

TaylorWessing bcmed⁺

Krankenhausreform 2024: Sprungbrett oder Stolperstein?

Die Webinarreihe von Taylor Wessing und bcmed

10.10.2023



Inhaltlicher Überblick – Wo stehen wir gerade?



Webinar #1 – Die Eckpunkte im Überblick



Webinar #2 – Leistungsgruppen und Qualitätskriterien



Webinar #3 - Vorhaltefinanzierung



Webinar #4 – Umwandlung von Krankenhäusern zu Level II-Versorgern



Webinar #5 – Krankenhaustransparenzgesetz

Agenda

1	Bedeutung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen	4
2	Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen	8
3	Vergütungsstrukturen im Einzelnen	31
4	Chancen und Risiken aus Sicht der Leistungserbringer	38
5	Strategische Handlungsempfehlungen	40

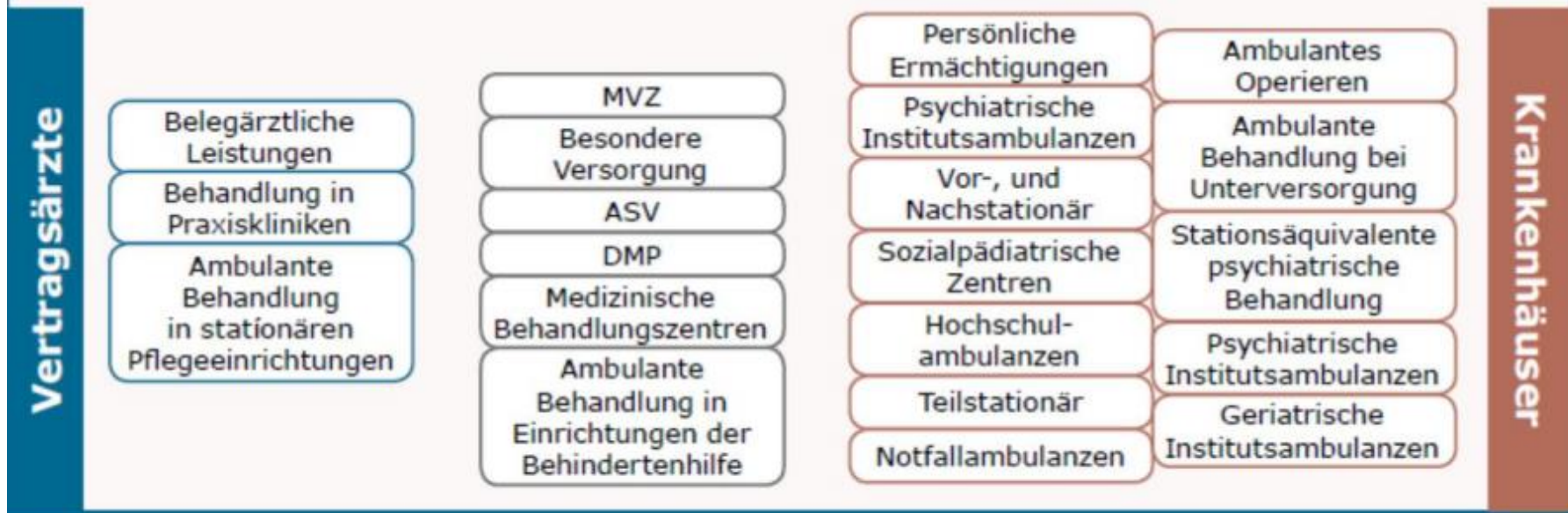


1 | Bedeutung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen

Rückschau sektorenübergreifende Versorgung

Schnittstelle ambulante-stationäre Versorgung

Reformpolitik sorgt für eine weitere Zersplitterung der Versorgungslandschaft an der Schnittstelle ambulant/stationär



Quelle: Jaeckel, R., Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017, in: IMPLICATIONplus 08/2017

Die Sektorentrennung bleibt das Dilemma

- Abschottung der Sektorengrenzen (ambulant/stationär) ist historisch gewachsen und mit unterschiedlichen Kompetenzzuständigkeiten (Bedarfsplanung/Sicherstellungsauftrag) versehen
- Unterschiedliche Vergütungsregelungen prägen das Leistungsgeschehen (ambulant: EBM/stationär: DRG)



Daraus ableitbare Konsequenzen:

- **Erhöhter Abstimmungsbedarf** an den Sektorengrenzen (betrifft insbesondere chronisch und multimorbid erkrankte Patienten mit sektorenübergreifendem Versorgungsbedarf)
- Reformpolitisches Ziel bleibt die **Sicherstellung** einer kontinuierlichen medizinischen Behandlung der Patienten über die verschiedenen Versorgungssektoren hinweg
- **Kein einheitlicher Ordnungsrahmen** für Leistungserbringer unterschiedlicher Sektoren bei der Erbringung gleicher Leistungen
- **Unterschiedliche Planungs- und Finanzierungszuständigkeiten** tragen zur Verfestigung der Sektorengrenzen bei

