

1 Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen

Wulf-Dietrich Leber und Jürgen Wasem

Abstract

Die spätestens mit dem Gesetz über Kassenarztrecht 1955 implementierte rigide Trennung zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor ist in den vergangenen 25 Jahren in vielen Einzelschritten vom Gesetzgeber aufgebrochen worden. Beispiele sind vor- und nachstationäre Behandlung, ambulantes Operieren, diverse Institutsambulanzen, jüngst die ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Dieser gesundheitspolitische Trend folgte jedoch keinem übergeordneten Konzept. Vielmehr wurden für einzelne Fragen der Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des ambulanten und stationären Sektors jeweils ad hoc spezifische Lösungen geschaffen. Im Ergebnis stehen daher diverse Versorgungsangebote vergleichsweise inkonsistent nebeneinander; identische Leistungen werden je nach Regelungskreis unterschiedlich vergütet. Notwendig ist daher ein einheitlicher Ordnungsrahmen für die ambulante fachärztliche Versorgung. Er muss die Bereiche Bedarfsplanung, Qualitätssicherung, Innovationsregeln und Vergütung umfassen. Wahrscheinlich ist, dass die Ausgestaltung der gemeinsamen Selbstverwaltung übergeben wird.

The rigid separation between the inpatient and outpatient sector which was implemented in Germany with the SHI Physicians Act in 1955 has been broken by the legislature in many individual steps in the past 25 years. Examples include pre-admission and post-discharge treatment, outpatient surgery, diverse outpatient units and recently outpatient specialist care. However, this trend in health policy did not follow an overarching concept. Rather, specific solutions for individual health care issues were ad hoc created at the interface of outpatient and inpatient sectors. As a result, various health care services exist quite inconsistently side by side; identical services are paid differently, depending on the respective regulations. Thus, a uniform regulatory framework for outpatient specialist care is called for. It must include the areas of demand planning, quality assurance, innovation rules and remuneration. In all likelihood, the task of designing it will be passed on to the joint self-administration.

1.1 Der gesundheitspolitische Trend zu ambulanten Krankenhausleistungen

Die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen ist ein stabiler gesundheitspolitischer Trend der letzten 25 Jahre. Bis 1989 existierte die sektorale Trennung in ambulante und stationäre Versorgung quasi in Reinkultur. Mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) begann eine Entwicklung zugunsten eigenständiger Versorgungsformen für ambulante Krankenhausleistungen, die in der Regel ohne ordnungspolitische Abstimmung neben der vertragsärztlichen Versorgung existieren. Inzwischen gibt es fast zwei Dutzend Rechtsformen, so z. B. Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen, vor-, nach- und teilstationäre Versorgung. In Abschnitt 1.2 werden die jeweiligen Charakteristika kurz dargestellt. Außerhalb der Betrachtung bleiben die Tätigkeit von medizinischen Versorgungszentren in Krankenhausträgerschaft sowie die honorar- und belegärztliche Behandlung. Wir sprechen bei den ambulanten Krankenhausleistungen nicht von „sektorenübergreifender Versorgung“, weil diese Begrifflichkeit für Versorgungskontexte, in denen zugleich Behandlungsabschnitte „mit“ und „ohne“ Bett einbezogen sind, reserviert sein sollte.

Abschnitt 1.3 skizziert diesen Trend zur Krankenhausambulanz als das Ende eines deutschen Sonderweges, Abschnitt 1.4 zeigt den Handlungsbedarf im Bereich Zulassung/Bedarfsplanung, Leistungskatalog, Vergütungssystem und Qualitätssicherung. Wahrscheinlich ist eine Marktregulierung durch die intermediären Instanzen wie den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).

1.2 Rechtsformen und Regulierung

1.2.1 Rechtsformen im Überblick

Die Rechtsformen ambulanter Krankenhausleistungen sind extrem heterogen und lassen sich nur schwer in eine ordnungspolitische Systematik bringen. Eine gewisse Orientierung bietet die folgende Gruppierung:

1. Traditionelle Ergänzung der kassenärztlichen Versorgung: ermächtigte Krankenhausärzte und Notfallambulanzen
2. Allgemeine Erweiterung der Krankenhaustätigkeit: vor- und nachstationäre Versorgung, teilstationäre Versorgung, pseudostationäre Versorgung (Stundenfälle)
3. Ambulanzen für spezielle Patientengruppen: z. B. psychiatrische Institutsambulanzen, geriatrische Institutsambulanzen, sozialpädiatrische Zentren, spezialfachärztliche Versorgung
4. Besondere Versorgungsformen: Disease-Management-Programme (DMP), integrierte Versorgung

Tabelle 1–1 zeigt die unterschiedlichen Rechtsformen nebst initialem Gesetzgebungsverfahren. Sie werden anschließend kurz skizziert.

Tabelle 1–1

Rechtsformen ambulanter Krankenhausleistungen

#	Rechtsform	§(§) SGB V	Start	Initialgesetz
1	Ermächtigte Krankenhausärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen	116 (zuvor: 368a (6) RVO) 95 (1)	*18.08.1955 **01.01.1988	*Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR) **Gesundheitsreformgesetz (GRG)
2	Pseudostationäre Behandlung (Stundenfälle)	– (39)		
3	Praxiskliniken (dreiseitige Verträge)	122 *, 115**	*25.03.2009 **01.01.1989	* Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ** Gesundheitsreformgesetz (GRG)
4	Ambulantes Operieren im Krankenhaus	115b	01.01.1993; 01.01.2000	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG); erweitert durch GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
5	Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	115a	01.01.1993	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)
6	Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung	116a	01.01.2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
7	Ambulante Behandlung im Krankenhaus	116b (2 ff.) (alt)	01.01.2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
8	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)	116b (neu)	01.01.2012	GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)
9	Hochschulambulanzen	117 (zuvor: 368n RVO)	18.08.1955	Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR)
10	Sozialpädiatrische Zentren	119	01.01.1989	Gesundheitsreformgesetz (GRG)
11	Pädiatrische Spezialambulanzen/ Spezialambulanzen an Kinderkliniken	120 (1a)	25.03.2009	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)
12	Psychiatrische Institutsambulanzen	118 (zuvor: 368n (6) 2 RVO)	01.01.1986	Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung psychisch Kranker (PsychKVVerbG)
13	Geriatrische Institutsambulanzen	118a	01.01.2013	Psych-Entgeltgesetz (Psych-EntgG)
14	Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)	137f	01.01.2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
15	Integrierte Versorgung	140a-d	01.01.2000	GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
16	Besondere Versorgung	140a	23.07.2015	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)
17	Teilstationäre Behandlung	39	01.01.1989	Gesundheitsreformgesetz (GRG)
18	Notfallambulanzen	75 (1)/76 (1) (zuvor: 368d (1) RVO)	01.01.1989	Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR)/Gesundheitsreformgesetz (GRG)
19	Ambulante Behandlung via Terminservicestellen	75 (1a)	23.07.2015	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

1.2.2 Ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116 SGB V)

Schon das Gesetz über Kassenarztrecht von 1955 sah die persönliche Ermächtigung von Krankenhausärzten zur ambulanten Behandlung als Möglichkeit für die kassenärztlichen Zulassungsausschüsse für den Fall vor, dass es an niedergelassenen Ärzten einer Fachrichtung fehlt oder ein Bedarf an bestimmten Leistungen besteht. Die Ermächtigung wird nur auf Zeit erteilt, da sie als Notlösung gilt und die Versorgung durch niedergelassene Ärzte immer Vorrang haben soll. Lassen sich im Ermächtigungszeitraum genügend zusätzliche Vertragsärzte nieder, darf die Ermächtigung nicht verlängert werden. Die institutionelle Ermächtigung von Krankenhäusern als „ärztlich geleitete Einrichtungen“, die § 95 SGB V und vorher die RVO schon kennt, ist demgegenüber subsidiär; von ihr wurde und wird nur sehr zögerlich Gebrauch gemacht.

Trotz der stetig steigenden Zahl niedergelassener Vertragsärzte ist die Zahl der Ermächtigungen im Bundesgebiet nicht erheblich zurückgegangen. Sie liegt heute mit rund 9 500 auf dem Niveau der 1990er Jahre.¹ Ordnungspolitisch bedeutsam ist, dass es sich bei Ermächtigungen nicht um eine eigenständige Krankenhausleistung handelt. Vielmehr unterliegen sie den Regularien der vertragsärztlichen Versorgung und sind Teil des Honorarsystems.

