

# Sektorenübergreifende Versorgung: Vorankommen an der Dauerbaustelle

**Autor:innen:** Katrin Blank, Katharina Höfer-Scheffold, Katja Jedlitschka, Göran Lehmann

## Ausgangslage

Die Idee einer sektorenübergreifenden Versorgung existiert im deutschen Gesundheitssystem bereits seit mehr als 40 Jahren. Bis heute gab es zahlreiche Versuche, die sektorenübergreifende Versorgung voranzubringen, gelungen ist es nicht wirklich.

Die Integrierte Versorgung, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, das ambulante Operieren und auch die stationsäquivalente Versorgung im Bereich der psychiatrischen Behandlung sind Beispiele für diese Versuche. Etabliert sind sie alle, doch den erhofften Erfolg der sektorenübergreifenden Versorgung und die Ausschöpfung der daraus resultierenden Effizienzpotenziale gelang nicht. Dies hat unserer Auffassung nach mehrere Ursachen. Zum einen werden die gesetzlichen Möglichkeiten nicht im vollen Umfang ausgenutzt und zum anderen sind bestimmte Regelungen operativ nicht praktikabel, es bestehen fehlerhafte finanzielle Anreize und Kommunikationsstrukturen sind nicht ausreichend ausgebaut, sodass es an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung immer noch hakt.

Auch in den letzten Jahren gab es immer wieder Gesetzesvorhaben, mit denen man die Grundidee einer sektorenübergreifenden Versorgung vorantreiben wollte. Hierbei sollen unter anderem die AOP-Reform, die Einführung der Hybrid-DRG und auch die geplante Einführung der sogenannten „sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ (Level 1i) im Zuge der Krankenhausreform einen neuen Versuch darstellen, der sektorenübergreifenden Versorgung neue Impulse zu verleihen. Die nachfolgenden Unterkapitel geben einen Einblick in die einzelnen Vorhaben

und durchleuchten die jeweiligen Potenziale im Hinblick darauf, ob sie ein gelungenes Instrument zur Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung darstellen.

## AOP – Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V

Das ambulante Operieren (AOP) nach § 115b SGB V wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz im Jahr 1992 eingeführt und ist damit eine lang etablierte Versorgungsform im deutschen Gesundheitssystem. Ziel dieser Regelung war und ist es, bestimmte medizinische Eingriffe, die keinen stationären Aufenthalt erfordern, ambulant durchzuführen. Einhergehend damit sollte eine Entlastung der Krankenhäuser, eine Kostenreduktion und eine bedarfsgerechte Behandlung der Patient:innen erreicht werden. Doch diese Ziele blieben weitgehend unerreicht und damit das Ambulantisierungspotenzial nicht ausgeschöpft. Trotz der recht frühen Ermöglichung im Jahr 1992, Operationen auch ambulant durchführen zu können, gehört Deutschland immer noch zu den Ländern, in denen zu viele Operationen stationär durchgeführt werden. Das ambulante Operieren fristete ein Schattendasein, dies zeigt unter anderem die Entwicklung der AOP-Fallzahlen am Krankenhaus. Zwischen den Jahren 2004 und 2020 stagnierten die Fälle zwischen einer und zwei Millionen, wie dem AOP-Gutachten des IGES vom März 2022 entnommen werden kann. Als ein Grund wird die lediglich marginale Überarbeitung des AOP-Kataloges angeführt.

**Exkurs: Grundlage für die Erweiterung stellt das IGES-Gutachten dar. Das IGES wurde im Zuge des MDK-Reformgesetzes mit der Erstellung des Gutachtens beauftragt. Eine Veröffentlichung des Gutachtens erfolgte erst zum 01.04.2022, weshalb auch erst zu diesem Zeitpunkt mit den dreiseitigen Verhandlungen zur Erweiterung des AOP-Kataloges gestartet wurde.**

**Ausgewiesen wurden 2.476 potenzielle neue AOP-Leistungen. Zu diesem Zeitpunkt beinhaltet der AOP-Katalog 2.879 Leistungen. Dies entspricht einer Steigerung von 86 Prozent auf mögliche 5.355 Leistungen. (IGES, Ambulantisierung: Gutachten nennt 2.500 neue AOP-Leistungen, 2022.)**

