



21.07.2010

## **Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Reform der ambulanten ärztlichen Versorgung**

### **Ambulante ärztliche Versorgung unabhängig von Sektorengrenzen**

#### ***Ambulante ärztliche Versorgung im Krankenhaus ist unverzichtbare Realität***

Die DKG begrüßt, dass die Diskussion über die Sicherstellung einer stärker am Bedarf der Patienten orientierten ambulanten ärztlichen Versorgung in Gang gekommen ist. Die Krankenhäuser erbringen in maßgeblichem Umfang ambulante ärztliche Leistungen. Ohne die jährlich 18 Mio. ambulanten Behandlungsfälle der Krankenhäuser könnten die Kassenärztlichen Vereinigungen die ambulante ärztliche Versorgung nicht bedarfsgerecht und auf höchstem medizinischen Niveau sicherstellen. Der Ärztemangel verstärkt die Schwierigkeiten, die ambulante ärztliche Versorgung flächendeckend durch niedergelassene Ärzte sicherzustellen.

Die Entwicklungen in der Medizin werden es auch weiterhin ermöglichen, vollstationäre Leistungen in teil-, vor-, nachstationäre und spezialärztliche ambulante Behandlungsformen zu überführen. Soll dieses gelingen, sind krankenhausesintegrierte ambulante Versorgungsstrukturen sowie erweiterte teilstationäre Möglichkeiten erforderlich. Deren Kennzeichen sind Spezialisierung, im Krankenhaus verfügbare Interdisziplinarität, tief gefächerte diagnostische Möglichkeiten und modernste medizintechnische Ausstattung und im Notfall die Hintergrundesicherheit des Krankenhauses. In der gleichzeitigen Vorhaltung und Nutzung solcher Kapazitäten und ärztlicher Kompetenzen für stationäre und ambulante Leistungen liegen Synergien, die für das Gesundheitswesen insgesamt von Vorteil sind. Ohne ambulante Leistungen im Krankenhaus können medizinische Aus- und Weiterbildungen in Disziplinen mit überwiegender ambulanter Leistungserbringung nicht aufrecht erhalten werden. Aus gutem Grund sind fachärztliche ambulante Leistungen in den Gesundheitssystemen der meisten Industrienationen den Krankenhäusern zugeordnet.

#### ***Krankenhäuser unterstützen Kooperationen***

Die Krankenhäuser wollen die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und arbeiten bei ambulanten Leistungen vielfach mit niedergelassenen Ärzten zusammen. 6.000 niedergelassene Fachärzte erbringen als Belegärzte stationäre ärztliche Leistungen. An vielen Krankenhäusern sind Arztpraxen und Ärztehäuser eingerichtet, die eng mit dem Krankenhaus kooperieren. Krankenhäuser sind häufig der Standort der ambulanten Notfallversorgungspraxis. Niedergelassene Ärzte nutzen Einrichtungen der Krankenhäuser für ambulante Operationen und Diagnostik. Die § 116b- Leistungen bieten besonders in Verbindung mit den Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes Möglichkeiten für Kooperationen bei einzelnen flankierenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Auch auf der Grundlage von Integrationsverträgen arbeiten Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte eng zusammen.

### ***Spezialärztliche ambulante Leistungen***

Bereits im Jahr 2003 hat der Sachverständigenrat in seinem Gutachten die „doppelte Facharztschiene“ kritisiert und empfohlen, die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten über die belegärztliche Versorgung hinaus zu verbessern und die Krankenhäuser für die spezialärztliche Versorgung (insbesondere bei hochspezialisierten Leistungen und auf Gebieten mit einem schnellen Wissensfortschritt) zu öffnen. Exemplarisch wird die Onkologie genannt, die hochspezialisierte, interdisziplinäre Leistungen im Bereich der Chemotherapie erforderlich macht.

Mit der Zulassung von Krankenhäusern zu hochspezialisierten ambulanten Leistungen (§ 116b Abs. 2 SGB V) wurde ein wichtiger Schritt in Richtung des Tertiärbereiches im Sinne des Sachverständigenrates gemacht. Der Katalog umfasst derzeit hochspezialisierte Leistungen und Behandlungen bei seltenen Erkrankungen bzw. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie z.B. angeborene Stoffwechselstörungen, onkologische Erkrankungen und Multiples Sklerose.