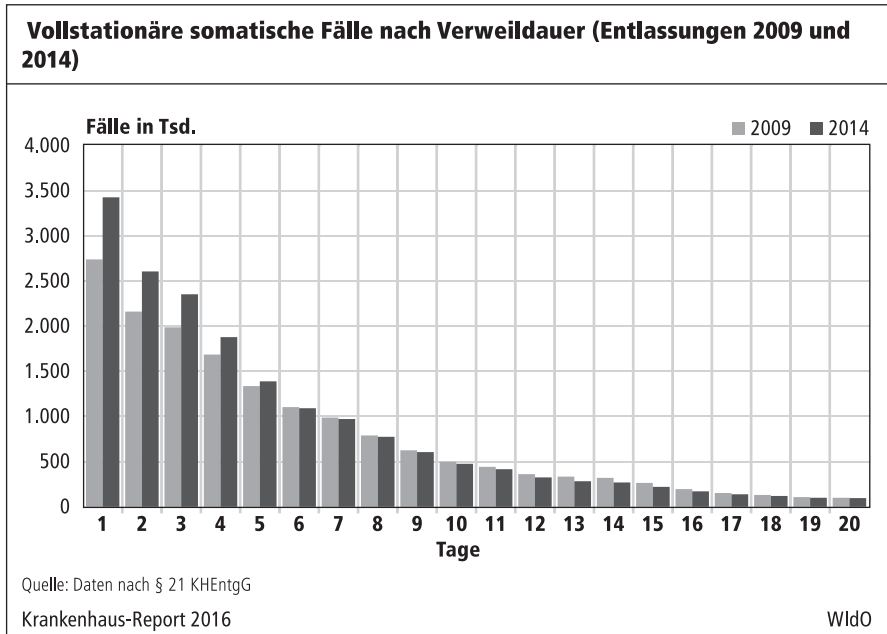
1.2.3 Pseudostationäre Behandlung (Stundenfälle)

Eine Analyse der Krankenhausabrechnungsdaten (nach § 21 KHEntgG) zeigt, dass es 2014 rund 235 000 Fälle mit einem Ausgabenvolumen von fast 200 Mio. Euro gibt, bei denen Aufnahme- und Entlassungstag identisch sind, ohne dass Tod nach Aufnahme, Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder Entlassung gegen ärztlichen Rat hierfür ursächlich sind. Anders als vielfach vermutet ist der Tatbestand eines vollstationären Krankenhausfalles offenbar nicht an eine Übernachtung gebunden. Diese Versorgungsform, bei der innerhalb des stationären Budgets Patienten morgens aufgenommen und nachmittags entlassen werden, soll im Folgenden als „pseudostationär“ bezeichnet werden. Inwieweit solche Fälle im beiderseitigen Einverständnis von Krankenhäusern und Krankenkassen abgerechnet worden sind, ist schwer ermittelbar; jedenfalls sind keine nennenswerten Rechtsstreitigkeiten über diese Fälle bekannt. Offenbar handelt es sich bei der pseudostationären Versorgung um eine implizite Öffnung der Krankenhäuser für die quasi-ambulante Behandlung, bei der davon ausgegangen werden muss, dass – wenn sie denn nicht illegal war – in all diesen Fällen „die Mittel eines Krankenhauses“ vonnöten waren. § 39 SGB V wäre dann eine legitime Rechtsgrundlage.

Obwohl zwischen den Fällen mit und ohne Übernachtung ein deutlicher Ressourcenunterschied besteht, konnten sich die Selbstverwaltungspartner, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), bislang nicht auf eigene DRGs für diese Stundenfälle verständigen. Offensichtlich wird krankenhausesseitig eine Fehlbelegungsdebatte bei Kurzzeitfällen befürchtet.

¹ Vgl. KBV: Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, verschiedene Jahrgänge.

Abbildung 1–1



Die Entwicklung der Krankenhausverweildauer deutet darauf hin, dass die Bedeutung von Krankenhausfällen im Grenzbereich zur ambulanten Versorgung erheblich zugenommen hat. Abbildung 1–1 zeigt die „ambulante Kante“ des Verweildauerspektrums. Der häufigste Verweildauerwert ist ein Tag – wobei vermutet werden kann, dass die Eintagesfälle von heute die ambulanten Fälle von morgen sind.

1.2.4 Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)

Seit 1993 haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, ambulant zu operieren. Laut amtlicher Begründung des Gesundheitsstrukturgesetzes² zielt die Regelung auf die Substitution stationärer Leistungen durch ambulante Leistungen, die jedoch vom Krankenhaus erbracht werden. Der Katalog ambulant möglicher Operationen (AOP-Katalog) ist dreiseitig zwischen GKV-Spitzenverband, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und DKG jährlich zu vereinbaren. Seit 2004 gab es allerdings keine substanzielle Fortschreibung des Kataloges, da ein Konsens der Vereinbarungspartner nicht erreichbar ist und eine Schiedsstellenentscheidung (§ 115b Abs. 3 SGB V) von jedem der drei Partner als risikoreich eingeschätzt wird.

Zunächst nutzten die Krankenhäuser die neue Möglichkeit nur in geringem Umfang, da es offenbar als ökonomisch attraktiver eingeschätzt wurde, die Leistungen stationär zu erbringen. Ambulante Operationen fanden fast ausschließlich im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung statt. Im GKV-Gesundheitsreformgesetz

² Vgl. BT-Drucksache 12/3608.

2000 wurde die Öffnungsoption um „stationersetzende Leistungen“ erweitert und eine Art Beweislastumkehr eingeführt. Im Katalog sind seitdem Operationen und stationersetzende Eingriffe gesondert gekennzeichnet, die regelhaft ambulant durchzuführen sind.

Im Gefolge der entsprechenden Katalogerweiterung zum 01.01.2004³ verzeichneten die 115b-Leistungen ein geradezu explosionsartiges Wachstum mit Steigerungsraten von über 70% im Jahre 2004. Dies mag auch auf die parallele Einführung der DRG-Fallpauschalen für vollstationäre Leistungen zurückzuführen sein: Vor DRG-Einführung waren ambulante Operationen willkommene „Verdünerfälle“, die den Pflegesatz senkten. Nach DRG-Einführung wurden diese Fälle ausgliedert und bedeuteten eine „extrabudgetäre“ Einnahmequelle. Nach wie vor finden sich unter den stationären Eingriffen auch solche des AOP-Katalogs.

1.2.5 Praxiskliniken (§ 122 SGB V)

Mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 ist eine Regelung zu den Praxiskliniken eingeführt worden (§ 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V): In dreiseitigen Verträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Landeskrankenhausesellschaften sollen Regelungen zu Einrichtungen vorgesehen werden, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Kassenärzte ambulant und stationär versorgt werden. Die Vorgabe ist bislang kaum umgesetzt. Auch der mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz von 2009 vorgegebene Rahmenvertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Spitzenorganisation der Praxiskliniken zu einem Katalog der in diesen Einrichtungen erbringbaren Leistungen wurde bislang nicht vereinbart. Praxiskliniken erbringen ihre Leistungen unter regional unterschiedlichen Rahmenbedingungen.

1.2.6 Vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a SGB V)

Nachdem 1977 im Rahmen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) eine fakultative Möglichkeit für die Vertragspartner auf der Landesebene eingeführt worden war, haben Krankenhäuser seit 1992 einen Rechtsanspruch, Patienten, die zur stationären Behandlung eingewiesen worden sind, auch zur diagnostischen Vorabklärung und zur Nachbehandlung ambulant zu versorgen. Es gibt hierfür enge zeitliche Grenzen: drei Tage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung und sieben Tage innerhalb von 14 Tagen nach der stationären Behandlung. Seit der DRG-Einführung sind vor- und nachstationäre Behandlungen weitgehend mit der Fallpauschale abgegolten. Nur soweit bei einer nachstationären Behandlung die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt, wird sie gesondert vergütet. Indem der vollstationäre Krankenhausaufenthalt verkürzt wird, ermöglicht die Regelung dem Krankenhaus weiterhin Ressourcensparungen je Fall.

³ Vgl. als Fundstelle für Verträge auf Spitzenverbandsebene www.aok-gesundheitspartner.de.

1.2.7 Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung (§ 116a SGB V)

Die traditionelle Ermächtigung (Abschnitt 2.2) ist in erster Linie personengebunden. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz hat der Gesetzgeber ab 2004 für unterversorgte Gebiete eine zusätzliche institutionelle Ermächtigung von Krankenhäusern erlaubt, sodass in diesen Gebieten der Krankenträger auf alle qualifizierten Ärzte seines Hauses zurückgreifen kann. Voraussetzung ist, dass quantitative Versorgungslücken bestehen und diese durch den jeweiligen Landesausschuss festgestellt werden. Diese Regelung wurde bislang nicht angewendet.

1.2.8 Ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b alt SGB V)

Nachdem im § 115b SGB V eine Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Operationen erfolgt war, schuf man im § 116b SGB V eine darüber hinausgehende Regelung für hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Krankheiten mit besonderem Verlauf. Obwohl der § 116b SGB V ein vergleichsweise junger Paragraph ist, hat er bereits eine bewegte Geschichte. Das GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2003 ermöglichte den Krankenkassen, mit den Krankenhäusern gesonderte Verträge über die Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zu schließen. Der Katalog möglicher 116b-Leistungen wird im G-BA festgelegt. In Erwartung der Schwierigkeiten, einen solchen Katalog zu verhandeln, hatte der Gesetzgeber bereits zwei hochspezialisierte Leistungen und 13 Erkrankungen vorgegeben, die nach seiner Meinung selten sind oder einen besonderen Verlauf haben.

Der Erfolg der Regelung war bescheiden: Selbst nach vier Jahren gab es nicht einmal eine Handvoll Verträge. Wieso sollten Krankenkassen auch für die ambulante Versorgung zusätzliche Verträge abschließen, wenn sie bereits im Rahmen der Gesamtvergütung für diese Leistungen Geld an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlt hatten? Bereinigungsregeln für die Gesamthonorierung und das stationäre Budget fehlten.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) erhielten die Krankenhäuser 2007 eine Art Zulassungsanspruch, der formal über eine „Bestimmung“ durch die Planungsbehörden der Bundesländer umgesetzt werden sollte. Es gab rund 4000 Anträge und 2000 Bestimmungen (jeweils krankheitsbezogen), die Hälfte davon im Bereich der Onkologie. Die Länder setzten jedoch die Regelung extrem uneinheitlich um: In Schleswig-Holstein gab es mehr als drei Bestimmungen je Krankenhaus, in Bayern nicht einmal 0,1! Im Ergebnis unterschied sich die Zahl der Zulassungen je Krankenhaus bundesweit um mehr als den Faktor 30.