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber im Jahr 2020 im Rahmen des MDK-Reformgesetzes die sogenannte AOP-Reform eingeführt. Ziel war auch hier, wie bereits seinerzeit mit Einführung des Leistungsbereiches AOP, die ambulante Versorgung auszuweiten, um so Effizienzsteigerungen personell wie finanziell im Gesundheitssystem zu realisieren. Erfolge sollte dies, indem der AOP-Katalog in mehreren Schritten erweitert und die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen intensiviert werden sollte. Eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung mit einhergehenden Kosteneinsparungen im stationären Bereich sowie eine bedarfsgerechtere Versorgung galt es zu ermöglichen.

Doch bereits zwei Jahre nach Einführung der Reform gibt es erhebliche Zweifel daran, ob die AOP-Reform die gewünschten Effekte erzielt hat.

Die Einführung der AOP-Reform unterlag zahlreichen Herausforderungen und Kritikpunkten, die das ambitionierte Ziel womöglich hinter den Erwartungen zurückbleiben ließ. Dazu gehören unter anderem bürokratische Hürden und finanzielle Fehlanreize.

Die AOP-Verhandlungen waren, nach unserem Empfinden langwierig und schwierig. Eine Hauptursache dafür stellen die stark unterschiedlichen und gegenteiligen Interessenslagen der Selbstverwaltungspartner GKV-SV, KBV und DKG dar. Wo die KBV ein hohes Interesse daran hat, möglichst viele Leistungen mit möglichst hoher Vergütung zu ambulantisieren, stößt man bei der DKG auf Granit, da diese versucht, möglichst viele Leistungen stationär zu erhalten, da diese höher vergütet und damit finanziell lukrativer sind. Das Interesse des GKV-SV liegt in der Ambulantisierung von möglichst vielen bislang hauptsächlich stationär erbrachten Leistungen. Lösungen oder Anreize für diese unterschiedlichsten Interessenslagen liefert die AOP-Reform nicht. Dies zeigt auch die Weiterentwicklung des AOP-Kataloges der letzten zwei Jahre. Trotz umfangreicher Erweiterungsvorschläge des GKV-SV konnte der AOP-Katalog im ersten Erweiterungsschritt für das Jahr 2023 nur um 208 OPS-Kodes erweitert werden. Vorausgegangen war ein Vorschlag von 1.093 OPS-Kodes. Im zweiten Erweiterungsschritt für den Katalog 2024 konnten lediglich 171 neue OPS-Kodes konsentiert werden. Damit handelt es sich keinesfalls um die erhoffte und angestrebte substanzielle Erweiterung des AOP-Kataloges.

Weitere Probleme hinsichtlich der Leistungsausweitung entstanden neben den interessensgeleiteten Ansichten vor allem in langwierigen Klärungen von Verfahrensfragen in Bezug auf Kontextfaktoren und Schweregrade. Ebenfalls einen nicht zu unterschätzenden Einfluss hatte die angekündigte Einführung des § 115f SGB V zur sogenannten sektorenübergreifenden Versor-

gung (Hybrid-DRG), der zu diesem Zeitpunkt noch völlig offen hinsichtlich der Ausgestaltung und Umsetzung war. Aufgrund der kurzfristigen Zeitschiene für die Festlegung der ersten Hybrid-DRG-Leistungen rückte diese dreiseitige Verhandlung in den Fokus der Selbstverwaltungspartner, wodurch die Weiterentwicklung der AOP-Leistungen gehemmt wurde.

