



Spitzenverband

Spezialärztliche Versorgung

GKV-Positionen
zur Neuordnung ambulanter Leistungen von
Krankenhäusern und spezialisierten Vertragsärzten

Berlin, April 2011



1. Spezialärztliche Versorgung neu ordnen

1.1

Die ambulante Versorgung in Deutschland erfolgt durch Vertragsärzte und Krankenhäuser. Krankenhäuser versorgen inzwischen mehr Patienten ambulant als stationär. Die sukzessive Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlung und damit die Nutzung der Erfahrungen im stationären Bereich für die ambulante Versorgung ist einer der stabilen Trends des deutschen Gesundheitswesens. Die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser findet allerdings ohne erkennbare Abstimmung mit der Versorgung durch spezialisierte, niedergelassene Ärzte statt. Der Rechtsrahmen ist zersplittert, widersprüchlich und besteht aus mehr als einem Dutzend von Einzelregelungen, u.a.

- zur vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 a SGB V),
- zur teilstationären Behandlung (§ 39 SGB V),
- zum ambulanten Operieren (§ 115 b SGB V),
- zur Behandlung von seltenen Krankheiten und solchen mit besonderem Verlauf (§ 116 b Abs. 2 - 4 SGB V),
- für Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V),
- für psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) und
- sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V),
- für Ermächtigungen und Notfallbehandlung (§ 116 SGB V),
- zur ambulanten Versorgung bei Unterversorgung (§ 116 a SGB V),
- für die pädiatrischen Spezialambulanzen (§ 120 Abs. 1a) und
- die Möglichkeiten im Rahmen der Behandlung sektorenübergreifender Programme wie Disease Management (§ 116 b Abs. 1) und integrierte Versorgung (§ 140 a ff. SGB V).

All diese Rechtsformen haben unterschiedliche Zulassungsbedingungen, unterschiedliche Qualitätssicherung und vor allem unterschiedliche Vergütungsformen.

1.2

Aus Sicht der GKV ist eine Neuordnung dieser spezialärztlichen Versorgung überfällig. Als spezialärztliche Versorgung soll im Folgenden der Teil der ambulanten Versorgung bezeichnet werden, der sowohl von Krankenhäusern als auch von niedergelassenen Fachärzten gesichert wird. Er ist einerseits abzugrenzen von vollstationären Leistungen und andererseits von der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und der hausärztlichen Versorgung. Der Großteil der spezialärztlichen Leistungen zeichnet sich durch einen hohen Spezialisierungsgrad, durch komplexe



Behandlungsroutinen oft im Umfeld von stationären Krankenhausaufenthalten und teilweise durch die Notwendigkeit der Behandlung durch fachübergreifende Behandlungsteams aus.

1.3

Eine Neuordnung der spezialisierten Versorgung ist Voraussetzung dafür, dass dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ künftig mehr Geltung verschafft werden kann. Aufgrund der Verweildauerverkürzung im stationären Bereich befindet sich ein Großteil der Krankenhausfälle inzwischen im Grenzbereich zur spezialärztlichen Versorgung. Rund 2,5 der 17 Mio. vollstationären Fälle haben nur einen Tag Verweildauer. Die Vergütung spezialärztlicher Leistungen sollte so ausgestaltet sein, dass das ambulante Potential besser ausgeschöpft werden kann.

2. Spezialisierte Versorgung in paritätischer Selbstverwaltung gestalten

2.1

Die spezialärztlichen Leistungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert und von Krankenhäusern und von spezialärztlich tätigen Fachärzten erbracht. Es bedarf deshalb adäquater gesetzlicher Rahmenbedingungen, um die Versorgung in gemeinsamer Selbstverwaltung zu gestalten. Dies gilt in erster Linie für Fragen der Vergütung. Es gilt aber auch für die Zulassung, Abgrenzung der Leistungen und Qualitätssicherung. Die Grundkonstruktion einer solchen Selbstverwaltungslösung sollte paritätisch sein: auf der einen Seite die gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger und auf der anderen Seite Vertreter der spezialärztlichen Versorgung, also Kassenärztliche Vereinigung (KV) und Landeskrankenhausgesellschaft (LKG). Je nach Fragestellung sind als Beteiligte Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV), der Länder, der Pflegeberufe und der Patienten hinzuziehen. Dem Gremium steht ein neutraler Vorsitzender vor. Im Folgenden wird dies vereinfachend als G-BA-Parität bezeichnet.