Im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes wurde im Jahr 2012 ein eigenständiger, von den Länderbehörden unabhängiger Zulassungsanspruch geschaffen, allerdings nicht nur für Krankenhäuser, sondern auch für spezialisierte niedergelassene Fachärzte. Dies geschah unter der neuen Überschrift „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)“ und ist Thema des nächsten Abschnitts. Aufgrund der langen Bestandsschutzregeln existiert derzeit gleichzeitig eine Versorgung nach § 116b alt und nach § 116b neu.

1.2.9 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b neu SGB V)

Mit den Regelungen zur ASV entstand im Jahr 2012 erstmals ein Rechtsrahmen, der Zulassung und Vergütung gleichermaßen für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser regelt. Die Umsetzung ist extrem komplex und konfliktbeladen. Aus der Welt des § 116b alt ist vor allem die gesetzliche Definition des Krankheitsspektrums geblieben. Eine Richtlinie des G-BA konkretisierte dieses Spektrum für insgesamt 20 Krankheitsbilder. Die Übertragung der Richtlinie in die Welt des § 116b neu ist inzwischen gelungen, allerdings konnte bislang nur ein Bruchteil der krankheitsbezogenen Konkretisierungen übertragen werden. Dementsprechend lief die Anzeige zur Leistungserbringung langsam an; es zeichnet sich jedoch eine zunehmende Dynamik ab.

Das Verhandlungsgeflecht ist komplex und geht über den G-BA hinaus. GKV-Spitzenverband, KBV und DKG verhandeln dreiseitig die Abrechnung und Vergütung der ASV-Leistungen. Da aber leistungseinschränkende Regelungen nicht jenseits des G-BA stattfinden können, wird in den Konkretisierungen des G-BA auch die Abrechenbarkeit „GOP-genau“ geregelt, also je Gebührenordnungsposition (GOP) des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) jeweils getrennt für die Arztgruppen und die Konkretisierungen. Bei 2000 GOPs für 20 Arztgruppen in 20 Konkretisierungen sind das 800 000 Ja-Nein-Entscheidungen. Darüber hinaus werden Leistungen definiert, die bislang nicht Bestandteil des EBM sind.

Der extrem langsame Verhandlungsverlauf ist ein Indiz dafür, dass mit der ASV ein neuer Sektor geschaffen worden ist. Es werden nicht die Regelungen eines Sektors auf einen anderen ausgeweitet, sondern neue Sektorengrenzen gezogen und eigenständige Regelungen geschaffen. Das Ziel ist dabei ein Behandlungsangebot durch ein interdisziplinäres Team für all jene Fälle, in denen die Kompetenz eines einzelnen Facharztes nicht ausreicht.

1.2.10 Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V)

Universitätskliniken sollen ihre ureigenen Aufgaben in Forschung und Lehre auch in der ambulanten Versorgung durchführen können. Sie haben daher seit 1955 mit dem Gesetz über Kassenarztrecht einen Anspruch auf Zulassung zur ambulanten Behandlung durch ihre Hochschulambulanzen, die faktisch auch schon immer zur Sicherstellung der spezialärztlichen Betreuung bestimmter Patientengruppen beitragen soll. 1998 wurden im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) auch poliklinische Institutsambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten in die Versorgung einbezogen. Eine 2003 vorgelegte Studie (Lauterbach et al. 2004) weist aus, dass die Hochschulambulanzen tatsächlich in einem Ausmaß ambulante Patienten versorgen, das über den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang deutlich hinausgeht. Die ambulanten Fachärzte weisen offenbar Patienten in die Spezialambulanzen der Universitäten ein, die einen im Vergleich zum sonstigen Patientenkontext höheren Schwierigkeitsgrad der Versorgung aufweisen; dies wird durch durchschnittlich schwierigere Diagnosen, vermehrte Begleiterkrankungen und höheres Alter belegt. Nur 30 % der von den Fachärzten überwiesenen Patienten hatten einen Bezug zur Forschungseinrichtung bzw. zu den dort durchgeführten Studien.

Die Regelungen zur Teilnahme und Vergütung wurden mehrfach modifiziert (Wasem 2015). Die Vergütung wird auf Landesebene einheitlich und gemeinsam von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Hochschulträgern verhandelt und direkt durch die Krankenkassen bezahlt. In der Praxis zeigte sich seitdem eine breite Palette von Vergütungsformen mit deutlicher Dominanz von Fallpauschalen bei Fallzahlbegrenzungen.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber den Auftrag der Hochschulambulanzen erweitert. Es wird eine explizite Rechtsgrundlage für die Diagnostik und Therapie auch solcher Patienten geschaffen, die aufgrund der Besonderheit ihrer Erkrankung einer Hochschulambulanz bedürfen. Näheres soll in dreiseitigen Verträgen auf der Bundesebene geregelt werden; Abweichungen können auf der Landesebene im Einvernehmen festgelegt werden. Für diese Patienten bedarf es einer Überweisung durch einen Facharzt.

Auch die Struktur der Vergütungen soll durch dreiseitige Vereinbarungen auf Bundesebene vorgeprägt werden. Die Politik hat im parlamentarischen Beratungsverfahren deutlich gemacht, dass sie Mengenbegrenzungen kritisch sieht. Die durch die Erweiterung des Auftrags der Hochschulambulanzen bewirkte Verlagerung von Leistungen aus der vertragsärztlichen Versorgung sollen dort zu einer Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen führen, um Doppelfinanzierungen durch die Krankenkassen zu vermeiden.

1.2.11 Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)

Sozialpädiatrische Zentren der Krankenhäuser können seit 1989 zur Teilnahme an der ambulanten Grundversorgung ermächtigt werden. Sie müssen dazu unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige sozialpädiatrische Behandlung bieten. Diese ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Abhängig vom jeweiligen Schwerpunkt des Zentrums werden Krankheitsbilder wie Koordinations- oder Sprachentwicklungsstörungen, aber auch Erkrankungen des Nervensystems und Stoffwechselerkrankungen behandelt. Charakteristisch für diese Versorgung ist, dass das soziale Umfeld einbezogen wird.

Die Leistungen der ermächtigten Institute werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet, typischerweise über quartalsbezogene Fallpauschalen. Derzeit existieren rund 130 sozialpädiatrische Zentren.

1.2.12 Pädiatrische Spezialambulanzen (§ 120 Abs. 1a SGB V)

Seit 2009 sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich für ambulante Leistungen von pädiatrischen Spezialambulanzen der Krankenhäuser fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen vereinbaren, wenn diese erforderlich sind, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten. Die Pauschalen werden von der Krankenkasse unmittelbar bezahlt. Sie ergänzen die Vergütung, die die Krankenhäuser aus der Gesamtvergütung von den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 120 Abs. 1 SGB V erhalten.

1.2.13 Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)

Neben den Hochschulambulanzen haben seit 1986 alle psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen einen Anspruch auf Ermächtigung ihrer Ambulanzen. Es ist davon auszugehen, dass fast alle der 220 Fachabteilungen und 220 Fachkrankenhäuser von diesem Recht Gebrauch machen. Dazu kommen noch psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sämtliche fachgebundenen Leistungen (psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen, Psychotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege, Laborleistungen usw.) können durch diese Spezialambulanzen erbracht werden.

Eine amtliche Übersicht zur Zahl der Einrichtungen existiert nicht. Einer Übersicht der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) aus dem Jahr 2007 ist zu entnehmen, dass ambulante Leistungen von insgesamt 418 PIAs in 434 Fachkliniken und Psychiatrieabteilungen erbracht wurden (GMK 2007). Das finanzielle Volumen ist mit rund 500 Mio. Euro von erheblichem Gewicht. Auch wenn es schwierig ist, das „Komplementär volumen“ der vertragsärztlichen Versorgung abzugrenzen, so zeigt eine grobe Schätzung doch, dass es keinen anderen Bereich gibt, in dem Krankenhausambulanzen einen solch bedeutsamen Anteil an der ambulanten ärztlichen Versorgung haben wie im psychiatrischen Bereich.

Zugang und Leistungsumfang für PIA-Patienten in Allgemeinkrankenhäusern werden in einem dreiseitigen Vertrag zwischen DKG, KBV und GKV-Spitzenverband geregelt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt direkt durch die Krankenkassen, ist aber extrem heterogen: Rund ein Drittel der Republik wendet eine Art Einzelleistungssystematik nach bayerischem Vorbild an. In den übrigen Ländern wird nach undifferenzierten Quartalspauschalen abgerechnet.

Die PIAs spielen eine bedeutsame Rolle im Rahmen der Psychiatrie-Entgeltreform. In einer Erweiterung der PIA-Aktivitäten wird ein wesentlicher Schritt zur Überwindung der Sektorengrenze und zur Substitution stationärer Leistungen gesehen. Unbefriedigend bleibt, dass es bislang keine differenzierte Leistungsdokumentation gibt, mit Hilfe derer Fallkonstellationen identifiziert werden könnten, für die eine sektorenübergreifende Vergütung sinnvoll ist. Bislang wird lediglich erfasst, ob der Patient Arztkontakt hatte und ob er zu Hause aufgesucht worden ist.

1.2.14 Geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a SGB V)

Mit dem Psych-Entgeltgesetz vom 21.07.2012 erfolgte für den Bereich der geriatrischen Versorgung eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung – allerdings im schmalen Rahmen einer bedarfsabhängigen Ermächtigung. Zur Ausgestaltung wurden der GKV-Spitzenverband und die KBV beauftragt, im Einvernehmen mit der DKG in einer Vereinbarung die Krankheitsverläufe der durch die geriatrischen Institutsambulanzen (GIA) zu versorgenden geriatrischen Patienten sowie die Anforderungen an die Leistungserbringung und die Qualitätssicherung zu regeln. Ein Ergebnis konnte erst nach längerem Vorlauf im Bundesschiedsamt am 15.07.2015 erreicht werden.