Auch die gewünschte Vernetzung der Sektoren blieb aus. Die AOP-Reform hat bislang zu keiner besser abgestimmten und vernetzten Versorgung geführt. Die beiden Sektoren erbringen jeweils getrennt für sich AOP-Leistungen, sind dabei aber völlig unabhängig voneinander. Dies liegt auch darin begründet, dass weder aus gesetzlichen noch vertraglichen Vorgaben, aber auch nicht aus sachlichen Erwägungen zwingend ein Einbezug des anderen Sektors erforderlich ist (wie beispielsweise bei der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (s. Unterkapitel Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V). So bietet der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM – die Gebührenordnung, nach der Vertragsärzt:innen abrechnen) mit dem Kapitel 31 Ambulantes Operieren, das auch Anästhesien enthält, eine vollständige und hinreichende Abrechnungsgrundlage im ambulanten Bereich. Eine Kooperation mit Krankenhäusern gibt es nur bei belegärztlichen Operationen (Kapitel 36 EBM), bei denen seitens der Krankenhäuser aber nur die Infrastruktur bereitgestellt wird. Ebenfalls ist darauf hinzuweisen, dass der AOP-Katalog bezüglich der erbringbaren Leistungen hauptsächlich für den stationären Bereich relevant ist. Für die Vertragsärzt:innen ist der EBM die maßgebliche Abrechnungsgrundlage, die auch über den AOP-Katalog hinausgeht.

Doch nicht nur die geringe Aufnahme von OPS-Kodes in den Katalog spricht für ein Scheitern der AOP-Reform, sondern auch die dahinterstehende Fallzahlentwicklung je Versicherten. Im Vergleich zum Jahr 2019 – Datenbasisjahr für das IGES-Gutachten – hat sich durch die Katalogerweiterung lediglich eine Steigerung um circa 11 Prozent bei der TK ergeben.

Im vertragsärztlichen Bereich verharren die Fallzahlen beim ambulanten Operieren seit 2011 auf relativ konstantem Niveau: Im Jahr 2023 wurden für die gesamte GKV knapp 8,6 Millionen Fälle abgerechnet – dies bedeutet eine Steigerung gegenüber 2011 um lediglich 1,6 Prozent (im Vergleich zur Fallzahl 2019 beträgt die Steigerung nur 0,6 Prozent).

Abschließend muss man aus heutiger Sicht leider festhalten, dass trotz der ursprünglichen Hoffnungen, mit der AOP-Reform die Ambulantisierung sowie die sektorenübergreifende Versorgung voranzutreiben, die AOP-Reform weitgehend gescheitert ist. Die angestrebten Effizienzsteigerungen und Kosteneinsparungen konnten nicht erreicht werden.

Insbesondere die finanziellen Fehlanreize, die bürokratischen Hürden und die mangelhafte Abstimmung zwischen ambulanten und stationären Akteuren haben dazu geführt, dass die Anzahl der ambulanten Eingriffe nur geringfügig gestiegen ist. Die angestrebten Entlastungen für den stationären Bereich und

auch die Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung sind ausgeblieben. Um die Ziele der AOP-Reform zu erreichen und damit die Ambulantisierung deutlich voranzutreiben, sind weitreichendere Reformen nötig. Ohne diese wird das ambulante Operieren hinter seinen Möglichkeiten zurückbleiben. Hierzu zählt unter anderem die Möglichkeit, die Ambulantisierung zu nutzen, um auf die Herausforderungen der Zukunft zu reagieren. Dazu gehören zum Beispiel Kostensteigerungen, der demografische Wandel, der eine kontinuierlich steigende Nachfrage nach Operationen erwarten lässt, und der Fachkräftemangel. Ein neuer Versuch des Gesetzgebers, die sektorenübergreifende Versorgung und die Ambulantisierung zu fördern, erfolgt derzeit mit der Einführung der Hybrid-DRG.

### Hybrid-DRG nach § 115f SGB V

Die Hybrid-DRGs wurden in Deutschland mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) eingeführt, das im Dezember 2022 in Kraft trat, eine notwendige Konkretisierung im Zusammenhang mit den Leistungen des AOP-Kataloges erfolgte im Dezember 2023.