Integrierter Lösungsansatz

- Anstelle einer Exit-Strategie sollen Level 1i-Krankenhäuser künftig die Funktion einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung übernehmen (**sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen**)
- Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen künftig über den Weg der **staatlichen Krankenhausplanung** realisierbar, eine Überwindung der sektoralen Rahmenbedingungen (Planung/Finanzierung) findet bei diesem Lösungsansatz jedoch nicht statt
- Damit übernehmen die **Länder** die **strukturpolitische Verantwortung** für die Etablierung sektorenübergreifender Versorger
- Wesentliches Leistungsmerkmal ist die **Verzahnung stationärer Versorgungsleistungen** mit ambulanten haus- und fachärztlichen sowie medizinisch-pflegerischen Leistungen
- Diesem **Leistungsmix** steht ein entsprechender **Finanzierungsmix** gegenüber



2 | Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Aufweichung der Sektorentrennung?

Traditionelle Sektorentrennung

Ambulante Behandlung

- Grundsatz ambulant vor stationär
- Leistungserbringung durch niedergelassene Ärzte und MVZ
- Vergütung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
- EBM, GOÄ

Stationäre Behandlung

- Nachrangig
- Leistungserbringung durch Krankenhäuser
- Vergütung durch die Gesetzlichen Krankenkassen
- DRG-Fallpauschalen

Verzahnung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen?

Ziele, Definition und Leistungsspektrum

Neue Versorgungsform, die ambulante und stationäre Versorgung vereinen soll

- **Ziel:**
Sicherung der wohnortnahen medizinischen Versorgung durch Bündelung interdisziplinärer und interprofessioneller Leistungen
- **Definition:**
Spezielle Plankrankenhäuser i.S.d. § 108 Nr. 2 SGB V, denen eine zentrale Rolle bei der sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zukommt („*Brücke zwischen der ambulanten und stationären Versorgung*“)
- **Leistungsspektrum:**
 - Stationäre Leistungen der (interdisziplinären) Grundversorgung
 - Ambulante fachärztliche und hausärztliche Leistungen
 - Medizinisch-pflegerische Leistungen



Aktueller Rechtsrahmen

Bisherige Entwicklungsstufen der Reformbestrebungen



- **Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission** für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vom 6. Dezember 2022

- **Eckpunktepapier von Bund und Ländern** zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 (Webinar-Serie #1)

- **Arbeitsentwurf des BMG** vom 19. September 2023 zum Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG)

Arbeitsentwurf zum KHVVG (19.09.2023)

Gesetzliche Neuregelungen betreffend sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

§ 39e Abs. 1 Satz 1 SGB V n.F.

(Leistungen der
Übergangspflege)

§ 115g SGB V n.F.

(Behandlung in einer
sektorenübergreifenden
Versorgungseinrichtung)



§ 115h SGB V n.F.

(Medizinisch-pflegerische
Versorgung)

§ 116a Abs. 2 SGB V n.F.

(Ermächtigung zur ambulanten
Leistungserbringung)

§ 6b KHG n.F.

(Bestimmung als
sektorenübergreifende
Versorgungseinrichtung)



§ 6c KHEntgG n.F.

(Vergütung
sektorenübergreifender
Versorgungseinrichtungen)



Gesetzliche Neuregelungen

§ 115 g SGB V n.F.

Behandlung in einer sektorenübergreifenden
Versorgungseinrichtung



Leistungsgegenstand laut Eckpunktepapier

Stationäre Leistungen
der (interdisziplinären)
Grundversorgung

Ambulante
fach- und hausärztliche
Leistungen

Medizinisch-pflegerische
Leistungen

Ärztliche und pflegerische
Aus- und Weiterbildung

STOPP:

- KEINE Teilnahme an der Notfallversorgung i.S.d. G-BA Notfallstufenkonzeptes
- Also keine Anfahrmöglichkeit für die Rettungsdienste
- Ambulante Akutbehandlungen und Akutaufnahmen bleiben aber möglich

Ausschnitt aus § 115g SGB V n.F.



Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

§ 115g Abs. 1 SGB V n.F.

„(1) Krankenhäuser, die von einem Land nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können neben der stationären Behandlung auch sektorenübergreifende Leistungen nach Absatz 2 erbringen.“

§ 115g Abs. 2 SGB V n.F.

„(2) Sektorenübergreifende Leistungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere:

1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
2. ambulantes Operieren nach § 115b,
3. medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,
4. belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst,
5. Übergangspflege nach § 39e,
6. Kurzzeitpflege nach § 39c,
7. Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches,
8. Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches.“

Überblick: Künftiges Leistungsspektrum

> **Anmerkung:** Zulässigkeit der Erbringung der genannten Leistungen richtet sich nach den jeweils geltenden rechtlichen, strukturellen und finanziellen Vorgaben; im Einzelfall können also **zusätzliche** Zulassungen und Genehmigungen erforderlich sein



Weiterer Ausschnitt aus § 115g SGB V n.F.



Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

§ 115g Abs. 3 SGB V n.F.

