenzte Leistungserbringer und damit verbundene Sektoren. Sie fokussieren auf den Sektor und nicht die Versorgung nach medizinischer Indikation.

Die Abschnitte 8 und 11 im Kapitel 4 unterscheiden sich vom Rest der SGB V-Logik systemdurchbrechend darin, dass insbesondere in Abschnitt 8 Versorgungsziele und -inhalte adressiert werden.

Die Beitrags- und Steuerzahler zahlen bereits für steigender morbiditätsbedingte Risikokosten – die im SGB V vorgesehene sektorentrennenden Leistungsbeziehungen können dieses Versprechen jedoch nicht einlösen. Gesetzgeber und Selbstverwaltung sind daher bereits in der Pflicht, dem Rechnung zu tragen und den strukturell notwendigen Umbau umzusetzen.

Für die Sicherstellung der Versorgung ist in Zeiten steigenden Versorgungsbedarfs bei gleichzeitig sinkendem Leistungsangebot aufgrund von Ärzte- und Fachkräftemangel immanent, ressourcenschonende Verbindungen zwischen den Professionen und Sektoren zu schaffen. Daher wäre eine Konsolidierung der Abschnitte 8 und 11 und einer verstärkten Ausrichtung auf ein interprofessionelles und/oder sektorenverbindendes Versorgungsziel wichtig, um modulare Versorgungssysteme zu ermöglichen. Diese Konsolidierung könnte konkret in einem gemeinsamen Kapitel oder Ka-

pitelabschnitt untergebracht werden, wobei auch der § 116b SGB V intergiert werden sollte. Die Versorgungssysteme können regional ausgeschrieben und durch Bietergemeinschaften sichergestellt werden – unabhängig von deren Sektorenzugehörigkeit. Zwingende Voraussetzung eines solchen Paradigmenwechsels ist die gesetzliche Grundlage für eine verpflichtende Umsetzung durch die Krankenkassen – optionale Umsetzungsregelungen haben bewiesen, dass sie keinen Durchbruch in der Veränderungsnotwendigkeit des Versorgungssystems bewirken.

Ziele und Ergebnisse der Leistung müssen mehr in den Vordergrund gerückt werden, um eine höhere Effizienz der Ressourcennutzung gewährleisten zu können. Das gilt umso mehr für komplexe, interprofessionelle und sektorenübergreifende Leistungen.

Daher wird es wichtig werden,

- c. einen Regelungsrahmen für sektorenübergreifende und interprofessionelle Versorgung zu etablieren, welcher
- d. inhaltlich nach Indikationen und Versorgungszielen modular aufgebaut ist.

Dabei können die Regelungen des Abschnitt 8 nach Versorgungszielen strukturiert in Verbindung mit dem Abschnitt 11 der Besonderen Versorgung in ein konsolidiertes Kapitel überführt und integriert werden.

© Prof. Dr. Thomas Schlegel
Rechtsanwalt

Anhang
Systematische Sektorenübersicht der Regelungsabschnitte SGB V