

Verzahnung von vertragsärztlicher und stationärer Versorgung – Gestern, heute, morgen

Vortrag auf dem 2. Symposium „Sektorenübergreifende Versorgung“
in Bochum am 8. März 2023

– Thesenpapier –

1. Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ist durch den **Grundsatz** der **sektoralen Trennung** geprägt.

Die leistungsrechtliche Differenzierung der Krankenbehandlung gem. § 27 Abs.1 Satz 2 SGB V in u.a. „*ärztliche Behandlung ...*“ und „*Krankenhausbehandlung*“ korrespondiert mit einem jeweils eigenständigen Zulassungs-, Leistungserbringungs- und Vergütungsrecht.

2. Die Sektoren zeichnen sich durch unterschiedliche Antworten auf die ihre Identität prägenden **7 Fragen** auf, „*wer*“, „*wo*“, „*mit wem*“, „*was*“, „*für wen*“, „*wie*“ und „*für wieviel*“ leisten darf – und durch eigenständige Instrumente zur Beantwortung dieser Fragen – bspw. durch Gesetz, durch behördliche Entscheidung, durch Vertrag oder durch eine Kombination dieser Instrumente.
3. Das am 01.01.1989 in Kraft getretene SGB V (Art. 1 Gesundheits-Reformgesetz – GRG – v. 20.12.1988) hat wesentliche Elemente der in der **Reichsversicherungsordnung** (RVO) enthaltenen sektoralen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung übernommen. Schon die RVO enthielt jedoch erste regulatorische Ansatzpunkte in §§ 368g Abs. 4, 368n Abs. 7, 372 Abs. 4 und Abs. 5 RVO für eine Verbindung von kassenärztlicher und stationärer Versorgung.
4. Die gesetzlichen Regelungen im SGB V zur vor- und nachstationären Versorgung, zum Ambulanten Operieren etc. sowie zu den Hochschul- und Institutionsambulanzen eröffnen Krankenhäusern zwar im Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsinteresse neue Versorgungsfelder.

Bis zur Ergänzung von § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) v. 22.12.2006 scheiterte ein wirkliches Miteinander von Vertragsärzten mit Krankenhäusern (mit Ausnahme der belegärztlichen Tätigkeit, vgl.

unten Nr. 7) jedoch regelmäßig an der seit 1957 im Wesentlichen unverändert gebliebenen und im Gesetz angesprochenen Überzeugung einer **wesensmäßigen Unvereinbarkeit** zwischen kassen- bzw. vertragsärztlicher Tätigkeit und ärztlichen Tätigkeiten im Krankenhaus.

Erst das VÄndG führte deshalb die schon seit 2004 erlaubte institutionelle Verzahnung zwischen vertragsärztlicher und stationärer Tätigkeit durch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die von Krankenhäusern gegründet werden, zum Erfolg.

5. Die **BSG-Urteile** v. 15.03.1995 (**Radiologie**) und v. 05.11.1997 (**Pathologie**) schienen zwar die Mauer zwischen kassen- bzw. vertragsärztlicher Tätigkeit einerseits und ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus andererseits aufgebrochen zu haben.

Aus dem BSG-Urteil v. 23.03.2011 (**AOP-Vertrag**) haben wir jedoch gelernt, dass aus der Beseitigung des Verbots gleichzeitiger Tätigkeit im stationären wie im ambulanten Bereich, „*nicht allgemein die Gestattung aller denkbaren Kooperationsformen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern abgeleitet werden*“ kann. Jede entsprechende Verzahnung bedarf vielmehr als Ausnahme vom Grundsatz der sektoralen Trennung einer normativen Verankerung.

Das motivierte den Gesetzgeber, die §§ 115a und 115b SGB V zum 01.01.2012 entsprechend nachzubessern.

6. Die **ambulante spezialfachärztliche Versorgung** nach § 116b SGB V ist zwar ein weiterer Schritt, mit dem Krankenhäuser ihre Aufgaben in den ambulanten Bereich erstrecken, nicht zuletzt deshalb, um der zunehmenden Multimorbidität vieler Patienten Rechnung zu tragen. Die in Breite und Tiefe kaum zu überbietenden regulatorischen Vorgaben ermöglichen jedoch lediglich eine sektorenverbindende und keine sektorenverzahnende Versorgung.
7. Die belegärztliche Versorgung (§ 121 SGB V) ist durch die personelle Verbindung der beiden Sektoren in der Person des Belegarztes geprägt, Garant der Vermeidung von Informationsverlusten an der Sektorengrenze.

In der Versorgungswirklichkeit schwindet jedoch die Zahl der Belegärzte und damit die Bedeutung der belegärztlichen Versorgung. Das liegt u.a. an den wenig attraktiven finanziellen Rahmenbedingungen und dem fehlenden Willen der Selbstverwaltung, sich der „*Förderung des Belegarztwesens*“ durch Regelungen in Verträgen nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V anzunehmen.

8. Die im Jahr 2000 in § 140a (ff.) SGB V ins SGB V implementierte **Integrierte Versorgung** ist durch die Möglichkeit gekennzeichnet, über wesentliche Vorgaben des Leistungserbringungsrechts mittels Vertrag zwischen einerseits der Krankenkasse und andererseits u.a. vertragsärztlichen Leistungserbringern und zugelassenen Krankenhäusern zu disponieren, § 140a Abs. 3 Satz 2 SGB V

Trotz ihrer strukturellen Möglichkeiten taugt die „Integrierte Versorgung“ kaum für einen nationalen Rollout zur Verzahnung von vertragsärztlicher und stationärer Versorgung.

9. Regelungen nach § 115f Abs. 1 Satz 1 SGB V für „*eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird*“, d.h. sog. „**Hybrid-DRGs**“, dienen nicht einer Verzahnung von vertragsärztlicher und stationärer Versorgung.
10. Von den Überlegungen der **Regierungskommission** für „*eine qualitativ hochwertige stationäre und verzahnte ambulant/stationäre Versorgung*“ wissen wir nur, dass die Aufgabe einer entsprechenden Verzahnung den Grundversorgern des „Levels I“ zugewiesen werden soll. Grund für die angemahnten strukturellen Änderungen sind nicht Defizite am Übergang zwischen den Sektoren, sondern Aspekte, die mit den Schlagworten Demografie, Morbidität, Fachkräftemangel, Work-Life-Balance und Herausforderungen in strukturschwachen Regionen beschrieben werden.