„(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum [...],

1.

welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen nach § 135e Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen **mindestens anbieten müssen**,

2.

welche weiteren stationären Leistungen der Leistungsgruppen nach § 135e Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Geriatrie sowie weiterer Leistungsgruppen ebenfalls in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen **erbracht werden können** und

3.

welche Anforderungen an die **Qualität und Dokumentation** der Leistungserbringung nach den Nummern 1 und 2 gestellt werden.

Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zwei Jahre nach Abschluss, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt die Vereinbarung nach den Sätzen 1 und 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest.“

Gesetzliche Neuregelungen

§ 6b KHG n.F.

Bestimmung als sektorenübergreifende
Versorgungseinrichtung



Zuweisungsvoraussetzungen (1)

- Leistungserbringung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung **nicht ohne weiteres möglich**
- Länder entscheiden im Rahmen der **Krankenhausplanung**, welchen Krankenhäusern stationäre Leistungen einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung zugewiesen werden (**Versorgungsauftrag**)



Zur Erinnerung: Warum entscheiden die Länder?





Exkurs zur Erinnerung: Warum überhaupt die Länder?

Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen in Deutschland:

Art. 30 GG

„Die Ausübung der staatlichen Befugnisse und die Erfüllung der staatlichen Aufgaben ist **Sache der Länder**, soweit dieses Grundgesetz keine andere Regelung trifft oder zulässt.“

Art. 70 Abs. 1 GG

„**Die Länder** haben das Recht der Gesetzgebung, soweit dieses Grundgesetz nicht dem Bunde Gesetzgebungsbefugnisse verleiht.“

MERKE:

Bund ist nur dann regelungsbefugt, wenn und soweit er sich auf eine im Grundgesetz ausdrücklich begründete Zuständigkeit stützen kann.

Art. 71 ff. GG

Abgrenzung der Gesetzgebungszuständigkeiten richtet sich nach den Vorschriften des Grundgesetzes über die ausschließliche und die konkurrierende Gesetzgebung.

Art. 71 und 73 GG

Ausschließliche Gesetzgebungskompetenz des Bundes zur Regelung des Krankenhauswesens oder eines Teilbereichs davon gibt es nicht.

MERKE:

Es gelten Grundsätze der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz, d.h. dem Bund sind im Gesundheits- bzw. Krankenhauswesen nur bestimmte Ausschnitte zugeteilt.



Exkurs zur Erinnerung: Konkurrierende Gesetzgebung (1)

Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG Sozialversicherung

- **Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)**
- **§§ 107 ff. SGB V**
 - § 107 SGB V: Definition Krankenhaus
 - § 108 SGB V: Zulassungsformen
 - § 109 SGB V: Versorgungsverträge mit Krankenhäusern
 - § 110 SGB V: Kündigung von Versorgungsverträgen

Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze

- Finanzielle Seite des Krankenhauswesens in Form der **staatlichen Förderung** (wirtschaftliche Sicherung) und des **Pflegesatzrechts**
- **Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)**
 - § 4 KHG: Duale Krankenhausfinanzierung
 - §§ 8, 9 KHG: Grundsätze zur Investitionsförderung
 - §§ 16 ff. KHG: Grundzüge des Pflegesatzrechts
- **Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)**



Exkurs zur Erinnerung: Konkurrierende Gesetzgebung (2)

Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG Sozialversicherung

- Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)
- §§ 107 ff. SGB V
 - § 107 SGB V: Definition Krankenhaus
 - § 108 SGB V: Zulassungsformen
 - § 109 SGB V: Versorgung
 - § 110 SGB V: Kü

**Keine Kompetenz des Bundes zur Planung des Krankenhauswesens (Art. 30, 70 GG)
Krankenhausplanung ist Ländersache!**

Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenpflegegesetze

- Form der staatlichen
- Pflegegesetz
- Krankenhausgesetz (KHG)
 - § 1. Duale Krankenhausfinanzierung
 - §§ 8, 9 KHG: Grundsätze zur Investitionsförderung
 - §§ 16 ff. KHG: Grundzüge des Pflegesatzrechts
- Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

Ausschnitt aus § 6b KHG n.F.



Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

§ 6b Abs. 1 KHG n.F.

„(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde bestimmt im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aus dem Kreis der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser diejenigen, die über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus sektorenübergreifende Leistungen nach § 115g Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbringen können und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden sollen. Als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann auch ein Krankenhaus bestimmt werden, das erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen wird. Die Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung erfolgt durch Bescheid.“

Fortsetzung: Zuweisungsvoraussetzungen (2)

- Entstehung insbesondere beabsichtigt durch **Umwandlung bisheriger Plankrankenhäuser**
- Möglich ist aber auch Entwicklung aus ambulanten Versorgungsmodellen
- Als **Beispiele** werden im Eckpunktepapier genannt:
 - Bettenführende Primärversorgungszentren (PVZ)
 - Regionale Gesundheitszentren (RGZ)
 - Integrierte Gesundheitszentren
 - Andere ambulant-stationäre Zentren
- Grundsätzlich erforderlich ist die Erfüllung der Definitionsmerkmale eines **Krankenhauses** i.S.d. § 107 Abs. 1 SGB V



Definitionsmerkmale „Krankenhaus“ i.S.d. § 107 Abs. 1 SGB V

Einrichtung, die...