2.2

Ähnlich wie die großen sektoralen Gebührenordnungssysteme (DRGs und EBM) sollte es im spezialärztlichen Bereich eine analoge Ebenenzuordnung geben: Die Entwicklung der Vergütungssystematik und der Relativgewichte sollte empirisch basiert auf Bundesebene erfolgen. Konkrete Vergütungshöhe und Mengenvereinbarungen sollten den Partnern auf Landesebene vorbehalten bleiben. Beides erfolgt in G-BA-Parität.



2.3

Vergütungstechnisch stellt die spezialärztliche Versorgung einen neuen Versorgungssektor dar, innerhalb dessen ambulant tätige Krankenhäuser und spezialärztliche tätige Vertragsärzte gleich vergütet und aus einem „gemeinsamen Topf“ finanziert werden. Da definitionsgemäß ein Teil der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser erfolgt, muss die spezialärztliche Vergütung komplett außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung erfolgen. Für den Bereich des ambulanten Operierens (§ 115 b SGB V) bedeutet dies Vergütungsverhandlungen auf Landesebene, bei denen die Kassen auf Landesebene G-BA-paritätisch mit KV und LKG ein Vergütungsvolumen vereinbaren. Dies löst die jetzigen Regelungen ab, bei denen ausschließlich mit der KV verhandelt wird.

Für Krankenhäuser ist derzeit der gleiche Punktwert anzuwenden, sie sind aber nicht am Verhandlungsprozess beteiligt.

2.4

Die Vergütungsregelungen im deutschen Gesundheitswesen enthalten neben der Verhandlung über Preishöhen in der Regel auch Mengenvereinbarungen, so z. B. Regelleistungsvolumina in der ambulanten Versorgung und Mehrleistungsabschlüsse bzw. Mehrerlösausgleiche in der stationären Versorgung. Bei Überschreitung der Mengengrenzen erfolgt in der Regel eine abgesenkte Vergütung von Leistungen. Es ist wenig sinnvoll, zwischen diesen großen Bereichen einen spezialärztlichen Bereich zu schaffen, der keinerlei Mengenbegrenzungen enthält. Die gesetzlichen Regelungen für den spezialärztlichen Bereich sollten deshalb neben der Verhandlung der Vergütungshöhe auch mengenbegrenzende Regeln enthalten, die gleichermaßen für Krankenhäuser und spezialisiert tätige Fachärzte anwendbar sind.



3. Spezialärztlichen Vergütungsbereich abgrenzen

3.1

Die Abgrenzung des spezialärztlichen Versorgungsbereiches ist nicht trivial und wird einem steten Wandel unterworfen sein. Sie sollte im Grundsatz gesetzlich vorgegeben werden und durch Selbstverwaltungsgremien auf Bundesebene konkretisiert werden.

3.2

Ausgangspunkt für die Abgrenzung der spezialärztlichen Versorgung dürfte der Status quo sein. Dieser ist relativ einfach im Bereich des ambulanten Operierens, weil hier bereits eine Abgrenzung innerhalb des EBM existiert. Etwas schwieriger gestaltet sich die Definition eines spezialärztlichen Versorgungsbereiches im Bereich der besonderen Krankheiten (§ 116 b SGB V). Hier wird es darauf ankommen, funktionsfähige Trenner zwischen allgemeiner und spezialisierter Facharztstätigkeit zu definieren. Als Trenner sind nicht nur bestimmte Leistungen, sondern auch bestimmte Praxismerkmale denkbar (z.B. Zuordnung onkologischer Schwerpunktpraxen und HIV-Praxen zur spezialärztlichen Versorgung).

3.3

Die GKV hält mittelfristig auch die Einbeziehung von Krankenhausambulanzen in einen gesonderten spezialärztlichen Versorgungsbereich für sinnvoll. Dies bedarf allerdings zunächst einer differenzierten und transparenten Vergütungsregelung. Ähnliches gilt auch für psychiatrische Institutsambulanzen.