Diese Regelung zielt darauf ab, die sektorenübergreifende Versorgung zu fördern und die Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern. Hybrid-DRGs sollen die unterschiedlichen Qualitäts- und Vergütungsanreize im stationären und ambulanten Bereich überwinden. Für alle teilnehmenden Leistungserbringer gelten identische Leistungsdefinitionen sowie Regelungen zur Vergütung, Dokumentation und Qualitätssicherung. Darüber hinaus soll damit der Trend zur Ambulantisierung von Krankenhausleistungen unterstützt werden.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Hybrid DRGs hat der Gesetzgeber in die Hände der Selbstverwaltung gelegt, Grundlage dafür bildet der § 115f SGB V. Die dreiseitigen Verhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Spitzenverband der Krankenkassen (GKV) zum ersten Hybrid-DRG-Katalog waren aufgrund der sehr unterschiedlichen Interessen, der Fülle von Regelungstatbeständen und der engen Zeitschiene zum Scheitern verurteilt. Auslegungsbedürftige und zum Teil unklare gesetzliche Regelungen behinderten den Verhandlungsprozess zusätzlich.

Mit der anschließenden Ersatzvornahme des BMG konnten die strittigen Punkte nur unzureichend ausgeräumt werden, es fehlten unter anderem Regelungen zur Fallabgrenzung, Abrechnung und dem Datenträgeraustausch. Diese wurden erst im Nachgang durch die Selbstverwaltung konkretisiert. Die anschließende Weiterentwicklung des Hybrid-DRG-Kataloges erfolgt weiterhin schleppend, was im Wesentlichen auf die immer noch sehr unterschiedlichen Interessenslagen und die weiterhin unklaren gesetzlichen Grundlagen zurückzuführen ist. Die KBV möchte mit der höheren Hybrid-DRG-Vergütung zusätzliche Erlöse für die niedergelassenen Ärzt:innen generieren und fordert daher einen möglichst umfangreichen Katalog an Leistungen, die DKG fürchtet dagegen Erlösrückgänge der Krankenhäuser, verfolgt

daher das gegenteilige Ziel. Die Krankenkassen zielen darauf ab, eine echte Leistungsverlagerung aus dem stationären Bereich zu erreichen und Leistungen kostengünstiger bei gleicher Qualität erbringen zu lassen. Die derzeitige Ausgestaltung führt im Ergebnis zu einer Kostensteigerung. Dies ist im Wesentlichen damit begründet, dass die Vergütungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ansteigen und eine tatsächliche Verlagerung aus dem stationären Bereich aufgrund der Leistungsdefinition nur in sehr begrenztem Umfang stattfindet.

Um die durchaus gute Idee der Hybrid DRGs weiter zu fördern, sind aus Sicht der Techniker Krankenkasse dringende Anpassungen notwendig.

Die Grundlage der Leistungen muss empirisch ermittelt werden und darf nicht einem Verhandlungsprozess von Akteuren mit sehr unterschiedlichen Interessen unterliegen. Dabei sollten Leistungen betrachtet werden, die zum heutigen Zeitpunkt überwiegend stationär erbracht werden. Dies beinhaltet auch Leistungen mit einer längeren Verweildauer. Die Leistungen müssen abgrenzbar sein, benötigen einen klaren Beginn und ein definiertes Ende und die Leistungsinhalte sind eindeutig zu benennen. Die Kostenkalkulation muss auf der Basis von Ist-Kosten erfolgen, die bisher angewandte Mischkalkulation aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und der stationären DRG-Vergütung kann nur als Übergangslösung genutzt werden. Unterschiedliche Schweregrade müssen analog zur DRG-Kalkulation berücksichtigt werden. Um eine Rosinenpickerei zu verhindern, müssen die Leistungserbringer nachweisen, dass sie auch komplexere Fälle qualitätsgesichert versorgen können.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die sinnvolle Idee der Hybrid DRGs durch einen unklaren gesetzlichen Auftrag in Kombination mit der Übertragung der Ausgestaltung auf Vertragspartner mit sehr unterschiedlichen Interessen stark verzögert wurde. Um innovative Versorgungsformen zum Nutzen der Versichertengemeinschaft schneller zu etablieren, ist es unabdingbar, dass die gesetzlichen Vorgaben zeitlich umsetzbar sind und den beteiligten Vertragspartnern inhaltlich die nötige Orientierung geben.

Ein Teil dieser Kritik ist in einem Änderungsantrag zum Krankenhausverbesserungsgesetz aufgegriffen worden. Zum einen werden feste Vorgaben zur Fallzahlentwicklung im Hybrid-DRG-Katalog vorgegeben, die Kalkulationsvorgaben auf Basis der Ist-Kosten werden konkretisiert und darüber hinaus wird ein Abrechnungsausschluss festgeschrieben. Ob diese Änderungen wirksam werden, hängt von der Umsetzung der großen Krankenhausreform ab.

### Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Jahr 2003 wurde die Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus § 116b a. F. in das SGB V aufgenommen. Ziel sollte die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung hochspezialisierter

Leistungen, Krankheiten mit besonderem Krankheitsverlauf sowie seltenen Erkrankungen sein. Als Vertragskonstrukt dienen Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Im Jahr 2007 folgte dann das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, welches vorsah, dass die Planungsbehörden auf Landesebene Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung zulassen sollten. (GKV-SV, Ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V alt, Übergang), 2022). Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz reformierte letztlich den § 116b SGB V, welcher nun den Namen „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV) trägt. Damit wurde ein eigener Versorgungsbereich geschaffen, welcher ein reibungsloseres Ineinandergreifen von ambulanter und stationärer Versorgung sicherstellen sollte. Hintergrund für diese sektorenübergreifende Zusammenarbeit war der Gedanke, dass es sich bei ASV-Fällen um seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen, um schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen oder um hochspezialisierte Leistungen handelt, welche hohe Anforderungen an Diagnostik und Therapie stellen. Die betroffenen Patient:innen brauchen häufig eine interdisziplinäre Betreuung durch ein Team von erfahrenen Fachärzt:innen und ihre Behandlung erfordert eine spezielle Qualifikation und besondere Ausstattung. Das Nähere regeln der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 116b Absatz 4 Satz 1 SGB V in einer Richtlinie zur ASV sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband in gemeinsamen Vereinbarungen (insbesondere auch zur Abrechnung der ASV).

Die Richtlinie selbst ist so ausgestaltet, dass es einen allgemeingültigen Teil gibt, der Grundsätze zur Teambildung, den personellen, sachlichen und qualitätsbezogenen Anforderungen enthält, sowie indikationsspezifische Anlagen, die diese erkrankungsbezogen weiter spezifizieren. Eine Teilnahme und Kooperation sowohl des stationären als auch des ambulanten Sektors ist verbindlich nur bei onkologischen Erkrankungen vorgesehen (G-BA, Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V, 2024).

Positiv herauszustellen ist, dass bei der ASV identische Teilnahme- und Abrechnungsvoraussetzungen für sämtliche Leistungserbringer gegeben sind – egal, ob aus dem ambulanten oder stationären Bereich (wobei die unterschiedlichen Abrechnungswege für Teammitglieder des vertragsärztlichen und Krankenhausbereichs bei der Abrechnung ein- und desselben ASV-Falls zu bemängeln sind, die zum Beispiel potenziellen Doppelabrechnungen Vorschub leisten).

Problematisch dabei ist das nach wie vor fehlende rationale Ordnungsprinzip: Erfüllen die Leistungserbringer die Anforderungen der G-BA Richtlinie können sie teilnehmen – unabhängig vom Versorgungsbedarf, ohne Mengenbegrenzung und ohne Budgets. Dennoch bleibt die ASV für bestimmte Indikationen hinter den Erwartungen zurück. So zum Beispiel beim Marfan-Syndrom. Hierbei handelt es sich um eine genetisch bedingte Bindegewbserkrankung, welche in die Kategorie Seltene Erkrankungen der ASV fällt und bereits seit 2015 Bestand-

teil dieser ist. Dennoch haben sich nur in sieben Bundesländern neun ASV-Teams zur Versorgung des Marfan-Syndroms gebildet (ASV-Verzeichnis 2024).

Dieses wie auch weitere Beispiele/Indikationen belegen, dass keine klare Korrelation zwischen der Anzahl der ASV-Teams und der Bevölkerungsanzahl, -struktur et cetera und damit zum konkreten Versorgungsbedarf existiert. Vielmehr scheint dies vom Interesse der Leistungserbringer getriggert zu sein. Damit wurde zwar formal der Rechtsrahmen für einen sektorenübergreifenden Versorgungsbereich geschaffen, in der Versorgungsrealität ist dieser auch nach zehn Jahren weder flächendeckend noch bedarfsorientiert angekommen.