- der **Krankenhausbehandlung** (oder Geburtshilfe) dient;
- fachlich-medizinisch unter **ständiger ärztlicher Leitung** steht;
- über ausreichende, dem Versorgungsauftrag entsprechende **diagnostische und therapeutische Möglichkeiten** verfügt und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeitet;
- **jederzeit verfügbares** ärztliches, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Personal besitzt;
- durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung **Krankheiten** erkennt, **heilt**, verhütet oder lindert und
- in der die Patienten **untergebracht und gepflegt** werden können.

ABER:

- Zur Führung der Geschäfte kann **pflegerische Leitung** vorgesehen werden;
- Fachlich-medizinische Entscheidungen müssen ausschließlich ärztlich verantwortet sein;
- Keine fachliche Weisungsbefugnis der pflegerischen Leitung gegenüber ärztlichem Personal;
- Sicherstellung der ärztlichen Kompetenz durch **Einbindung vertragsärztlicher / hausärztlicher Leistungserbringer** möglich;
- Leistungen nach § 122 SGB V (Praxiskliniken) sind davon nicht berührt.

Bestimmung „durch Bescheid“

- Bescheid = Verwaltungsakt
- Gegen Entscheidungen nach § 6b Abs. 1 Satz 3 KHG n.F. muss dementsprechend der Verwaltungsrechtsweg gegeben sein
- Rechtsschutzmöglichkeiten:
 - Anfechtungsklage / Drittanfechtungsklage
 - Verpflichtungsklage
 - Kombination aus beidem
 - Einstweiliger Rechtsschutz / aufschiebende Wirkung (?)
- Ggf. zusätzliche Rechtsschutzmöglichkeiten bei Versagung beantragter zusätzlicher sektorenübergreifender Leistungen nach § 115g Abs. 2 SGB V n.F.



Gesetzliche Neuregelungen

§ 6c KHEntgG n.F.

Vergütung sektorenübergreifender
Versorgungseinrichtungen



Zur Erinnerung: Vergütungssystematik laut Eckpunktepapier



Ausschnitt aus § 6c KHEntgG n.F.



Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

§ 6c Abs. 1 KHEntgG n.F.

„(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für ein Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die ihm **vom Land zugewiesenen voll- und teilstationären Leistungen** sowie für die **medizinisch-pflegerische Versorgung** nach § 115h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses nach § 8 Absatz 1 Satz 3 sowie der Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 10

1.

ein **krankenhausindividuelles Tagesentgelt**, für diejenigen Fälle, in denen das Krankenhaus die ärztlichen Leistungen erbringt, sowie dessen Degression,

2.

ein **verringertes krankenhausindividuelles Tagesentgelt**, sofern die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht wurden, sowie dessen Degression sowie

3.

einen **Erlösbetrag**, welcher die krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach den Nummern 1 und 2 sowie weiterer krankenhausindividueller Tagesentgelte nach Satz 2 umfasst.

Soweit es für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, können auch **weitere krankenhausindividuelle Tagesentgelte** mit Degression vereinbart werden.“

Zusammenfassung



Leistungsspektrum

- **Stationäre Leistungen** der Fachgebiete Allgemeinmedizin, Geriatrie, Innere Medizin und Chirurgie bzw. der betreffenden Leistungsgruppen
- **Ambulante Leistungen** (vertragsärztliche Ermächtigung, Ambulantes Operieren, belegärztliche Leistungen)
- **Pflegerische Leistungen** (medizinisch-pflegerische Leistungen, Übergangspflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege und Nachtpflege)



Zulassung / „Bestimmung“

- Zulassung hinsichtlich der **voll- und teilstationären Leistungen** erfolgt durch Krankenhausplanungsbehörden per Bescheid (Zuweisung der betreffenden Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausplanung)
- Zulassung zur Erbringung der **ambulanten und pflegerischen Leistungen** richtet sich nach den insoweit jeweils einschlägigen gesetzlichen Regelungen
- Dadurch **Nebeneinander mehrerer Zulassungsformen**, um Gesamtspektrum anbieten und erbringen zu können

