

§ 115 x: Spezialärztliche Versorgung

Ein Reformprojekt ab 2011

■ Dr. W.-D. Leber

Die Regelungen zur ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser sind widersprüchlich und gleichen einem Flickenteppich. Dieser sollte mit einem neuen, einheitlichen Rechtsrahmen für die spezialärztliche Versorgung ersetzt werden. Diese Neuordnung, für die hier das Kürzel 115x verwendet werden soll, könnte eines der dominierenden Reformthemen 2011 werden und wird alte Besitzstände zur Disposition stellen müssen, schreibt Dr. Wulf-Dietrich Leber vom GKV-Spitzenverband.



Rund ein Dutzend verschiedene Rechtskonstruktionen (Abb.) sind in den vergangenen 30 Jahren entstanden, um das zu erreichen, was offenbar alle relevanten gesundheitspolitischen Kräfte für sinnvoll erachten: die Nutzung der fachlichen Kompetenz von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung. All diese Rechtsformen haben unterschiedliche Zulassungsbedingungen, unterschiedliche Qualitätssicherung und vor allem unterschiedliche Vergütungsformen. Es ist an der Zeit, einen neuen, weniger widersprüchlichen Rechtsrahmen auf den Weg zu bringen. Dies könnte eines der dominierenden Reformthemen für 2011 werden.

Es gibt einen Bereich in unserem Gesundheitssystem, der gleichermaßen von Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten versorgt wird. Nennen wir ihn die spezialärztliche Versorgung. Wer sich gegen einen solchen neuen Sektor wendet, möge bedenken: Es gibt ihn bereits – allerdings in einer ordnungspolitisch wenig befriedigenden Form.

Die Neuordnung wird einige alte Besitzstände zur Disposition stellen müssen. So werden zum Beispiel die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Schwierigkeiten haben, wenn weiterhin das Prinzip „ambulant vor stationär“ gilt, wenn dies aber nicht mehr bedeutet „KV vor KH“ – also einen Vorrang der kassenärztlichen Versorgung vor der Krankenhausambulanz. Auf der anderen Seite werden auch Krankenhäuser Schwierigkeiten haben, wenn das Prinzip „ambulant vor stationär“ sich als echter Substitutionshebel erweist, nämlich als „mehr ambulant und weniger stationär“.

Einige Probleme und einige (vermeintliche?) Problemlösungen haben bereits die gesundheitspolitische Öffentlichkeit erreicht. Das Zauberwort von der „sektorübergreifenden Bedarfsplanung“ macht die Runde. Letztlich muss eine ganze Reihe von grundsätzlichen gesetzlichen Festlegungen getroffen werden. Die wichtigsten seien im Folgenden skizziert.

Indiskutabel ist: Das Krankenhaus darf alles, was es für sinnvoll hält

Der Politslogan „Überwindung der Sektorgrenzen“ bedeutet de facto die Abgrenzung eines neuen Sektors. Er ist unter dem Stichwort „Drittes Budget“ einer der gesundheitspolitischen Klassiker. Die Herausforderung besteht in der Grenzziehung innerhalb der fachärztlichen Versorgung. Ausgangspunkt für eine Abgrenzung könnten zunächst der Katalog für ambulantes Operieren (§ 115 b Sozialgesetzbuch V, SGB) und die Konkretisierungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für besondere Krankheiten (§ 116 b SGB V) sein. Etwas unklar ist, was der Leistungsinhalt von teilstationärer Krankenhausversorgung oder aber von Hochschul- und Psychiatrieambulanzen ist. Es wird wohl nicht beim jetzigen tautologischen Prinzip bleiben können, das da lautet: „Teilstationäre Leistungen sind Leistungen, die teilstationär erbracht werden.“

Letztlich muss ein Leistungskatalog für die spezialärztliche Versorgung entwickelt werden. Der gesundheitspolitischen Traditionslinie folgend, wären die Eckpunkte eines solchen Katalogs parlamentarisch festzulegen, die genaue Ausgestaltung wäre aber den Selbstverwaltungsgremien auf Bundesebene überantwortet – üblicherweise mit Drohung einer ministeriellen Ersatzvornahme im Falle einer Nichteinigung. Das adäquate Selbstverwaltungsgremium für diesen Bereich wäre nach Art des G-BA zu formieren. Historisch überlebt haben dürften sich drittelparitätische Konstruktionen (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG], Gesetzliche Krankenversicherung [GKV]), wie sie derzeit noch für das ambulante Operieren vorgegeben sind.

Welche Leistungen versorgungspolitisch sinnvoll von Krankenhäusern erbracht werden sollten, ist nicht ganz einfach zu beantworten. Indiskutabel ist die Variante: Das Krankenhaus darf alles, wenn es dies für sinnvoll hält. Es gilt, einen Bereich abzugrenzen, in dem durch die Zulassung von Krankenhäusern eine fundamentale Verbesserung zu erwarten ist. Das wird nicht jede medizinische Leistung sein. Leistungen, die häufig erbracht werden, die flächendeckend gut vom niedergelassenen Arzt versorgt werden können und die zudem nicht in direktem Zusammenhang mit einem Krankenhaus stehen, gehören auch künftig nicht in die Krankenhausambulanz. Dort aber, wo das fachübergreifende Team gefragt ist, wo im Fall von seltenen Krankheiten das Spezialwissen des Krankenhauspezialisten gebraucht wird und wo mit einem häufigen Sektorenwechsel eine einheitliche Behandlung unmöglich würde, dort sollten spezialärztliche Fachärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Krankenhausambulanzen gleichberechtigt an der Versorgung mitwirken.