4. Sektorübergreifend gleichmäßige Versorgung sichern

4.1

Die GKV will flächendeckend eine gleichmäßige gesundheitliche Versorgung sichern. Dazu muss vor allem die fachärztliche Überversorgung in Ballungsgebieten und die ausgedünnte primärärztliche Versorgung ausgeglichen werden. Die derzeit in Umlauf befindlichen Schlagwörter (sektorübergreifende Bedarfsplanung, kleinräumige Bedarfsplanung) bedürfen einer gewissen Strukturierung: Die kleinräumige Planung ist für die primärärztliche Versorgung relevant – für die spezialisierte Versorgung ist sie es nicht. Aspekte der sektorübergreifenden Versorgung wiederum sind nur für den Bereich relevant, bei dem Krankenhäuser und Vertragsärzte



gleichermaßen tätig sind – also für die spezialärztliche Versorgung. Für die Hausarztversorgung und die allgemeine Facharztversorgung kann die Bedarfsplanung „klassisch sektoral“ erfolgen, vorausgesetzt die spezialärztliche Tätigkeit wird (z. B. bei Anhaltzahlen) klar von der allgemeinen fachärztlichen Versorgung getrennt. Dies bedeutet auch, dass die Zulassung zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung nicht automatisch zur Erbringung spezialärztlicher Leistungen berechtigt.

4.2

Die sektorübergreifende Bedarfsplanung erfordert ein Instrumentarium, das gleichermaßen auf „Kassenarztsitze“ wie auf „Krankenhausbetten“ anwendbar ist. Dies verlangt notwendigerweise eine Aggregation auf der Ebene von Leistungskennzahlen. So kann beispielsweise eine bestimmte Anzahl von Kataraktoperationen bezogen auf die altersstandardisierte Bevölkerungszahl ein Indikator für Über- und Unterversorgung in der spezialärztlichen Augenversorgung sein. Solche Indikatoren können in der gemeinsamen Selbstverwaltung entwickelt und vereinbart werden.

4.3

Konzeptionell ist in der spezialärztlichen Versorgung die Maßzahl für Über- und Unterversorgung von den Maßnahmen zu trennen. Maßnahmen bei Überversorgung können z. B. Preisabschläge, mengenbegrenzende Regelungen, Zulassungsbeschränkungen und Ausschreibung von Leistungen sein.

4.4

Aufgrund der „Vererbbarkeit“ von Kassenarztzulassungen ist es bislang nicht gelungen, einmal entstandene Ungleichgewichte in der Versorgung zu beseitigen. Für die neu zu gestaltende spezialärztliche Versorgung, die sich medizinisch und gesetzlich ausgesprochen dynamisch entwickeln wird, würden Zulassungen „auf ewig“ zu fundamentalen Fehlentwicklungen führen. Es sollte deshalb das Prinzip einer zeitlich befristeten Zulassung etabliert werden. Damit die Leistungserbringer die notwendige Investitionssicherheit haben, ist an Zeiträume von einer Dekade zu denken. Die Zulassung sollte in einem Ausschuss mit G-BA-Parität auf Landesebene erfolgen.



5. Gebührenordnung für spezialärztliche Leistungen erweitern

5.1

Die spezialärztliche Versorgung ist gegenwärtig durch ein Gebührenordnungswirrwarr gekennzeichnet. Die gleiche Chemotherapie wird völlig unterschiedlich vergütet, je nachdem ob sie vertragsärztlich, teilstationär, pseudostationär, nachstationär oder in Krankenhausambulanzen erfolgt. Für spezialärztliche Leistungen ist eine eigenständige Gebührenordnung anzustreben, die alle spezialärztlichen Versorgungsformen abdeckt und die gleichermaßen für Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen anwendbar ist.

5.2

Ausgangsbasis für die spezialärztliche Gebührenordnung ist der EBM. Sie sollte allerdings um bewährte Elemente des DRG-Systems ergänzt werden. Konkret bedeutet dies einen stärkeren Fall- und Patientenbezug (und damit weniger Arztgruppenbezug), die Einbeziehung von Sachkosten und ein Prinzip der jährlichen empirisch basierten Systemweiterentwicklung.

5.3

Spezialärztliche Vergütungsbereiche, die differenzierte, komplexe Behandlungsvorgänge mit archaischen Vergütungsformen wie Quartalspauschalen finanzieren, müssen sukzessive in die neue Gebührenordnung integriert werden. Dazu gehören insbesondere

- teilstationäre Ambulanzleistungen,
- Leistungen von Hochschulambulanzen,
- Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen.



6. Teilstationäre Leistungen neu regeln

6.1

Teilstationäre Leistungen sind ambulante Krankenhausleistungen. Eine Legaldefinition, wodurch sich teilstationäre Fälle einerseits von vollstationären, andererseits von ambulanten Fällen unterscheiden, fehlt bis heute. Als Übergangsprovisorium zur Öffnung der Krankenhäuser mag die unscharfe Rechtskonstruktion ihre Funktion gehabt haben, für die Zukunft ist sie zugunsten klarer Regelungen im Rahmen der spezialärztlichen Versorgung zu substituieren.