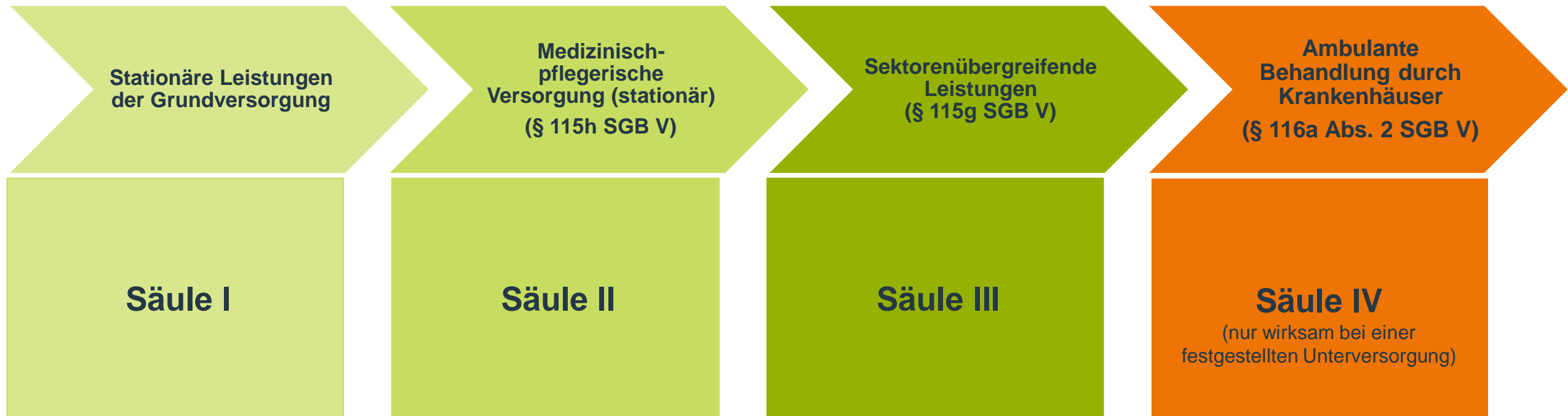


Vergütungssystematik

- **Gespaltene Vergütung / Finanzierungsmix** je nachdem, ob stationäre oder ambulante Leistungen betroffen sind
- **Stationäre Leistungen:** Krankenhausindividuelle Tagesentgelte, einschließlich Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen
- Abrechnung der krankenshausindividuellen Tagesentgelte nur möglich, wenn die maßgeblichen Strukturmerkmale erfüllt werden (§ 275a SGB V)
- **Ambulante Leistungen:** Abrechnung nach den insoweit einschlägigen Abrechnungsbestimmungen
- Zusätzlich Anspruch auf **Investitionskostenförderung**, soweit und solange Planaufnahme besteht

3 | Vergütungsstrukturen im Einzelnen

Leistungsportfolio sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen



Stationäre Leistungen (Säule I)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren

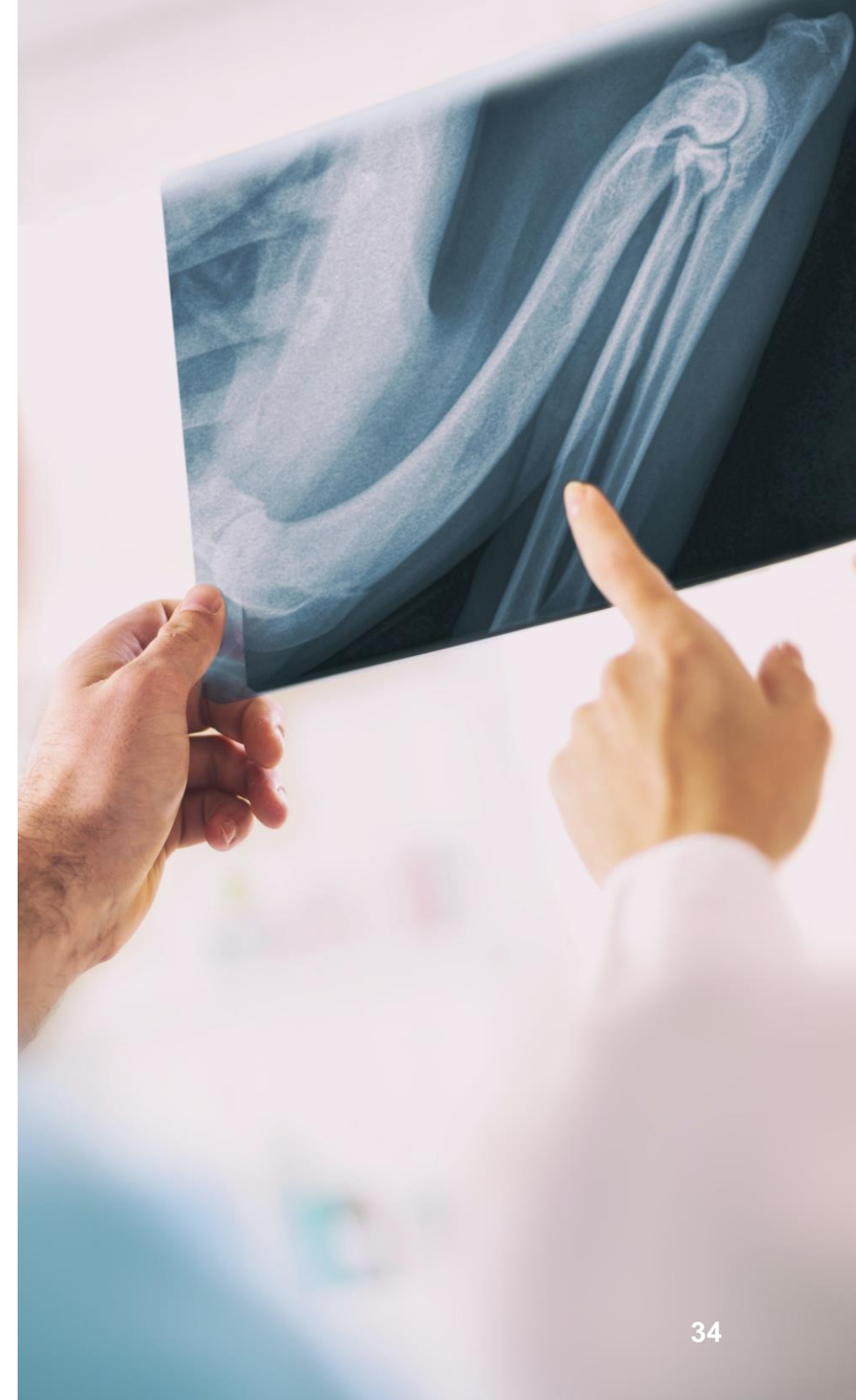
1. welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen nach § 135e **Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie** und **Geriatric** sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen **mindestens** anbieten müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen der Leistungsgruppen nach § 135e **Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Geriatric** sowie **weiterer Leistungsgruppen** ebenfalls in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden **können** und
3. welche Anforderungen an die Qualität und Dokumentation der Leistungserbringung nach den Nummern 1 und 2 gestellt werden.