Die Vereinbarung⁴ sieht vor, dass die GIAs fast ausschließlich auf Überweisung durch Hausärzte in Anspruch genommen werden können. GIAs werden dann ermächtigt, wenn eine ausreichende geriatrische Versorgung durch niedergelassene Geriater nicht sichergestellt ist. Die spezialisierte geriatrische Versorgung in den GIAs ist auf diagnostische Leistungen im Rahmen eines geriatrischen Assessments sowie die Erstellung eines Behandlungsplans beschränkt, die Therapie inklusive Verordnung erfolgt dagegen durch die behandelnden Hausärzte. Insgesamt handelt es sich um eine vorsichtige Einstiegslösung für einen wachsenden Versorgungsbereich.

Die GIA-Vereinbarung ist zum 01.10.2015 in Kraft getreten, wobei eine EBM-Vergütungsregelung für das geriatrische Assessment von GKV-Spitzenverband und KBV bis zum 31.03.2016 zu treffen ist. Erst danach wird die Regelung versorgungspolitische Relevanz entfalten können.

1.2.15 Disease-Management-Programme (§§ 137f und g SGB V)

Weitere Möglichkeiten der ambulanten Behandlung von Patienten bieten sich seit dem 01.01.2004 für Krankenhäuser, die sich an der Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen zur Versorgung von chronisch Kranken beteiligen. Diese auch Disease-Management-Programme (DMP) genannte Versorgungsform wurde durch das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV (RSA-Reformgesetz) ab 2001 als GKV-Leistung aufgenommen und über den RSA gefördert. Der Gesetzgeber öffnete die Chronikerprogramme mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 für die Krankenhäuser. Diese Programme setzen auf eine evidenzbasierte Gestaltung von Versorgungsprozessen und binden die Patienten über Schulungsprogramme in den eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Krankheit ein. Die Vermutung, dass die Behandlung von chronischen Erkrankungen in Deutschland zu unkoordiniert erfolgt, wurde in einem Gutachten des Sachverständigenrates (SVR) für die Konzertierte Aktion für mehrere chronische Krankheiten belegt.⁵ Die Programme werden im G-BA von den beteiligten Trägerorganisationen (Spitzenverbände der GKV, KBV und DKG) erarbeitet. Sie wurden zunächst dem Verordnungsgeber zur Umsetzung empfohlen, mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2011 hat der Gesetzgeber die Programme abschließend in die Hände des G-BA gelegt.

1.2.16 Integrierte Versorgung (§ 140a bis d SGB V)

Die strikte Abschottung durch die Kollektivverträge im ambulanten und stationären Sektor erschwert eine am Krankheitsbild der Patienten orientierte Behandlung. Die Probleme können nach verbreiteter Auffassung in der Gesundheitspolitik durch eine

4 Vereinbarung nach § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen – GIA) i. d. F. aus der Sitzung des erweiterten Bundesschiedsamtes gemäß § 118a SGB V vom 15.07.2015. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/ambulante_krankenhausleistungen/gia/Vereinbarung_nach__118a_SGB_V_i_d_F_aus_BSA_inkl_Anlagen_Fassung_vom_18082015.pdf.

5 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2001).

Integration und Kooperation von Leistungserbringern aus allen Bereichen überwunden werden. Die integrierte Versorgung verfolgt daher das Ziel sektorenübergreifender Behandlungsketten der Patienten. Erste Ansätze zur integrierten Versorgung wurden in Strukturverträgen und Modellvorhaben (vor allem mit Arztnetzen) in den 1990er Jahren umgesetzt. Ab dem Jahr 2000 wurde die integrierte Versorgung mit der GKV-Gesundheitsreform als Regelversorgung im SGB V verankert. Mit dem ab Januar 2004 geltenden GKV-Modernisierungsgesetz wurden die gesetzlichen Grundlagen entscheidend weiterentwickelt und die Stellung der integrierten Versorgung deutlich aufgewertet. Es ist seitdem ein relativ weitgehender Freiheitsgrad für die Krankenkassen vorgesehen, die Versorgung ihrer Versicherten insgesamt oder in Teilbereichen in Verträgen zur integrierten Versorgung neu zu gestalten. Krankenhäuser können von den Krankenkassen auch im ambulanten Bereich zur Durchführung von integrierter Versorgung einbezogen werden.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom Juli 2015 hat der Gesetzgeber die Regelungen zu Selektivverträgen, darunter der integrierten Versorgung, im § 140a SGB V umfassend neu als „Besondere Versorgung“ gefasst. Die Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der Mitwirkung von Krankenhäusern auch in der ambulanten besonderen Versorgung wurden erweitert. In der integrierten, nunmehr in der besonderen Versorgung werden die Vergütungsmodalitäten einzelvertraglich gestaltet und es findet sich ein breites Spektrum an Regelungen.

1.2.17 Teilstationäre Behandlung (§ 39 SGB V)

Die teilstationäre Versorgung ist ein deutsches Spezifikum, das international keine Entsprechung hat. Im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 1989 wurde, ähnlich wie beim ambulanten Operieren sowie bei der vor- und nachstationären Behandlung, den Krankenhäusern die Möglichkeit zur Substitution vollstationärer Leistungen eröffnet. Eine Legaldefinition, wodurch sich teilstationäre Fälle einerseits von vollstationären, andererseits von ambulanten Fällen unterscheiden, fehlt bis heute. Ein Blick in die Versorgungswirklichkeit zeigt zwei unterschiedliche Formen:

1. Sequenzielle Mehrtagesfälle, bei denen der Patient nicht durchgängig 24 Stunden im Krankenhaus ist. Dies sind vor allem die geriatrischen Tageskliniken, bei denen der Patient die Nächte zu Hause verbringt. Außerdem gibt es Schlaflabore, bei denen der Patient tagsüber nicht im Krankenhaus verweilt.
2. Eintagesfälle, die sich in der Regel als Teil einer „Intervallbehandlung“ wiederholen. Typisch sind die Chemotherapie und die Dialyse.

Das Ausmaß teilstationärer Versorgung ist nicht leicht zu beziffern, da wegen unterschiedlicher Falldefinition (teils Quartalszählung, teils Zählung der Einzelkontakte bei Intervallbehandlung) keine einheitliche Zählweise existiert. Destatis weist für 2014 rund 750 000 Fälle aus. Verglichen mit 18 Mio. vollstationären Fällen ist dies nicht besonders viel, aber für bestimmte Krankheitsbilder eine bedeutsame Versorgungsform.

Anders als es das Wort „teilstationär“ suggeriert, handelt es sich de facto um ambulante Leistungen. Dialysen und Chemotherapie werden beispielsweise auch in niedergelassenen Praxen erbracht. Es sind fachärztliche Leistungen, die lediglich im Rahmen des stationären Budgets abgerechnet werden. Strittig ist die Frage, ob

es eine Untermenge von teilstationären Fällen gibt, bei denen die Mittel eines Krankenhauses (z. B. aktuelle Verfügbarkeit eines interdisziplinären Teams) konstituierend sind, sodass eine qualitative Verschlechterung eintreten würde, wenn die Versorgung in niedergelassener Praxis stattfindet.

Die Einführung des Rechtskonstrukts „teilstationäre Versorgung“ in den § 39 SGB V war zweifelsohne ein entscheidender Schritt für die Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung. Es muss aber gefragt werden, ob es dieser Rechtskonstruktion künftig noch bedarf. Wahrscheinlich kann die zwitterhafte, rechtlich völlig unscharfe Fallgruppe sehr gut in tagesstationäre Fälle einerseits und ambulante fachärztliche Versorgung andererseits sowie in eine Sonderregelung für geriatrische Tageskliniken aufgelöst werden.

1.2.18 Notfallambulanz (§ 75 Abs. 1 und § 76 Abs. 1 SGB V)

Bereits das Gesetz über Kassenarztrecht von 1955 hatte vorgesehen, dass die Versicherten in Notfällen nicht zugelassene Ärzte in Anspruch nehmen durften, worunter neben Privatärzten insbesondere auch in Krankenhäusern beschäftigte Ärzte verstanden wurden.⁶ Die Bedeutung der Inanspruchnahme von Krankenhäusern über Notfallambulanzen ist gestiegen. Für viele Patienten hat sich dieser Zugangsweg in die Versorgung auch vor dem Hintergrund gefühlter zunehmender Wartezeiten auf Facharzttermine und unklarer Versorgungsmöglichkeiten außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten der Vertragsarztpraxen etabliert. Für Krankenhäuser bietet der Patientenkontakt über die Notfallambulanz Möglichkeiten, stationäre Krankenhausfälle zu generieren.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in ständiger Rechtsprechung dazu den Grundsatz entwickelt, dass für Notfallbehandlungen durch Krankenhäuser unabhängig vom Zulassungsrechtlichen Status die Regelungen zur Vergütung niedergelassener Ärzte entsprechend Anwendung finden und die Krankenhäuser von den Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind.⁷

Mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 hat der Gesetzgeber die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags zur Organisation eines Notdienstes verpflichtet. Auch sah dieses Gesetz vor, dass in dreiseitigen Verträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Landeskrankenhausesgesellschaften die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes zu regeln ist. Diese Regelungen mit Blick auf den Einbezug von Krankenhäusern in den Notdienst wurden regional sehr unterschiedlich umgesetzt. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber nunmehr vorgegeben, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen sollen. Eine weitergehend enge Abstimmung sieht das aktuelle Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) vor. Danach sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen entweder an den Krankenhäusern Portalpraxen einrichten

6 Vgl. § 368d Abs. 1 RVO i. d. F. des Gesetzes über Kassenarztrecht (GKAR) vom 17.08.1955, BGBl. I S. 513; seit dem GRG § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

7 Vgl. beispielhaft BSG-Urteil B 6 KA 4/12 R vom 12.12.2012.

oder die Krankenhausambulanzen unmittelbar in den vertragsärztlichen Notdienst einbinden. Auf der Bundesebene wird die Zuständigkeit für die vergütungsrechtliche Ausgestaltung des Notdienstes auf den ergänzten Bewertungsausschuss, also unter Einbeziehung der DKG, übertragen. Mit den Neuregelungen beabsichtigt die Politik auch, der von den Krankenhäusern formulierten Kritik bezüglich einer Unterfinanzierung der Notfallambulanzen Rechnung zu tragen.