### **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen – Level 1i**

Im Vergleich zu den anderen in diesem Kapitel aufgeführten Versorgungsmöglichkeiten sind die sektorenübergreifenden Einrichtungen (Level-1i-Krankenhäuser) ein neues Element, welches im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (§ 115g KHEntgG) in der Versorgungslandschaft etabliert werden soll.

Die sektorenübergreifenden Einrichtungen sollen zukünftig die medizinische Grundversorgung in „ländlichen“ Gebieten sicherstellen. Neben den stationären Leistungen rund um die Innere Medizin und die Geriatrie (b. B. weitere Leistungsgruppen) können in den Einrichtungen eine haus- und fachärztliche Versorgung (vgl. § 116a SGB V – neu nach KHVG), ambulante Leistungen nach SGB V (zum Beispiel Operationen gemäß §§ 115b und § 115f SGB V) sowie eine pflegerische Betreuung gemäß SGB V (unter anderem Übergangspflege und Kurzzeitpflege) und SGB XI erbracht werden. Die stationären Leistungen werden über degressive Tagesentgelte finanziert, welche alle Kosten abdecken sollen. Alle anderen Leistungsarten werden über die dafür vorgesehenen Abrechnungswege vergütet.

Die Bestimmung zu einem Level-1i-Krankenhaus erfolgt durch die Länder im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen durch Bescheid. Die Kriterien zur Bestimmung dieser Einrichtungen sollten dabei so ausgelegt sein, dass urbane Regionen ausgeschlossen sind.

Derzeit ist die Ausgestaltung für diese neue Art der Einrichtung noch an einigen Stellen ungeklärt:

Haus- und fachärztliche Versorgung: Über Institutsermächtigungen kann eine Level-1i-Einrichtung ambulante allgemeinmedizinische Leistungen erbringen, solange keine Zulassungsbeschränkung besteht. Auch ambulante fachärztliche Leistungen können von den sektorenübergreifenden Versorgern erbracht werden – hierfür muss aber zumindest eine drohende Unterversorgung festgestellt worden sein. Um diese Leistungen anbieten zu können, bedarf es entsprechenden Personals, welches vor allem bei einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung schwer zu akquirieren ist. Hier muss es kreative Lösungen zum

Beispiel mit kooperierenden Einrichtungen/Ärzt:innen (ambulant oder stationär) geben, um die geschaffenen Möglichkeiten auch nutzen zu können.

**Pflegerische Versorgung:** Die Erbringung pflegerischer Leistungen ist im Rahmen des SGB V und des SGB XI möglich. Die im Gesetz definierte organisatorische und wirtschaftliche Trennung wird in der Praxis kaum umsetzbar sein. Man wird abwarten müssen, wie die Einrichtungen dies lösen und ob es möglicherweise zu Erlösverschiebungen kommt.

**Übergangspflege:** Die Anpassung des § 39e SGB V definiert explizit die Übergangspflege für die Level-1i-Einrichtungen. Zwei Abweichungen gibt es im Vergleich zu den Nicht-Level-1i-Krankenhäusern. Zum einen können Level-1i-Krankenhäuser im Rahmen der Übergangspflege auch durch andere Kliniken belegt werden. Das heißt, die Hauptleistung muss nicht im selben Haus stattgefunden haben. Zum anderen greift die Nachrangigkeit der Übergangspflege gegenüber der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch bei Level-1i-Einrichtungen nicht. Dadurch sind die bürokratischen Aufwände für die Übergangspflege deutlich reduziert und könnten für sektorenübergreifenden Einrichtungen ein attraktives Angebot darstellen. Da die genannten „nachrangigen“ Leistungen fast vollständig auch in den Level-1i-Klinik erbracht werden könnten, stellt sich die Frage, ob es hier durch die sektorenübergreifenden Einrichtungen möglicherweise zu erlösoptimierenden Abwägungen kommt und wie diese zu prüfen wären.