6.2

Derzeit dominieren zwei Formen teilstationärer Leistungen, die jeweils unterschiedlich verortet werden sollten: geriatrische (und ggf. andere) Tageskliniken sollten ins DRG-System übernommen werden; teilstationäre Ambulanzleistungen (z.B. im onkologischen Bereich) sollten Bestandteil der spezialärztlichen Leistungen werden.

7. Direktverträge für elektive spezialärztliche Leistungen ermöglichen

7.1

Durch das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) werden die Krankenkassen in einen harten Wettbewerb um Zusatzbeiträge geschickt. Dieser macht ordnungspolitisch nur Sinn, wenn man den Kassen auch Möglichkeiten gibt, zum Wohle der Versicherten Zusatzbeiträge zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. Neben dem kollektiven Vertragsregime wird deshalb ein zunehmend bedeutsamer Bereich selektiver kassenspezifischer Verträge zu definieren sein. Bei der Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung ist dies zu berücksichtigen.

7.2

Für den Krankenhausbereich liegen GKV-Konzepte zur Ausgestaltung des Wettbewerbs vor („Elektiv wird selektiv“). So wird auch für die spezialärztliche Versorgung zu entscheiden sein, welche Bereiche kollektivvertraglich bleiben und welche für „Direktverträge“ geöffnet werden. Überträgt man die Argumentationsmuster auf die spezialärztliche Versorgung, so sollten Notfalleleistungen und Bereiche mit der Gefahr von Patientenselektion (insbesondere seltene Krankheiten) kollektivvertraglich bleiben. Elektive Leistungen hingegen, insbesondere jene, die standar-



disiert und häufig sind, sollten für Direktverträge geöffnet werden. Der Abschluss von Direktverträgen sollte in einem geregelten Ausschreibungsverfahren unter Einbeziehung qualitätssichernder Maßnahmen erfolgen. Krankenhäuser und Vertragsärzte sollten sich gleichberechtigt an den Ausschreibungen beteiligen können. Den Ländern kommt eine Aufsichtsfunktion im Sinne des Verbraucherschutzes zu.

7.3

Der spezialärztliche Bereich weist einen bedeutsamen Anteil standardisierbarer Elektivleistungen aus, so z. B. weite Bereiche des ambulanten Operierens. Gleichwohl wird die spezialärztliche Versorgung nicht ausschließlich selektivvertraglich geregelt werden können. Das Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen bedarf deshalb klarer gesetzlicher Regelungen. Die Ausschreibung von Leistungen ist insbesondere dann sinnvoll, wenn dem Bedarf ein Übermaß an Leistungserbringern gegenübersteht. Überversorgungssituationen könnten deshalb Auslöser für eine Direktvertragsausschreibung sein.

8. Innovationen in Innovationszentren konzentrieren

8.1

Bezüglich neuer medizinischer Verfahren ist das deutsche Gesundheitswesen zweigeteilt: Im stationären Sektor dürfen alle Verfahren angewendet werden, sofern sie nicht vom G-BA ausgeschlossen worden sind („Verbotsvorbehalt“), in der ambulanten Versorgung dürfen nur Verfahren mit Nutznachweis erbracht werden („Erlaubnisvorbehalt“). Welches der beiden Prinzipien bei ambulanten Krankenhausleistungen Anwendung findet, ist im Wesentlichen eine Frage der jeweiligen Gebührenordnung. Dort, wo die Vergütung via EBM erfolgt (§§ 115 b und 116 b SGB V), gilt implizit das Nutzengebot des EBM. In jenen Bereichen, die nicht nach EBM vergütet werden (teilstationär, Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen, ...) ist hingegen ein Nutznachweis nicht erforderlich. Dies schafft u. a. eine Ungleichbehandlung der spezialärztlichen Leistungserbringer, weil Krankenhäuser auch im ambulanten Bereich mehr Therapiemöglichkeiten zur Verfügung haben als Vertragsärzte.