Um diese Leistungen zu erbringen, müssen die Krankenhäuser höchste Qualitätsanforderungen erfüllen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss für jede Krankheit detailliert festgelegt werden. Dazu gehören personelle und sachliche Ausstattungsmerkmale und interdisziplinäre Vorhaltungen. Für die GKV-Versicherten bedeuten die § 116b-Leistungen mehr Wahlmöglichkeiten, Zugang zu den Spezialisten in den Krankenhäusern, Behandlungskontinuität nach stationären Aufenthalten und eine Verringerung von Versorgungsbrüchen. Von ca. 2.200 Anträgen der Krankenhäuser auf die Zulassung zur Erbringung der § 116b-Leistungen wurden von den zuständigen Landesbehörden bisher rund 500 bewilligt.

### ***Koalitionsvertrag zu § 116 b Abs. 2 und 3 SGB V***

Im Koalitionsvertrag ist eine kritische Überprüfung und ggf. Präzisierung des Verfahrens, das die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen regelt, angekündigt. Die Krankenhäuser verbinden damit die Erwartung, dass die Zulassung zur Leistungserbringung zu erteilen ist, wenn das Krankenhaus die Qualitätsanforderungen erfüllt.

Würden die § 116b-Leistungen dagegen in die bedarfsabhängigen Zulassungsregelungen der vertragsärztlichen Versorgung eingebunden, wäre dies das faktische Aus für diese Leistungen. Der Zugang zu Hochleistungsmedizin und Wahlmöglichkeiten der Patienten würden eingeschränkt, Zukunftschancen für positive Strukturweiterentwicklungen der Medizin genommen.

### ***Bedarfsplanung und Gesamtvergütung behindern Verzahnung***

Das ambulante Sicherstellungsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen, die vertragsärztliche Bedarfsplanung mit Zulassungssperren und das System der Pauschalvergütung, die „mit befreiender Wirkung“ für alle vertragsärztlichen ambulanten Leistungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen entrichtet wird, sind die zentralen Hindernisse für die notwendige sektorenübergreifende Verzahnung des ambulanten Leistungsspektrums von Vertragsärzten und Krankenhäusern. Die Gesamtvergütungsregelung verhindert, dass das Geld der Leistung folgen kann. Möglichkeiten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und zur Erhöhung der Effizienz werden blockiert.

Die vertragsärztliche Bedarfsplanung, die Anfang der 90er Jahre mit dem Ziel der Vermeidung von Überversorgung infolge der damaligen „Ärztenschwemme“ und zur Steuerung einer rigiden Budgetierungspolitik eingeführt wurde, hat sich nicht bewährt. Die aktuelle Situation ist gekennzeichnet durch zunehmende Unterversorgung nicht nur in ländlichen Gebieten, sondern auch innerhalb von Planungsregionen, die nach den derzeitigen Regeln der vertragsärztlichen Bedarfsplanung als überversorgt gelten. Überdies hat die Bedarfsplanung die Herausbildung moderner ambulant-stationär verzahnter Strukturen verhindert. Eine Ausweitung der Bedarfsplanung auf das ambulante Leistungsspektrum von Krankenhäusern würde zu einer weiteren Verschärfung der Unterversorgung führen.

#### **BÄK/KBV-Konzept blockiert medizinischen Strukturwandel**

Nach den Vorstellungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer sollen Krankenhäuser an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nur dann teilnehmen, wenn diese nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung sichergestellt werden kann. Mit der Begrenzung auf die Ermächtigung einzelner Krankenhausärzte würde das verfügbare Leistungsspektrum für die Patienten stark eingeengt werden. Zudem würden die Möglichkeiten zur Überführung bislang stationär erbrachter Leistungen in ambulante behindert.