**Ambulantes Operieren und Hybrid-DRGs:** Die Erbringung dieser Leistungen ist unabhängig von der Zuweisung einer chirurgischen Leistungsgruppe. Wurde eine chirurgische Leistungsgruppe zugewiesen, besteht die Gefahr der erlösoptimierenden Leistungserbringung. Drei unterschiedliche Abrechnungswege stehen zur Verfügung (EBM, Hybrid-DRG-Fallpauschalen, degressive Tagesentgelte), die sich vermutlich nicht gegeneinander prüfen lassen beziehungsweise Prüfungen aufgrund der Prüfquote gar nicht erst erfolgen werden.

Trotz der vielen noch unklaren Punkte könnten Level-1i-Einrichtungen – unter den Bedingungen der Bedarfsorientierung – ein effektives und effizientes Modell der ganzheitlichen und sektorenübergreifenden Versorgung/Vernetzung der Zukunft werden. Können die Einrichtungen ihre Möglichkeiten der Leistungserbringung in vollem Umfang ausschöpfen, würde das die ländliche Versorgung deutlich verbessern. Des Weiteren würden die Level-1i-Krankenhäuser einen idealen Partner – zusammen mit weiteren Leistungserbringern – für die Integrierte Versorgungsverträge nach § 140a SGB V darstellen.

Wie sich die Level-1i-Einrichtungen entwickeln werden, wird sich zeigen. Der Ansatz ist gut – wird es die Umsetzung auch?

## **Besondere Versorgungsverträge nach § 140a SGB V**

Mit der Einführung des Paragraphen 140a SGB V im Jahr 2004 wurde das Schließen von vertraglichen Konzepten zu besonderen Versorgungsformen, die die Regelversorgung nicht vorsieht oder abbildet, im deutschen Gesundheitswesen ermöglicht. Damit wurde der Weg geebnet, die Versorgung neu zu denken und zu formen. Verfolgt wird dabei das Ziel, die Versorgung der Versicherten besser und effizienter zu gestalten, indem Krankenkassen mit unterschiedlichen Leistungserbringern integrierte Versorgungsmodelle oder besondere Versorgungsmodelle vereinbaren können. Doch können Verträge nach § 140a wirklich zu einer Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung beitragen?

Verträge nach § 140a eröffnen grundsätzlich die Möglichkeit, Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer und auch rehabilitativer Versorgung zu optimieren. In den Versorgungsmodellen können beispielsweise Behandlungspfade definiert und nahtloser gestaltet werden, was der sektorenübergreifenden Versorgung Rechnung trägt.

In der Praxis gibt es allerdings immer wieder Stolpersteine. Hier ist vor allem der hohe organisatorische und bürokratische Aufwand zu nennen – vor allem wenn es um die Ausschreibungsverfahren geht. Diese sind komplex und erfordern oft einen erheblichen Abstimmungsprozess, was die zeitnahe Umsetzung solcher Versorgungsmodelle erschwert. Hinzu kommen Aspekte der Finanzierung zusätzlicher Leistungen, wie zum Beispiel Koordinations- oder Dokumentationspauschalen. Diese Mehrkosten machen Verträge unattraktiv für die Leistungserbringer. Eine Finanzierung durch die Kostenträger kann den Vorgaben der Wirtschaftlichkeit im Wege stehen. Die Schaffung finanzieller Anreize sowie die Erhöhung der Ausschreibungsgrenze oder das Streichen der Ausschreibungspflicht könnten Möglichkeiten sein, die Attraktivität der Verträge zu erhöhen und einhergehend damit eine stärkere sektorenübergreifende Versorgung zu ermöglichen.

Zusätzlich hat der § 140a SGB V in den letzten Jahren durch Gesetzgebungsverfahren und politische Initiativen wie die AOP-Reform und die Einführung der Hybrid-DRG an Bedeutung verloren. Auch die aktuellen Änderungen im Rahmen des KHVVG schüren Verunsicherungen, insbesondere bei den Krankenhäusern, wodurch der Abschluss neuer Verträge aktuell sehr schwer ist (Stichwort Vorhaltebudget). Auch verändert sich die Versorgungslandschaft durch diese Initiativen zum Teil so stark, dass einige Themenfelder für die Versorgungsverträge nicht länger interessant oder sinnvoll sind.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Verträge nach § 140a ein großes Potenzial zur Förderung einer sektorenübergreifenden Versorgung haben. Sie bieten die rechtliche Grundlage, um innovative, koordinierte Versorgungsmodelle zu etablieren und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern zu stärken.