1.2.19 Ambulante Behandlung via Terminservicestellen (§ 75 Abs. 1a SGB V)

Zur Vermeidung langer Wartezeiten in der fachärztlichen Versorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Gelingt es der Terminservicestelle nicht, innerhalb von vier Wochen einen Behandlungstermin in zumutbarer Entfernung zu vermitteln, so hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Inwieweit diese Regelung zu einer quantitativ bedeutsamen Regelung wird, ist derzeit schwer abschätzbar.

1.3 Zur Historie der deutschen Sektorentrennung

1.3.1 Sektorale Trennung durch das Kassenarztmonopol

Eine starre Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung in Deutschland war lange ein dem internationalen Beobachter beim Blick auf die Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen auffallendes Charakteristikum (Hofmarcher et al. 2007). Sie ist eine Folge des Behandlungsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigung, das am Ende der Weimarer Republik geschaffen wurde und bis heute die Grundstruktur für die ambulante Behandlung bildet. Im sogenannten Berliner Abkommen gelang es den Ärzten 1913 erstmals, die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung in die Hand eines gemeinsam getragenen „Vertragsausschusses“ (später: Zulassungsausschuss) zu geben und die Zahl der Zulassungen je Versicherten gesetzlich vorzugeben. Dies wurde vom Gesetzgeber in der (damals) neuen Reichsversicherungsordnung (RVO) umgesetzt. Im Gefolge von verlorenem Weltkrieg und Weltwirtschaftskrise kam es Ende der 1920er Jahre zu erheblichen Einsparbemühungen. Als eine Art Ausgleich für den Verzicht auf weitere finanzielle Forderungen wurde mit der Brüning'schen Notverordnung vom 08.12.1931⁸ die Kassenärztliche Vereinigung gegründet und den Ärzten ein Vertragsmonopol zugestanden: Die Krankenkassen durften fortan weder mit Krankenhäusern noch mit einzelnen Ärzten Verträge zur ambulanten Versorgung ihrer Versicherten abschließen. Im Rahmen der sogenannten Aufbaugesetzgebung der Nationalsozialisten wurde die Position der Kassenärztlichen Vereinigungen weiter verfestigt.

⁸ Vgl. Notverordnung des Reichspräsidenten und der Reichsregierung vom 08.12.1931, RGBl. I 718.

Die Spitze ihrer Einflussmöglichkeiten erreichten die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Adenauer-Zeit der Bundesrepublik Deutschland. Durch das Gesetz über Kassenarztrecht von 1955 entstand die Struktur, die bis heute für die ambulante Versorgung prägend ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen hatten de facto über den „Sicherstellungsauftrag“ ein Behandlungsmonopol. Auch die belegärztliche Vergütung und die Vergütung von Hochschulambulanzen waren Teil einer Gesamtvergütung, die an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlen war. Durch Ermächtigungen und Belegarztwesen reichte der Gestaltungseinfluss der Kassenärztlichen Vereinigungen bis in die Krankenhäuser hinein.

Das Behandlungsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde zwar vielfach kritisiert, weil es z. B. die aufwendige „doppelte Facharztschiene“ verursachte (Vorhalten fachärztlicher Kompetenz im Krankenhaus und im niedergelassenen Bereich), wurde jedoch lange nicht ernsthaft in Frage gestellt. Allerdings brachte der öffentlich-rechtliche Charakter der Kassenarztinstitutionen im Umkehrschluss eine große Zahl staatlicher Regulierungen mit sich (Entwicklung der Gesamtvergütung, Zulassungsrecht etc.), sodass von einer Art staatlich reguliertem Monopol gesprochen werden könnte. Eine „selbstbestimmte“ ambulante Tätigkeit von Krankenhäusern in der ambulanten Versorgung neben den Kassenärztlichen Vereinigungen wurde für Jahrzehnte unterbunden.⁹ Erst Ende des 20. Jahrhunderts setzte eine „Gegenbewegung“ ein.

1.3.2 Entstehung pluraler ambulanter Behandlungsformen seit 25 Jahren

Seit Anfang der 1990er Jahre des vergangenen Jahrhunderts sind unter den Denkfikturen einer besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und der Nutzung der Krankenhäuser für besonders komplexe ambulante Behandlungen eine Vielzahl von Tatbeständen geschaffen worden, die den Krankenhäusern für spezifische Anlässe ambulante Behandlungsmöglichkeiten einräumen.

Die Krankenhäuser können jedoch nicht in allen Regelungsbereichen autonom entscheiden, ihre Tätigkeit auszuweiten. Dies ist z. T. von der Zustimmung des Kassenarztsystems abhängig, wie z. B. beim ambulanten Operieren, wo der Katalog ambulanter Leistungen auf Bundesebene zwischen DKG, KBV und GKV-Spitzenverband vereinbart wird. Bei der Entscheidung, welches Krankenhaus in welchem Umfang ambulante Operationen durchführt, gibt es allerdings auf der „Ortsebene“ keine Mitspracherechte der Kassenärztlichen Vereinigung. In anderen Fällen könnte konfliktiv gegen die Kassenärztlichen Vereinigungen entschieden werden, etwa wenn Krankenhäuser in unterversorgten Gebieten tätig werden wollen, wo es einer entsprechenden Entscheidung des Landesausschusses bedarf, die auch gegen die Position der Kassenärztlichen Vereinigung getroffen werden könnte. In wieder anderen Fällen ist die Kassenärztliche Vereinigung beim ambulanten Tätigwerden von Krankenhäusern gar nicht beteiligt – etwa, wenn Krankenkassen und Krankenhäuser sich bei der besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) auf ambulante Leistungen der Krankenhäuser verständigen.

⁹ Zu den Auseinandersetzungen vgl. Rosewitz und Webber 1992, Kapitel 2.

Daraus resultiert insgesamt, dass der gegenwärtige Status des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrags unscharf wird. So ist für die ambulanten Leistungen von Krankenhäusern im Rahmen der besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) explizit geregelt, dass insoweit der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht gilt. Für die durch Krankenhäuser erbrachten Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V) und die Leistungen der Hochschulambulanzen (§§ 117, 120 Abs. 2 SGB V) ist zwar eine Bereinigung der Vergütungen, jedoch keine Einschränkung des Sicherstellungsauftrags vorgesehen. Für ambulante Operationen (§ 115b SGB V) schließlich ist weder das eine noch das andere geregelt. Cum grano salis ist daher weniger ein schlüssiges Gesamtkonzept anstelle des durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten ambulanten Behandlungsmonopols niedergelassener Ärzte zu konstatieren als vielmehr ein inkonsistentes Nebeneinander der Versorgungsformen. Dies gilt etwa auch für die vertragsärztliche Bedarfsplanung: Während z. B. die von Krankenhausärzten im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung oder im Rahmen von Ermächtigungen erbrachten Leistungen bei der Ermittlung des Versorgungsgrades zu berücksichtigen sind¹⁰, fehlt eine entsprechende Regelung für die von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Operationen.

1.3.3 Finanzvolumina

Kontrastierend zur Außenwahrnehmung des „bürokratischen“ deutschen Gesundheitswesens sind aussagefähige Statistiken über die Finanzvolumina im Bereich ambulanter Krankenhausleistungen rar. Das mag zum einen daran liegen, dass es sich fast durchweg um neue Leistungen handelt, deren Volumen noch keine gesonderte Darstellung im Kontenrahmen rechtfertigte. Zum anderen liegt es daran, dass ein Teil der Leistungen integraler Bestandteil der vertragsärztlichen Gesamtvergütung ist und von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht explizit ausgewiesen wird. Es fehlen deshalb in den amtlichen Statistiken so wichtige Bereiche wie die Notfallambulanzen oder der Versorgungsbeitrag ermächtigter Krankenhausärzte.

Sofern Daten vorliegen, zeigen sie fast durchgängig ein kräftiges Wachstum (Tabelle 1–2). Ambulante Krankenhausleistungen sind ein Erfolgsmodell, sofern man den Erfolg am Erlösvolumen der Krankenhäuser misst. Stagnation gibt es im Fünf-Jahres-Vergleich 2014 zu 2009 lediglich beim ambulanten Operieren, das seine stürmische Wachstumsphase zehn Jahre früher hatte. Für einige Rechtsformen (z. B. geriatrische Institutsambulanzen) liegen noch keine Daten vor.

Verglichen mit den großen GKV-Ausgabenblöcken Krankenhaus (2014: 68 Mrd. Euro) und ambulante Honorierung (2014: 33 Mrd. Euro) sind ambulante Krankenhausleistungen nach wie vor wenig beeindruckend. Nicht zuletzt wegen der Wachstumsraten hat dieser Bereich das Potenzial, stilbildend für neue (z. B. kooperative) Versorgungsformen zu werden.