#### **Wir meinen:**

Die Bedarfsplanung - auch in modifizierter Form - wird die Erfordernisse bei spezialärztlichen Leistungen nicht hinreichend abbilden können. Die Einbeziehung dieser Leistungen in die Bedarfsplanung würde das Aus für diese Leistungen bedeuten. Behandlungsmöglichkeiten, die privat Versicherte haben, müssen auch GKV-Versicherten offen stehen.

## **Neugliederung der ambulanten ärztlichen Versorgung**

Die ambulante ärztliche Versorgung sollte sich in die haus- und fachärztliche Grundversorgung einerseits und die spezialärztliche Versorgung einschließlich ambulanter Operationen und stationersetzende Leistungen andererseits gliedern. Die unterschiedlichen Versorgungsbereiche sind dabei differenziert zu betrachten. Die spezialärztliche ambulante Versorgung und die ambulanten Operationen einschließlich stationersetzender Leistungen stellen andere Anforderungen an einen Ordnungsrahmen als die hausärztliche und wohnortnahe fachärztliche Versorgung.

### **1. Ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung**

Zur Beseitigung der bestehenden Versorgungsdefizite und zur patientengerechten Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in diesem Bereich ist eine sachgerechte Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung erforderlich. Auch sind die Möglichkeiten zur Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung durch Einbindung der Krankenhäuser stärker zu nutzen.

Die ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung sollte sich an den folgenden Eckpunkten orientieren:

- Kleinräumigere Bedarfsplanung mit flexiblen Zulassungsmöglichkeiten
- Einbeziehung der Länder und Kommunen sowie der Landeskrankenhausgesellschaften in die Analyse des Versorgungsbedarfes und in die Entscheidung über Zulassungen
- Finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Planungsregionen sowie eine offensive Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung gem. § 116a SGB V (Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung)
- Ermächtigungen von Krankenhäusern bzw. Krankenhausärzten in diesem Leistungsspektrum sind so zu regeln, dass die Leistungserbringung beständig und planbar ist. Institutsermächtigungen müssen Vorrang gegenüber persönlichen Ermächtigungen haben
- Einbeziehung der DKG in den für die vertragsärztliche Versorgung zuständigen Bewertungsausschuss

## **2. Spezialärztliche ambulante Versorgung**

Der Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung umfasst nachfolgend dargestellte Leistungen und ambulante Behandlungen, die aufgrund von Interventionsmöglichkeiten und der Notwendigkeit, spezielles medizinisches Wissen vorzuhalten, in besonderem Maße die Nähe zu Krankenhäusern bzw. spezialärztliche Ambulanzen erfordern.

- Ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V
- Hochspezialisierte Leistungen und ambulante Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b Abs. 2 und 3 SGB V
- Spezifische Leistungen nach (neu) § 116c SGB V (ambulante Institutsleistungen, die nicht von den Merkmalen des AOP-Kataloges bzw. den § 116 b Leistungen erfasst sind, wie z.B. spezifische Diagnoseleistungen (Gendiagnostik))

Die spezialärztliche Versorgung sollte wie folgt ausgestaltet werden:

- Leistungen dieses Versorgungsbereiches können sowohl von Krankenhäusern als auch von besonders qualifizierten Vertragsärzten erbracht werden
- Voraussetzung für die Leistungserbringung ist die Erfüllung der für die spezialfachärztlichen Leistungen geltenden Qualitätsanforderungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss einheitlich für alle Leistungserbringer in diesem Bereich festgelegt werden. Die Erfüllung der Qualitätsanforderungen ist gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen anzuzeigen
- Eine Bedarfsplanung mit Zulassungsbeschränkungen erfolgt nicht
- Ausschließlich zur Vermeidung von Unterversorgung werden Koordinationsgremien unter Federführung der Bundesländer eingerichtet. Mitglieder der Koordinationsgremien sind neben dem Land die Kommunen, die Kassenärztliche Vereinigung und die Landeskrankenhausgesellschaft. Bei Unterversorgung als Ergebnis einer Bedarfsanalyse sind geeignete finanzielle Anreize zu setzen.