Medizinisch-pflegerische Versorgung (Säule II)

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere

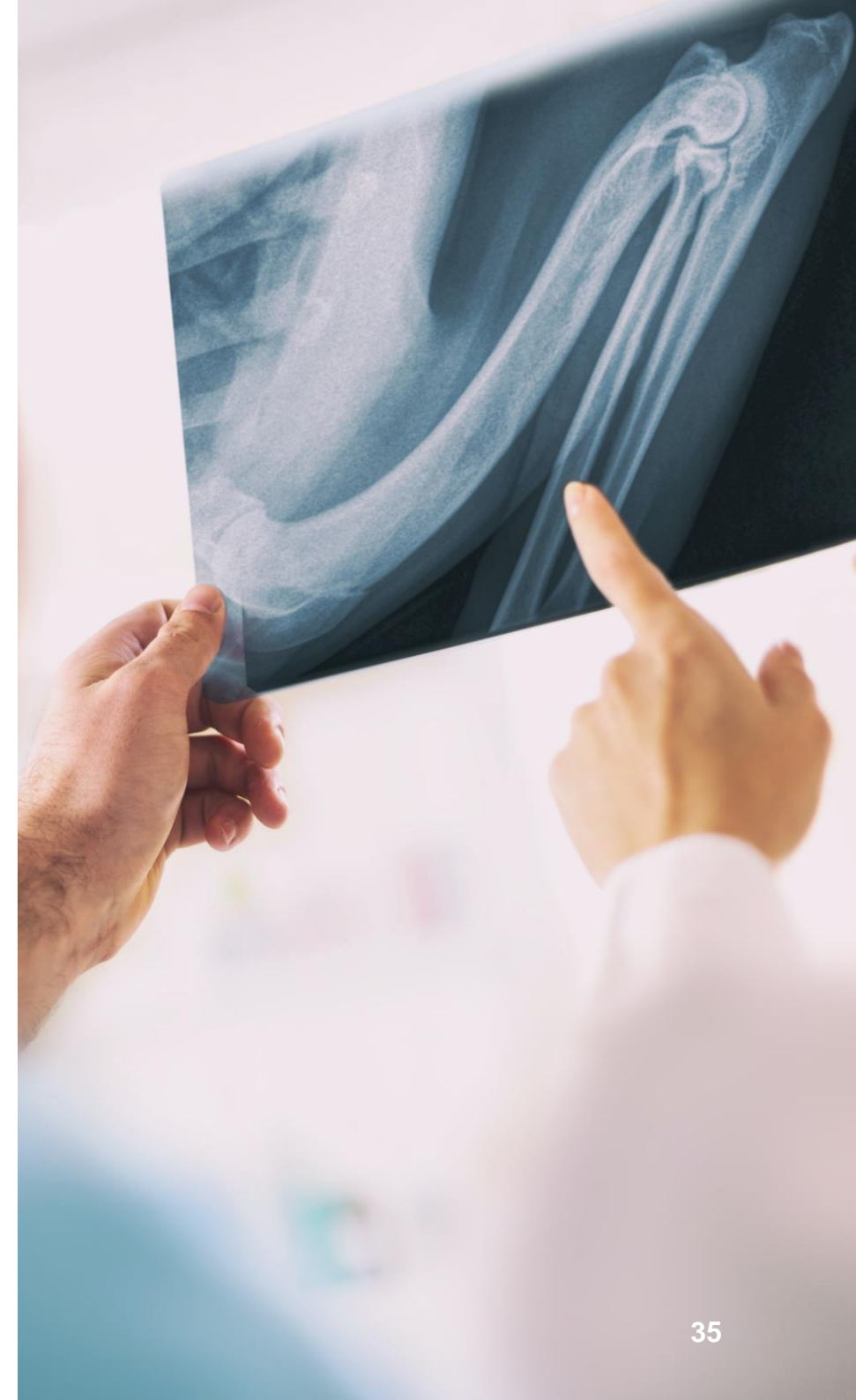
1. die **Gruppe der Patienten**, für die die medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen ist,
2. die **sächlichen** und **personellen** Mindestvoraussetzungen der **medizinisch-pflegerischen Versorgung** und
3. Vorgaben für **Kooperationsvereinbarungen** zwischen **sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen** und **Vertragsärzten** sowie **nichtärztlichen Fachkräften**.
4. Die **sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung** und die **Landesverbände der Krankenkassen** und die **Ersatzkassen** vereinbaren den **konkreten Leistungsumfang** der medizinisch-pflegerischen Versorgung in der **jeweiligen Einrichtung**.