¹⁰ Vgl. § 101 Abs. 2a und 2b SGB V.

Tabelle 1–2

Ausgabenvolumina ambulanter Krankenhausleistungen 2009 bis 2014

Versorgungsform (SGB V)	Kosten (in Mio. Euro)		Differenz (in %)	Anmerkungen/Erläuterungen
	2009	2014		
Ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116)	–	–	0	Keine Zahlen vorhanden
Pseudostationäre Behandlung (Stundenfälle)	325	424	31	DRG-Abrechnungsstatistik
Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b)	627	612	– 2	KJ 1-Statistik
Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115a)	287	388	35	KJ 1-Statistik (ca. 95 % vorstationär)
Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung (§ 116a)	0	0	0	Kein Anwendungsfall
Ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b alt)	37	–	–	KJ 1-Statistik; bis Ende 2012 im Kontenrahmen
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) (§ 116b neu)	–	175	0	KJ 1-Statistik; seit 2013 im Kontenrahmen inkl. § 116b alt
Hochschulambulanzen (§ 117)	–	536	0	KJ 1-Statistik; seit 2013 im Kontenrahmen
Sozialpädiatrische Zentren (§ 120 (2), ab 2013 § 119)	164	205	25	KJ 1-Statistik
Pädiatrische Spezialambulanzen (§ 120 (1a))	–	–	0	Keine Zahlen vorhanden
Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118)	387	523	35	KJ 1-Statistik
Geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a)	0	0	0	Erste Ausgaben ab 2016 zu erwarten
Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) (§ 137f)	–	1	1	KJ 1-Statistik (ab 2013)
Besondere Versorgung (VSG) (ehemals Integrierte Versorgung) (§ 140a)	–	–	–	Bislang keine gesonderten Krankenhausdaten ausgewiesen
Teilstationäre Behandlung (§ 39)	–	1 586	0	DRG-Abrechnungsstatistik (kein Ausweis im Jahr 2009)
Notfallambulanzen (§ 75)	–	–	–	Keine Zahlen vorhanden

Quelle: GKV-Statistik

Krankenhaus-Report 2016

WlD0

1.3.4 Heterogenität und Steuerungsdefizite

Der Weg des Gesetzgebers, sukzessive neue Rechtsformen für „Einzelprobleme“ auf den Weg zu bringen, hat – wie bereits angedeutet – zu einer extrem komplizierten, heterogenen Regelungsdichte geführt. Keine Rechtsform gleicht der anderen.

Die Heterogenität findet sich nicht nur bei der Zulassung, sondern auch im Bereich der Vergütung. Tabelle 1–3 zeigt, dass von Vergütungen nach dem Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (EBM) über Quartalspauschalen, tagesbezogene Vergütungen bis hin zur DRG fast alle Vergütungsformen vertreten sind. De facto werden identische Leistungen in unterschiedlichen Rechtsformen in

Tabelle 1–3

Vergütungssysteme für ambulante Krankenhausleistungen

Versorgungsform	§	Vergütung
Ambulantes Operieren	115b	Weitgehend nach EBM
Hochschulambulanzen	117	Frei vereinbart, überwiegend Quartalspauschalen und ergänzende Einzelleistungen
Psychiatrische Institutsambulanzen	119	Überwiegend Quartalspauschalen; mehrere Länder wenden ein bayerisches Einzelleistungssystem an
Vor- und nachstationär	115a	In DRG-Fallpauschale abgegolten, ansonsten abteilungsbezogene Pauschale
Teilstationär	39	Hausspezifische Tages- und Fallpauschalen
Ermächtigungen	116 ff.	EBM
Unterversorgung	116a	EBM
Hochspezialisierte Leistungen	116b	EMB mit Ergänzungen
DMP	137f	Frei vereinbart
Pseudostationäre Behandlung		DRGs
Integrierte Versorgung	140a-f	Frei vereinbart

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

Höhe und Systematik divergierend vergütet. So hat beispielsweise die gleiche Chemotherapie eine völlig andere Vergütung – je nachdem, ob sie als vollstationäre, teilstationäre oder aber als ambulante Leistung im Rahmen einer Hochschulambulanz erbracht wird. Es fällt schwer zu glauben, dass hinter dieser Vielfalt ein rationales Ordnungsprinzip obwaltet.

Ein Charakteristikum für ambulante Krankenhausleistungen ist die ungesteuerte Mengenentwicklung. Während die großen Nachbarbereiche durch mengensteuernde Instrumente gekennzeichnet sind (Fixkostendegressionsabschläge, Regelleistungsvolumina), existieren solche Instrumente für ambulante Krankenhausleistungen mit wenigen Ausnahmen nicht (z. B. Fallzahlvereinbarungen bei Hochschulambulanzen, die allerdings nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bald eher der Vergangenheit angehören dürften). Das mag eine der Ursachen für die zum Teil exorbitanten Wachstumsraten sein. Als „Fördermaßnahme“ war der ungehinderte Marktzugang durchaus politisch gewollt. Es ist aber die Frage zu diskutieren, ob es sachgerecht ist, auch dauerhaft auf entsprechende Steuerungsinstrumente zu verzichten. So mag beispielsweise der Substitutionsgedanke beim ambulanten Operieren Anfang der 1990er Jahre eine bedarfsunabhängige Zulassung und mengenunabhängige Vergütungen gerechtfertigt haben, 20 Jahre später geben jedoch manche dieser Leistungen (z. B. Arthroskopien) durchaus Anlass zu kritischen Fragen zur weiteren Förderungswürdigkeit dieser Leistungen.

1.4 Neuordnung der ambulanten Versorgung nach Pluralisierung der ambulanten Behandlungsformen

1.4.1 Ordnungspolitische Optionen

Der aufgezeigte „Flickenteppich“ nicht systematischer Einzelregelungen für die diversen Tatbestände ambulanter Tätigkeit von Krankenhäusern legt die Überlegung nach einem systematischeren ordnungspolitischen Ansatz nahe. Dazu gibt es (mindestens) fünf grundsätzliche Optionen.

Option 1: Sektorales Containment

Hierbei würden die Regelungskreise der vertragsärztlichen Versorgung und der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser grundsätzlich getrennt nach unterschiedlichen Spielregeln ausgestaltet. Für den Krankenhausbereich würden über die diversen Einzelanlässe hinweg möglichst einheitliche Regelungen geschaffen.

Option 2: Wer kann, der darf.

Vorbild für dieses Laissez-faire-Modell wäre die ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Der Gesetzgeber würde Qualifikationserfordernisse definieren; im Übrigen wären alle Leistungserbringer zugelassen, die diese Erfordernisse erfüllen – seien sie niedergelassene Ärzte, seien sie Krankenhäuser. Angesichts der gesundheitsökonomisch weitgehend unstrittigen Möglichkeiten von Ärzten wie Krankenhäusern zur „angebotsinduzierten Nachfrage“ (Labelle et al. 1994) wäre eine solche Konstellation wohl nur dann überlebensfähig (sprich: finanzierbar), wenn sie mit relativ strikter Budgetierung der Vergütungen verbunden ist. Politisch erscheint dies auf Dauer eher wenig durchsetzbar.

Option 3: Selektives Kontrahieren

Nach dieser Option würde der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung auf die Krankenkassen übergehen und sämtliche ambulanten Leistungen, die die Krankenkassen für die Versorgung ihrer Versicherten benötigen, würden im Rahmen von Selektivverträgen eingekauft. Entsprechende Modelle sind bereits vor gut zehn Jahren formuliert worden (Ebsen et al. 2003). Die Politik schätzt diesen Weg offenbar allerdings als eher risikoträchtig ein, sodass auch diese Option eher unwahrscheinlich ist.

Option 4: Krankenhausambulanz als Teil der vertragsärztlichen Versorgung

Vorstellbar wäre auch, dass der Gesetzgeber ambulante Leistungen der Krankenhäuser konsequent in die vertragsärztliche Versorgung integriert – so wie etwa 1998 die Leistungen psychologischer Psychotherapeuten in die kassenärztliche Versorgung integriert worden sind. Vor dem Hintergrund der ohnehin intern mit hohen Spannungspotenzialen arbeitenden Kassenärztlichen Vereinigungen wäre ihre Erweiterung um Krankenhäuser wohl de facto gleichbedeutend mit ihrer Zerstörung – was politisch ebenfalls eher als nicht gewollt einzuschätzen ist.

Option 5: Ambulante Leistungen in einem neuen Ordnungsrahmen

Schließlich wäre vorstellbar, dass der Gesetzgeber einen neuen einheitlichen Ordnungsrahmen für alle ambulanten ärztlichen Leistungen gestaltet, der weder KV-Modell noch Einkaufsmodell noch Laisser-faire-Modell ist. Hierfür müssten eigenständige Spielregeln für Zulassung und Bedarfsplanung, Leistungsspektrum und Innovationsregeln, Vergütungssystem und Qualitätssicherung formuliert werden.

Die Option 5 ist gesundheitspolitisch aussichtsreich und sinnvoll. Zu einem solchen einheitlichen Ordnungsrahmen für die ambulante fachärztliche Versorgung – unabhängig von den sie erbringenden Institutionen – sollen nachfolgend wenige Überlegungen knapp skizziert werden.

1.4.2 Zulassung und Bedarfsplanung

Wie bereits angesprochen, ist der aktuelle Umgang mit den ambulanten Krankenhausleistungen hinsichtlich Zulassung und Bedarfsplanung unsystematisch. Das mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2011 eingeführte „Gemeinsame Landesgremium“ (§ 90a SGB V) könnte als Nukleus einer einheitlichen ambulanten Bedarfsplanung angesehen werden, befindet sich aber noch in einem eher embryonalen Stadium.