- Die Weiterentwicklung des Leistungsspektrums dieses Versorgungsbereiches muss sich am Stand des medizinisch Machbaren orientieren. Die Bewertung von innovativen Behandlungsmöglichkeiten und -verfahren erfolgt auf der Grundlage von § 137c SGB V (Bewertung nach den Regeln des Krankenhausrechtes)
- Die Vergütung erfolgt einheitlich und unmittelbar durch die Kostenträger auf der Basis einer Euro-Gebührenordnung
- Festlegungen zur Vergütungsstruktur und -höhe erfolgen durch einen zu errichtenden, eigenständigen Bewertungsausschuss unter Beteiligung der DKG

### **3. Neuordnung der ambulanten Notfallversorgung**

Die Krankenhäuser sind in bedeutendem Umfang an der Aufrechterhaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung beteiligt. Sie müssen daher zukünftig auch in den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag einbezogen werden. Die ambulante Notfallversorgung sollte sektorenübergreifend sichergestellt werden. Die konkrete Ausgestaltung hat dabei über regionale Notfallversorgungsverbände zu erfolgen, an denen die Kreise und Kommunen mitwirken. Die Vergütung der Notfalleistungen soll im Wege der Direktabrechnung mit den Kostenträgern erfolgen und als Euro-Gebührenordnung ausgestaltet und gemeinsam mit den Kostenträgern festgelegt werden.

### **4. Weiterentwicklung Belegarztsystem - Kooperationsarztmodell**

Die durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eingeführte Wahloption hin zu einem Kooperationsarztmodell wird von der DKG grundsätzlich positiv gesehen, jedoch ist der eröffnete Raum für die Gestaltung der Zusammenarbeit nach wie vor maßgeblich begrenzt.

So besteht für die Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte zwar die Möglichkeit zur freien Vergütungsvereinbarung, jedoch wird die Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit nach wie vor durch die Kassenärztlichen Vereinigungen eingeschränkt. Hier ist eine Anpassung der institutionellen Rahmenbedingungen notwendig, da der Einfluss der Kassenärztlichen Vereinigungen auf den stationären Bereich der grundsätzlichen Ordnungssystematik widerspricht und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäuser unnötig erschwert.

Darüber hinaus besteht Handlungsbedarf bei der Vergütung von Leistungen, die in Belegabteilungen erbracht worden sind. Derzeit existieren keine gleichen Wettbewerbschancen zwischen den Krankenhäusern mit Haupt- und Belegabteilungen, da Leistungen in Belegabteilungen mit Kooperationsarztmodell nur mit einem Abschlag von 20% vergütet werden. Diese Ungleichbehandlung von Haupt- und Belegabteilungen ist methodisch und inhaltlich nicht zu begründen. Daher ist eine Abschaffung des 20%igen Abschlags erforderlich.

## **5. Weiterentwicklung Vertragsarztrecht**

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde die Möglichkeit geschaffen, die Sektorengrenzen in der medizinischen Versorgung in der Person des einzelnen Leistungserbringers zu überwinden. Allerdings wirken noch immer Beschränkungen, die eine intensive Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Vertragsarzt behindern. So wurde zwar die grundsätzliche Vereinbarkeit von Nebentätigkeiten z. B. im Krankenhaus mit der vertragsärztlichen Tätigkeit klar geregelt, die zeitliche Beschränkung von Nebentätigkeiten eines Vertragsarztes besteht jedoch weiterhin. Die Beschränkung der Nebentätigkeitserlaubnis von Vertragsärzten auf derzeit max. 13 Stunden in der Woche ist durch erweiterte gesetzliche Klarstellung aufzuheben.

## **6. Medizinische Versorgungszentren**

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Trägerschaft von Krankenhäusern leisten einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung. Von den derzeit ca. 1.200 Zentren werden 37 % in der Trägerschaft von Krankenhäusern geführt. MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern stehen wie andere MVZ unter ärztlicher Leitung und unterliegen den vertragsärztlichen Rahmenbedingungen. Sie müssen Richtlinien beachten und unterliegen den Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Vergütungsregelungen des vertragsärztlichen Versorgungssystems.