8.2

Die GKV setzt sich dafür ein, dass in der Fläche nur Leistungen erbracht werden, deren Nutzen nachgewiesen ist. Innovative Verfahren, die sich noch im Rahmen der Prüfung befinden, sollten auf Innovationszentren beschränkt bleiben. Die Leistungserbringung im Innovationszentrum ist an die Durchführung von hochwertigen Studien gekoppelt, damit nach Ende einer Übergangszeit valide Daten für



einen Methodenbeurteilung zur Verfügung stehen. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu einen Vorschlag für NUB-Verfahren im stationären Sektor gemacht. Analog wäre im spezialärztlichen Bereich zu verfahren: Eine breite Anwendung ist nur nach Nutznachweis möglich, neue Verfahren bleiben bis zum Nutznachweis auf Innovationszentren beschränkt. Entsprechend der Leistungserbringerstrukturen im spezialärztlichen Bereich können dies sowohl Krankenhäuser als auch Schwerpunktpraxen oder Medizinische Versorgungszentren sein – vorausgesetzt sie sind in der Lage, die Patienten unter Studienbedingungen zu behandeln. Um solchermaßen den Zugang zu Innovationen im spezialärztlichen Bereich zu gewährleisten, bedarf es einer Ergänzung des EBM um ein geregeltes NUB-Verfahren für Innovationszentren.

9. Sektorübergreifend Qualität sichern

9.1

Die spezialärztliche Versorgung ist bislang nur sporadisch von den bestehenden Verfahren zur Qualitätssicherung erfasst. Es gibt kein einziges Qualitätssicherungsverfahren, das die Behandlungsqualität erfasst, auswertet und gegenüber den Versicherten transparent macht. Allerdings gibt es bei der Zulassung von Leistungserbringern Strukturanforderungen, die gleichermaßen für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser gelten, so z. B. beim ambulanten Operieren (§ 115 b SGB V). Die Strukturanforderungen für besondere Krankheiten (§ 116 b SGB V) wiederum gelten nur für Krankenhäuser und nicht für niedergelassene Ärzte. Bei jeder Qualitätssicherung sind die prozessual unbestimmten Vergütungsbereiche wie Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen und weite Bereiche der teilstationären Versorgung.

9.2

Die spezialärztliche Versorgung ist das Paradebeispiel für die sogenannte „sektorgleiche“ Qualitätssicherung im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (vgl. § 1 der G-BA-Richtlinie). Hierbei werden bestimmte Leistungen qualitätsgesichert – unabhängig davon, ob sie von Krankenhäusern oder Vertragsärzten erbracht werden. Ziel der Selbstverwaltungspartner muss der zügige Ausbau der Qualitätssicherungsverfahren im spezialärztlichen Bereich sein.

9.3

Die GKV fordert zudem gesetzliche Regelungen, die eine vergleichende Darstellung der Leistungserbringung ermöglichen. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser (§ 137 SGB V) umfassen auch in bestimmtem Umfang die ambulanten Leistungen; vergleichende Regelungen für niedergelassene Ärzte fehlen jedoch.



10. Stufenplan gesetzlich vorgeben

10.1

Die Regelung eines „spezialärztlichen Sektors“, in dem Krankenhäuser und Vertragsärzte gleichberechtigt behandeln, konfligiert an zahlreichen Stellen mit den sektoralen Regularien im Kassenarztrecht einerseits und dem Krankenhausrecht andererseits. Die Harmonisierung der Regeln im Rahmen der spezialärztlichen Versorgung wird deshalb nicht in einem Schritt kurz nach Inkrafttreten eines Versorgungsgesetzes zu leisten sein. Vielmehr sollte das Gesetz einen verbindlichen Stufenplan für die Selbstverwaltungspartner enthalten.

10.2

Mit Wirkung für das Jahr 2013 kann das ambulante Operieren in einen gemeinsamen Rechtsrahmen überführt werden. Für die Substitution der teilstationären Leistungen (Integration tagesklinischer Behandlung in das DRG-System; Überführung der anderen Leistungen in ein Vergütungssystem für Klinikambulanzen) ist 2014 ein realistisches Datum. Gleiches gilt für die Ermöglichung von Direktverträgen für ambulante Operationen. Auch die einheitliche Vergütung von psychiatrischen Institutsambulanzen ist bei entsprechender gesetzlicher Vorgabe für 2014 möglich; sie könnte Basis für Vergütungsmodelle sein, die stationäre und ambulante Episoden im psychiatrischen Bereich umfasst.

10.3

Die Einbeziehung des § 116 b-Bereichs in die spezialärztliche Vergütungs-, Verhandlungs- und Zulassungssystematik hängt vor allem vom „Trennungsaufwand“ innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ab. Sie ist mittelfristig zu realisieren.

10.4

Mit längerem Vorlauf dürfte ein Vergütungssystem für Hochschulambulanzen verbunden sein, da sich hier in besonderem Maße die Frage der Anwendung innovativer Verfahren stellt.