Vergütung stationärer Leistungen

Die Vertragsparteien vereinbaren für die voll- und teilstationären Leistungen sowie für die medizinisch-pflegerische Versorgung

1. ein krankenhausesindividuelles Tagesentgelt, für diejenigen Fälle, in denen das Krankenhaus die ärztlichen Leistungen erbringt, sowie dessen Degression,
2. ein verringertes krankenhausesindividuelles Tagesentgelt, sofern die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht wurden, sowie dessen Degression sowie
3. einen Erlösbetrag, welcher die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach den Nummern 1 und 2 sowie weiterer krankenhausesindividueller Tagesentgelte nach Satz 2 umfasst.
4. soweit es für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, können auch weitere krankenhausesindividuelle Tagesentgelte mit Degression vereinbart werden.



Sektorenübergreifende Leistungen (Säule III)

SGB V

- ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
- ambulantes Operieren nach § 115b
- Medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h
- belegärztliche Leistungen (soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst)
- Übergangspflege nach § 39e
- Kurzzeitpflege nach § 39c

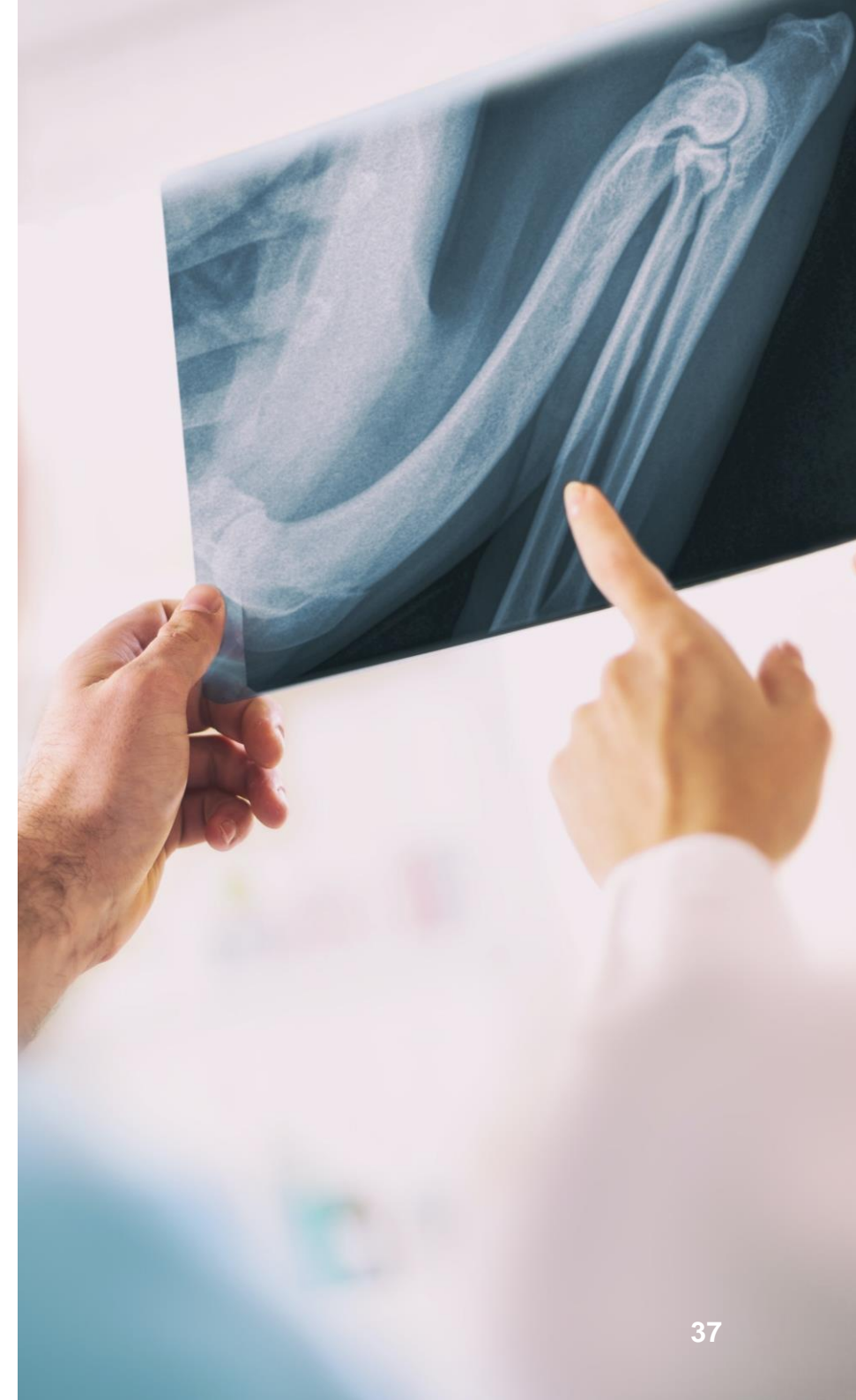
SGB XI

- Kurzzeitpflege nach § 42
- Tagespflege und Nachtpflege nach § 41

Vergütung der sonstigen, sektorenübergreifenden Leistungen

1. Ist nicht Bestandteil des KHVVG

2. Es gelten die bereits bestehenden rechtlichen Bestimmungen im Rahmen des SGB V und SGB XI



4 Chancen und Risiken aus Sicht der Leistungserbringer

Chancen und Risiken aus Leistungserbringerperspektive

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen



- Neuer Ansatz zur Überwindung sektoral geprägter Versorgungsstrukturen
- Länder übernehmen die Strukturverantwortung für diese neue Form der Leistungserbringung
- Flexible Betreibermodelle zur Etablierung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen vorgesehen



- Leistungsangebot setzt sich aus unterschiedlichen Leistungskomponenten zusammen
- Gesetzlich definierter Rahmen des vorzuhaltenden Leistungsportfolios
- Staatliche Investitionsförderung dieser Einrichtungen bedarf länderspezifischer Förderregelungen im Rahmen der Landeskrankenhausgesetze
- Vergütung stationär erbrachter Leistungen in Form degressiver Tagessätze erschwert die Sicherstellung einer wirtschaftlichen Betriebsführung
- Über die Rückzahlung KHG-geförderter Bereiche muss landespolitisch entschieden werden