- Sie ermöglichen im besonderen Maße die medizinisch sinnvolle und vom Gesetzgeber gewollte Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen
- Sie bieten flexible ärztliche Beschäftigungsmöglichkeiten zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und ermöglichen eine bessere Ausschöpfung knapper ärztlicher Ressourcen. Damit leisten Sie einen Beitrag zur Bewältigung des Ärztemangels
- Sie erleichtern sektorübergreifenden Wissenstransfer und erschließen Synergien in der gemeinsamen Nutzung im Krankenhaus vorhandener Infrastruktur
- Sie sind häufig die einzig verbliebene Möglichkeit für niedergelassene Ärzte, bei Eintritt in den Ruhestand ihre Praxis zu verwerten

Unzutreffend ist die Behauptung, MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern würden Patienten nur in das Träger-Krankenhaus einweisen. Wenn Patienten in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen, spielt es keine Rolle, ob das Krankenhaus Träger oder Beteiligte eines Medizinischen Versorgungszentrums ist oder über andere erwünschte Kooperationswege mit niedergelassenen Praxen zusammenarbeitet. Medizinische Versorgungszentren weisen wie Arztpraxen ausschließlich in diejenigen Krankenhäuser ein, die für die konkrete Behandlung geeignet sind. Entscheidend ist, dass die Versorgung des Patienten in enger Abstimmung und kooperativ erfolgt, so dass Doppeluntersuchungen vermieden und die Qualität gesichert wird. Im ambulanten Bereich finden sich mit Praxisverbänden und Ärztenetzwerken ähnliche Strukturen, die bei Infragestellung von Krankenhaus-MVZ ebenfalls hinterfragt werden müssten. Da deren nutzenstiftender Beitrag für die Versorgung der Patienten jedoch außer Frage steht, ist die Argumentation gegen die Kooperation auf der Ebene stationär-ambulant in Form von Krankenhaus-MVZ nicht nachvollziehbar.

Unzutreffend ist auch die Annahme, Krankenhaus-MVZ hätten Wettbewerbsvorteile durch die öffentliche Investitionsförderung für Krankenhäuser. Wenn von Krankenhäusern getragene MVZ Einrichtungen des Krankenhauses nutzen, sind dem Krankenhaus Nutzungskosten zu erstatten. Würden Krankenhäuser die stationären Investitionsfördermittel zweckfremd für ein MVZ einsetzen, entstünden Rückzahlungspflichten gegenüber den Ländern. Eine Quersubventionierung der ambulanten Versorgung im Krankenhaus – wie vielfach behauptet – findet nicht statt.

**BÄK/KBV-Konzept verhindert sektorübergreifenden Ansatz**

Nach den Vorstellungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer sollen Krankenhäuser Medizinische Versorgungszentren nicht mehr errichten dürfen. Lediglich als Minderheitenbeteiligte sollen Krankenhäuser noch in Erscheinung treten. Kassenärztliche Vereinigungen sollen hingegen eine Errichtungsbefugnis erhalten.

**Wir meinen:**

Die Möglichkeit zur ambulanten Leistungserbringung in von Krankenhäusern getragenen Medizinischen Versorgungszentren hat sich bewährt. Minderheitenbeteiligungen sind schon aus betriebswirtschaftlicher Sicht wegen der Umsatzsteuerpflicht untereinander in Rechnung gestellter Leistungen wenig sinnvoll.

Reformvorschlag zu MVZ

Krankenhäuser sind wie niedergelassene Ärzte ausschließlich der medizinischen Versorgung der Patienten verpflichtet. Nur kurativ und rehabilitativ tätige Leistungserbringer sollten in Zukunft Medizinische Versorgungszentren errichten und betreiben dürfen. Kassenärztliche Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und mit administrativen Aufgaben betraut. Sie sind nicht medizinisch tätig. Medizinische Versorgungszentren in der Trägerschaft von Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren Betreibergesellschaften würden zu staatsnahen ambulanten Versorgungsstrukturen führen. Aus gleichen Gründen sind ambulante und stationäre Einrichtungen in der Trägerschaft von Krankenkassen abzulehnen.