Es erscheint grundsätzlich sinnvoll, auf Basis von quantitativen und qualitativen Vorgaben, die im Kontext des deutschen Gesundheitswesens wohl durch die gemeinsame Selbstverwaltung im G-BA zu entwickeln wären, die gemeinsamen Landesgremien zu einer einheitlichen ambulanten fachärztlichen Bedarfsplanung weiterzuentwickeln. Auch wenn sich die Bedarfsplanung zur faktischen Kapazitätsbegrenzung bislang weder im ambulanten noch im stationären Bereich als sehr effektiv erwiesen hat, wird der Verzicht hierauf auch deswegen schwer fallen, weil dies bedeuten würde, den Grundsatz der gleichmäßigen Versorgung a priori aufzugeben. Die quantitativen Vorgaben für eine solche einheitliche ambulante Versorgung werden weniger an Kapazitäten, sondern vielmehr an Leistungsmengen anzusetzen haben; gesucht wird ein belastbarer „ambulanter Casemix“.

1.4.3 Leistungsspektrum und Innovationsregeln

Für die unterschiedlichen Bereiche des aktuellen Versorgungssystems gelten heterogene Rahmenbedingungen hinsichtlich der Einführung neuer Leistungen. In einem einheitlichen Ordnungsrahmen sollten auch hierfür einheitliche Spielregeln gelten – unabhängig davon, ob die Leistungen von niedergelassenen Ärzten, Notfallambulanzen oder Hochschulambulanzen erbracht werden. Eine vollständige Übernahme des relativ rigiden Systems des Erlaubnisvorbehalts der vertragsärztlichen Versorgung wäre wenig sachgerecht. Aber auch die flächendeckende Öffnung für alle möglichen Innovationen ohne jede Nutzenprüfung erscheint wenig zielführend. Möglicherweise bietet sich als Ausgangspunkt für ein einheitliches System im ambulanten Bereich der Ansatz des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes an, für Innovationen mit neuen, risikobehafteten Medizinprodukten bei stationären Krankenhausleistungen eine Nutzenbewertung durchzuführen, wenn hierfür zusätzliche Entgelte gefordert werden.

1.4.4 Vergütungssystem

Die aufgezeigte Vielfalt an Vergütungsformen (Abschnitt 1.3.4) wirft die Frage auf, ob es ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante Klinikleistungen geben kann und sollte. Wenn ja, ist zu fragen, ob dieses mehr Ähnlichkeiten mit der stationären Vergütung mit fallbezogenen Pauschalen (DRG) oder aber mehr Ähnlichkeiten mit dem Einzelleistungssystem der ambulanten Vergütung (EBM) haben sollte.

Die ordnungspolitische Herausforderung zur Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen ist, die funktionslose Vielfalt zu reduzieren und einen „zeitgemäßen Minimalstandard“ zur Abbildung der Leistungen durchzusetzen. Funktionslos ist die völlig unterschiedliche Vergütung der gleichen Leistung in unterschiedlichen Rechtssystemen. Als nicht mehr zeitgemäß sind die undifferenzierten Quartalspauschalen einzustufen, die weder den unterschiedlichen therapeutischen Aufwand noch die Qualität der Leistung abbilden. Sie führen dazu, dass Krankenhäuser primär einfache „Verdünnerrfälle“ maximieren, obwohl viele solcher Fälle gut in niedergelassenen Praxen behandelbar wären. Es fehlt zudem der Anreiz, komplizierte, stationersetzende Fälle zu attrahieren.

Eklatant ist der Mangel differenzierter Vergütungssysteme bei Hochschulambulanzen, bei psychiatrischen Institutsambulanzen und bei teilstationären Leistungen. Die gesetzliche Vorgabe, vor Ort Vergütungen zu vereinbaren, hat zwar eine Reihe differenzierterer Vergütungen hervorgebracht (vgl. die Vergütung der Hochschulambulanz in Thüringen oder das bayerische PIA-Modell), aber in weiten Teilen der Republik dominiert nach wie vor eine undifferenzierte Fallpauschale. Diese hat die erwähnten negativen Anreize und erlaubt weder Transparenz noch externe Qualitätssicherung. Es bedarf letztlich einer bundespolitischen Kompetenz, um einheitliche Vergütungssysteme mit ausreichender Differenzierung zu etablieren.

Die verpflichtende Einführung des EBM für sämtliche ambulanten Krankenhausleistungen wäre wahrscheinlich ein Weg in die falsche Richtung. Der EBM ist letztlich zu kleinteilig und zu sehr auf die separate Leistungserbringung einzelner Arztgruppen zugeschnitten. Nicht einmal die arztgruppenübergreifende Abrechnung einer ambulanten Operation im Rahmen einer Fallpauschale ist gelungen: Nach wie vor werden Operateur und Anästhesist separat vergütet. Das wird der Leistungserbringung im Team, wie sie typisch für das Krankenhaus ist, nicht gerecht und „taylorisiert“ die Vergütung unnötig.

Moderne Vergütungssysteme, wie z. B. das DRG-System, bauen auf Prozeduren und Diagnosen auf und reduzieren die Unendlichkeit von ICD-OPS-Kombinationen mit Hilfe eines Groupers. Dadurch entsteht eine (halbwegs) überschaubare Zahl von Vergütungspositionen. Es ist zu erwägen, für ambulante Krankenhausleistungen ein bundesweites, grouperbasiertes Vergütungssystem einzuführen. Möglicherweise ist die Einführung eines alle Rechtssysteme umfassenden Systems zu anspruchsvoll, sodass ein schrittweises Vorgehen vorzuziehen ist. Beispielsweise bietet sich eine zunächst auf Hochschulambulanzen beschränkte Systementwicklung an (evtl. parallel für psychiatrische Institutsambulanzen). Als Basisversion wäre für Hochschulambulanzen ein System für rund 50 Fachrichtungen mit fünf Schweregraden denkbar, das durch ergänzende Vergütungsvereinbarungen auf Ortsebene komplettiert würde. Voraussetzung wäre die Ermittlung aufwands-

gerechter Relativgewichte als Basis für einrichtungsspezifische Punktwerte. Die Verwendung von Diagnosen als vergütungsrelevanter Bestandteil setzt verbindliche Kodierrichtlinien voraus, die aber angesichts der bereits etablierten Kodierrichtlinien im stationären Bereich weniger Widerstand hervorrufen dürften als in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Verwendung von OPS und ICD schafft die notwendige Transparenz und dient als Ausgangsbasis auch für bedarfsplanerische Zwecke, die letztlich immer auf definierten „Casemixvolumina“ aufbauen müssen. Langfristig ist eine Konvergenz der Vergütungssysteme der unterschiedlichen Rechtsformen anzustreben.

In einem weiteren Sinne sind auch die verordneten Leistungen und die Überprüfung ihrer Wirtschaftlichkeit Teil des Honorierungssystems. Während die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung Gegenstand heftiger Auseinandersetzungen war und durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz regionalisiert wurde, führt die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ambulanter Krankenhausleistungen ein Schattendasein. Künftig wäre zumindest sicherzustellen, dass eine Datenzusammenführung von Verordnungen im Rahmen ambulanter Versorgung durch Krankenhäuser stattfindet.

Schlussendlich ist im Rahmen der Honorarsystematik auch die Frage mengensteuernder Regelungen zu entscheiden. Wie bereits bei Bedarfsplanung, Innovationssteuerung und Vergütung diskutiert, wird ein vollständiger Verzicht auf jegliche Steuerungsinstrumente den Besonderheiten von Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen einer gesetzlichen Zwangsversicherung nicht gerecht. Dies gilt insbesondere dann, wenn es attraktiv ist, bei bereits finanzierten Fixkosten durch Leistungsausweitungen positive Deckungsbeiträge zu erzielen. Bei Mengenausweitungen muss daher eine zumindest partielle Internalisierung der Effizienzgewinne für die Beitragszahler möglich sein.

1.4.5 Qualitätssicherung

Ambulante Krankenhausleistungen sind in puncto Qualitätssicherungsverfahren eine Wüste. Für stationäre Krankenhausleistungen besteht inzwischen ein beeindruckendes Qualitätssicherungssystem mit jährlich über 2 Mio. Qualitätssicherungsbögen und mehr als 400 Indikatoren. Annähernd dreihundert (2014: 279) davon werden klinikbezogen in den Qualitätsberichten veröffentlicht. Für ambulante Leistungen existieren rund zwei Dutzend Richtlinien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Für ambulante Krankenhausleistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung (Ermächtigungen) gibt es jedoch bislang kein einziges Qualitätssicherungsverfahren. Dies belegt anschaulich, dass sektorenübergreifende Qualitätssicherung in Deutschland – trotz des gesetzlichen Auftrags – bislang nicht umgesetzt worden ist. Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hatte der Gesetzgeber im Jahre 2007 durch die umfassende Neuordnung des G-BA einen unmissverständlichen Auftrag zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung kodifiziert¹¹. Nach länglichen Debatten wurde im Jahre 2010 auch eine Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) verab-

¹¹ Vgl. § 92 Abs. 1 Nr. 13 i. V. m. § 137 SGB V.

schiedet. Gleichwohl gibt es bis zum heutigen Tage kein einziges funktionierendes Qualitätssicherungsverfahren nach dieser Richtlinie. Das erste Qesü-Verfahren wurde im Jahre 2015 beschlossen und betrifft die Perkutane Koronarintervention (PCI) und die Koronarangiographie. Dabei werden neben der verpflichtenden Dokumentation für die stationären und ambulanten Leistungserbringer erstmals auch Sozialdaten der Krankenkassen gemäß § 299 Abs. 1a SGB V zum Zwecke der Qualitätssicherung genutzt, die regelmäßig ab dem Jahr 2016 von allen Krankenkassen übermittelt werden müssen. Erste Auswertungen werden dann im Folgejahr 2017 zur Verfügung stehen. Berücksichtigt man, dass das erste Jahr in der Regel keine validen Ergebnisse zeitigt, dann hat die Einführung der politisch extrem hoch gehandelten sektorenübergreifenden Qualitätssicherung eine ganze Dekade gedauert.