- Starre Trennung zwischen Planung und Finanzierung bleibt unverändert
- Es besteht kein Kontrahierungszwang auf Anerkennung einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung
- Kalkulationsbasis zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Betriebsführung setzt sich aus einem unterschiedlichen Leistungsmix zusammen
- Vergütungsstruktur folgt nach wie vor sektorenspezifischen Vorgaben
- Kein Anreizsystem zur Personalvorhaltung in Zeiten des Fachkräftemangels vorhanden

5

Strategische Handlungsempfehlungen

Zentrale Fragestellungen



Analyse Ihres **aktuellen Portfolios** anhand künftiger Leistungsgruppen

Prüfung der Erfüllung und des Ausmaßes der Erfüllung der **Qualitätskriterien** je Leistungsgruppe

(nur Mindestvoraussetzungen oder auch Auswahlkriterien erfüllt?)

Kann Leistungserbringung als **sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Alternative** darstellen?

Welche **Einsparpotentiale** ergeben sich dadurch? Welche **Kosten** kämen hinzu?

Welche **Antragsverfahren** sind für ergänzende ambulante und / oder pflegerische Leistungen erforderlich?

Wie lassen sich notwendige **Verwaltungsverfahren** bestmöglich **vorbereiten**? Welche **Maßnahmen** sind **schon jetzt** sinnvoll?

Interdisziplinäre Herangehensweise ist essentiell

Erforderliche Management Skills



Unsere weiteren Webinare im Überblick



Webinar #5 – Krankenhaustransparenzgesetz am 19.10.2023 von 10-11:30 Uhr

Ihre Kontakte



Dr. Vanessa Christin Vollmar
Taylor Wessing

Salary Partner, Düsseldorf
+49 211 8387-199
v.vollmar@taylorwessing.com

Vanessa Christin Vollmar ist Fachanwältin für Medizinrecht bei der Kanzlei Taylor Wessing. Sie ist seit vielen Jahren auf die Beratung stationärer Leistungserbringer im Gesundheitswesen spezialisiert. Als Expertin im Krankenhausrecht berät sie deutschlandweit Krankenhäuser und Krankenhausverbände u.a. zu Fragen der Krankenhausplanung und -finanzierung.



Prof. Roger Jaeckel
bcmed GmbH

Honorarprofessor - Hochschule Neu-Ulm,
Senior Berater - bcmed GmbH, Ulm
+49 151-70595741
jaeckel@bcmed.de

Prof. Roger Jaeckel ist Dipl. Verwaltungswissenschaftler sowie European Master in Social Security und viele Jahre in leitenden Positionen in der gesetzlichen Krankenversicherung und Gesundheitsindustrie (Pharmaindustrie/Medizintechnik) tätig gewesen. Sein Fokus liegt in der Gesundheitspolitik sowie im Market und Patient Access.

TaylorWessing bcmed⁺

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!