Auch wenn Verträge nach § 140a zunächst nur zu einer regionalen sektorenübergreifenden Versorgung beitragen können, haben sie doch auch das Potenzial einer flächendeckenden Versorgung, wenn die erprobten Konzepte und Strukturen das Potenzial haben, in die Regelversorgung überführt zu werden. Im Rahmen des Innovationsfonds wird dieses Potenzial bereits genutzt. Dieses Vorgehen ist maßgebend, um die sektorenübergreifende Versorgung nachhaltig zu fördern, unabhängig von besonderen Versorgungsverträgen.

## Fazit

Bereits seit den 90er Jahren gibt es viele Leistungsbereiche im deutschen Gesundheitssystem, die sich an den Sektorengrenzen befinden. Einige dieser Leistungsbereiche wurden in diesem Kapitel vorgestellt. Fraglich ist, ob all diese Leistungsbereiche, deren Intention die sektorenübergreifende Versorgung oder auch die Ambulantisierung waren, durch die geplanten gesetzlichen Änderungen in eine funktionierende und gelebte sektorenübergreifende Versorgung überführt werden können oder ob das Status quo beibehalten wird. Sprich: eine Versorgung an den Sektorengrenzen findet statt, aber nicht übergreifend.

Deutlich zu erkennen ist, dass es gesetzliche Änderungen und aktualisierte Rahmenvorgaben geben muss, damit die langsehnte Vernetzung der Sektoren gelingt. Mit Einführung der Krankenhausreform werden weitere Wege zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung geebnet, aber zum Teil auch erschwert. Wenn man die einzelnen Leistungsbereiche als Puzzleteil versteht, wird deutlich, dass ein fertiges Puzzle nur entstehen kann, wenn man diese Leistungsbereiche gemeinsam betrachtet und nicht isoliert voneinander – dies wird bei den meisten Gesetzgebungsverfahren allerdings vernachlässigt. Erkennbar wird dies zum Beispiel beim Änderungsantrag zu den Hybrid-DRGs. Treten die dort geplanten Änderungen in Kraft, hat dies Auswirkungen auf die Weiterentwicklung des AOP-Kataloges, denn durch die hohe jährliche Fallzahlvorgabe und -steigerung bei den Hybrid-DRGs legt sich der Fokus auf die Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs. Da die Leistungsvereinbarung dabei nicht länger der Selbstverwaltung obliegt, bei AOP hingegen schon, ist es der Selbstverwaltung schier unmöglich, weitere AOP-Leistungen auszuwählen, da nicht bekannt ist, ob diese möglicherweise als Hybrid-Leistung vorgesehen sind. Diese Abhängigkeiten gibt es bei vielen Leistungsbereichen. Werden diese nicht ausreichend mitgedacht, kann eine sektorenübergreifende Versorgung weiterhin nicht in der gewünschten Form gelingen.

## Literaturverzeichnis

ASV-Verzeichnis, 2024. URL: <https://www.asv-servicestelle.de/asv-verzeichnis> (abgerufen am 29.11.2024)

G-BA, Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V, 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/80/> (abgerufen am 29.11.2024)

GKV-SV, Ambulante spezialfachärztliche Versorgung, 2023. URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant\\_stationaere\\_versorgung/asv/ambulante\\_spezialfacharztliche\\_versorgung.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/asv/ambulante_spezialfacharztliche_versorgung.jsp) (abgerufen am 29.11.2024)

GKV-SV, Ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V alt, Übergang), 2022. URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant\\_stationaere\\_versorgung/kh\\_116b\\_alt/kh\\_116b\\_alt.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/kh_116b_alt/kh_116b_alt.jsp) (abgerufen am 29.11.2024)

IGES, Ambulantisierung: Gutachten nennt 2.500 neue AOP-Leistungen, 2022. URL: [https://www.iges.com/kunden/gesundheits/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index\\_ges.html](https://www.iges.com/kunden/gesundheits/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index_ges.html) (abgerufen am 1. November 2024)