Ursächlich für den langen Weg zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sind die sektoralen Eigeninteressen von Krankenhausgesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen. Beide wollen die Qualitätssicherung letztlich „in den eigenen Reihen“ halten. Symptomatisch hierfür sind die Organisationen auf Landesebene. Die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) sind überwiegend bei den Landeskrankenhausgesellschaften angesiedelt, die Qualitätssicherung vertragsärztlicher Leistungen erfolgt mit nennenswertem Arbeitskräfteeinsatz bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Für die Abwicklung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsverfahren sind laut Richtlinie Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) einzurichten, was erst jetzt mit sehr unterschiedlichen Lösungen für das PCI-Verfahren geschieht. Es bleibt zu hoffen, dass die LAG-Gründung im Rahmen des neuen Verfahrens eine Art Initialzündung für sektorenübergreifende Verfahren bedeutet. Wichtig ist, dass die Chancen zur Neuaufstellung auf Landesebene genutzt und Doppelstrukturen mit den derzeitigen LQS vermieden werden.

Äußeres Zeichen der nach wie vor gespaltenen Qualitätssicherung ist die getrennte Berichterstattung. Bislang gibt es einen Qualitätsreport (in hellblau), den das Qualitätsinstitut nach § 137a SGB V (derzeit noch AQUA) jährlich für den stationären Sektor erstellt. Für den ambulanten Sektor gibt es hingegen einen davon unabhängigen Qualitätsbericht der KBV (in magenta). Ambulante Krankenhausleistungen tauchen in beiden Berichten nicht auf. Das „Zuständigkeitsdilemma“ würde sich in dem Moment lösen, in dem das neue, durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) geschaffene IQTIG einen beide Sektoren übergreifenden Qualitätsreport erstellen würde.

Erwähnt sei – neben den sektoralen Beharrungstendenzen – noch eine zweite Ursache für die fehlenden Qualitätssicherungsverfahren für ambulante Krankenhausleistungen: Qualitätssicherung folgt in Deutschland der Vergütung. Die ersten Qualitätssicherungsverfahren wurden Ende der 1990er Jahre im Gefolge der Fallpauschaleneinführung etabliert. Im letzten Jahrzehnt folgten die noch nicht flächendeckenden, aber doch breit angelegten stationären Qualitätssicherungsverfahren, nachdem die für die DRGs notwendige Kodierung eingeführt worden war. Prozeduren- und Diagnoserfassung auf der Basis verbindlicher Kodierrichtlinien sind immer die Basis, auf der Qualitätssicherungsverfahren aufsetzen. Wie in Abschnitt 1.4.4 dargestellt, fehlen für viele ambulante Krankenhausleistungen differenzierte, bundeseinheitliche Kodier- und Vergütungssysteme, so z. B. für bedeutsa-

me Bereiche wie Hochschulambulanzen und psychiatrische Institutsambulanzen. Hier würde erst ein bundeseinheitliches Vergütungssystem mit verbindlicher, differenzierter Leistungserfassung die Basis bilden, auf der Qualitätssicherungsverfahren aufbauen könnten.

1.5 Ausblick: Marktregulierung durch intermediäre Instanzen

Die klassische korporativistische Steuerung in gemeinsamer Selbstverwaltung, bei der Krankenkassen und ihre Verbände mit Leistungserbringern bilateral verhandeln, ist in den letzten 15 Jahren durch zahlreiche „intermediäre“ halbstaatliche Organisationen ergänzt worden, die wesentliche Steuerungsfunktionen übernommen haben. Gegründet wurde 2001 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), 2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), 2004 der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), 2006 das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und 2015 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Die Zahl der Mitarbeiter dieser Einrichtungen liegt zwischenzeitlich bei über 400 und zeigt einen stabilen Aufwärtstrend. Der Gesetzgeber hat diesen Institutionen wesentliche Steuerungsaufgaben zugewiesen, insbesondere bei den Entgeltsystemen, der Bedarfsplanung und der Qualitätssicherung. Träger dieser Institutionen sind zwar im Wesentlichen die klassischen Selbstverwaltungspartner (GKV-Spitzenverband, KBV, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), DKG), aber z. T. bestehen, wie z. B. im Falle von Ersatzvornahmen, direkte Zugriffsmöglichkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), das auch bisweilen seine Aufsichtsfunktion zur direkten Einflussnahme nutzt. Das Gesundheitswesen bekommt dadurch einen zunehmend „öffentlich-rechtlichen“ Charakter.

Spätestens mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden auch ehemals landesplanerisch Funktionen auf die wichtigste intermediäre Instanz, den G-BA, übertragen. Künftig soll der G-BA Kriterien für Sicherstellungszuschläge und damit für die Notwendigkeit eines Krankenhauses definieren. Zudem sollen Kriterien für eine qualitätsorientierte Planung festgelegt werden. Für den Krankenhausbereich ist damit ein Paradigmenwechsel von der Landesplanung zu Marktregulierung durch eine intermediäre Instanz vorgezeichnet.

Am weitesten fortgeschritten ist dieser Prozess im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Hier definiert der G-BA en détail Zulassungsvoraussetzungen, Qualitätsvorgaben und Behandlungsumfang. Auch wenn dieser konfliktreiche Vorgang extrem schleppend verläuft, könnte er doch stilbildend für das gesamte Spektrum ambulanter Krankenhausleistungen sein. Das Primat vertragsärztlicher Steuerung wird durch eine Steuerung in „G-BA-Parität“ ersetzt, bei der die Krankenkassen die eine Hälfte der Stimmen haben und die Leistungserbringer (KBV und DKG) die andere Bank stellen. Das bedeutet keine Auflösung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, aber letztlich die Beseitigung ihres Monopols für ambulante Leistungen. Zumindest für die fachärztliche Versorgung zeichnet sich hier das Ende eines deutschen Sonderweges ab.

Der neue Ordnungsrahmen könnte sich auch auf das Verhältnis von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (PKV) auswirken. So besteht bezüglich Vergütungssystem und Qualitätssicherung im stationären Bereich letztlich „Bürgerversicherung“: DRGs und externe Qualitätssicherung sind für GKV und PKV gleichermaßen verbindlich und es existieren lediglich ergänzende Zusatzleistungen wie Einbettzimmer und Chefarztbehandlung. In der ambulanten Versorgung hingegen ist der Kreis der privat Versicherten in eine eigene Rechts- und Vergütungssystematik „ausgegliedert“. Bei ambulanten Krankenhausleistungen ist die Situation uneinheitlich: KHG-Regelungen (wie etwa vor- und nachstationäre Behandlung) folgen dem Bürgerversicherungsansatz, während SGB-Regelungen eher auf die gesetzliche Versicherung beschränkt bleiben. Es bedarf eines eigenen Artikels, um hierfür ein zukunftsfähiges Modell zu skizzieren.

Unklar ist, ob es eine Art Rechtsformbereinigung gibt, bei der die Vielfalt unterschiedlicher Regeln durch einen einheitlichen Ordnungsrahmen ersetzt wird (Leber 2010). Wahrscheinlicher ist, dass für die Vielfalt ambulanter Krankenhausleistungen sukzessive einheitliche Prinzipien für Marktzugang, Qualitätssicherung und Vergütung eingeführt werden – höchstwahrscheinlich mit starker Prägung durch die intermediären Instanzen.

Literatur

- Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Szecsenyi J, Wasem J. Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wettbewerb der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbands. Endbericht – 06. März 2003. Bonn, Berlin 2003. http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_gesundheitssystem/wido_ges_gutachten_vertragsw_1104.pdf (20. Oktober 2015).
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Erarbeitet von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz (76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.07.2003). www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf (20. Oktober 2015).
- Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance through better care coordination. OECD Working Papers 30. Paris 2007. www.oecd.org/els/health-systems/39791610.pdf (20. Oktober 2015).
- Labelle R, Stoddart G, Rice T. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *J Health Econ*; 1994 Oct;13 (3): 347–68.
- Lauterbach K, Schwartz FW, Potthoff P, Schmitz H, Lungen M, Krauth C, Klostermann B, Gerhardus A, Stock S, Steinbach T, Müller U, Brandes I. Bestandsaufnahme der Rolle von Ambulanzen der Hochschulkliniken in Forschung, Lehre und Versorgung an ausgewählten Standorten (Hochschulambulanzenstudie). Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF). St. Augustin: Asgard 2004.
- Leber WD. § 115x. Spezialärztliche Versorgung – Ein Reformprojekt ab 2011. *führen und wirtschaften im Krankenhaus* 2010; 7 (6): 572–5.
- Rosewitz B, Webber D. Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt: Campus 1990.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. 3. Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bonn 2001. www.svr-gesundheit.de/index.php?id=160 (20. Oktober 2015).

Wasem J. Hochschulambulanzen. In: Best D, Halbe B, Lubisch B, Orłowski U, Preusker UK, Schiller H, Schütz J, Wasem J. Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) – Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis. Heidelberg: medhochzwei 2015, 83–6.