„Ohne die 18 Millionen ambulanten Behandlungsfälle im Krankenhaus könnten die KVen schon heute die ambulante Versorgung nicht mehr sicherstellen. Die Kliniken sind spezialisiert, arbeiten interdisziplinär und verfügen über hochmoderne technische Ausstattung. Wenn der Gesetzgeber auf Qualitäts- und Kostenvorteile einer integrativen Versorgung nicht verzichten will, muss er den Krankenhäusern mehr Spielraum in der ambulanten Versorgung lassen. Dort, wo ein Krankenhaus entsprechend spezialisiert ist, sollte es seine Leistungen erbringen dürfen.“

Georg Baum,
Hauptgeschäftsführer Deutsche Krankenhausgesellschaft

Bedarfsunabhängige, unbeschränkte Zulassung ist keine Option

Die Zulassung im Grenzbereich von ambulanter und stationärer Versorgung ist ein gesundheitspolitisches Desaster. In der ambulanten Bedarfsplanung ist es nicht gelungen, die Unterschiede zwischen fachärztlich überversorgten Ballungsgebieten einerseits und primärärztlich ausgedünnten ländlichen Regionen andererseits zu beseitigen. Die Länder haben bislang auch nicht zeigen können, dass sie erfolgreich Krankenhauslandschaften strukturieren können. Wenig überzeugend war es deshalb, diese Länderbehörden auch für die ambulante Zulassung nach § 116 b SGB V verantwortlich zu machen. Erstens gab es ein lange Lernkurve und zweitens ist eine völlig uneinheitliche Versorgungslandschaft entstanden, in der je nach Vorlieben der jeweiligen Landesgesundheitspolitik Krankenhäuser in großem Stil oder aber fast gar nicht zugelassen wurden. Ähnlich war schon immer der unbestimmte Umgang mit teilstationärer Versorgung. Das Eingeständnis der Länder, sich doch lieber auf eine allgemeine Rahmenplanung zurückziehen zu wollen, kontrastiert mit der Forderung, nunmehr sektorübergreifend die ambulante Versorgung „kleinräumig“ übernehmen zu wollen. Über regionale Disparitäten in der spezialärztlichen Versorgung muss intensiv nachgedacht werden. Dabei sollte trotz des Ärztemangel-Pressehypes nicht vergessen werden, dass in vielen Regionen eine Überversorgung besteht. Über- und Unterversorgung sind zwei Seiten derselben Medaille. Der Abbau von Überversorgung ist die Voraussetzung für den Abbau von Unterversorgung. Deshalb kann auch die bedarfsunabhängige, unbeschränkte Zulassung für jeden Facharzt und jedes Krankenhaus keine Lösung für den spezialärztlichen Bereich sein.



Bestehende Rechtskonstruktionen für die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser

- Vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115 a SGB V)
- Teilstationäre Behandlung (§ 39 SGB V)
- Ambulantes Operieren (§ 115 b SGB V)
- Behandlung von seltenen Krankheiten und solchen mit besonderem Verlauf (§ 116 b Absatz 2–4 SGB V)
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V)
- Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)
- Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)
- Ermächtigungen, inklusive Notfallbehandlungen (§ 116 ff. SGB V)
- Ambulante Versorgung bei Unterversorgung (§ 116 a SGB V)
- Pädiatrische Spezialambulanzen (§ 120 Absatz 1 a SGB V)
- Behandlung im Rahmen sektorübergreifender Programme wie Disease Management (§ 116 b SGB V Absatz 1) und integrierte Versorgung (§ 140 a ff. SGB V)

Zulassung auf Zeit sollte eingeführt werden

Das Hauptproblem für den Abbau von Überversorgung ist das derzeit herrschende Ewigkeitsprinzip: Das Krankenhaus, das einmal eine § 116 b-Zulassung hat, das hat diese auf ewig. Wer einmal einen Kassenarztsitz sein Eigen nennt, der hat ihn auf ewig. Regionaler und vor allem fachspezifischer Behandlungsbedarf kann sich ändern. Damit Gesundheitspolitik auf solche Veränderungen reagieren kann, darf die Zulassung nicht dem Ewigkeitsprinzip gehorchen. Natürlich wird es Übergangszeiten geben müssen, aber eine Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung ist auch eine Chance, Zulassung auf Zeit einzuführen. Damit Krankenhäuser und Praxen Investitionssicherheit erhalten, können das durchaus lange, zum Beispiel ein Jahrzehnt umfassende Zeiten sein.

Die konkrete technische Umsetzung einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung ist anspruchsvoll. Bisher dominiert in der ambulanten Bedarfsplanung die krude Verhältniszahl von Arztsitzen je Einwohner. Entscheidend ist die Frage, wie ein Krankenhaus in diese Bedarfsplanung einzubeziehen wäre. Pointiert gefragt: Wie viele Betten entsprechen einem Sitz? Die Aggregation wird wahrscheinlich nur in Form von Leistungskennzahlen zu realisieren sein. Beispielsweise wäre die Anzahl von Kataraktoperationen je altersstandardisierter Einwohnerzahl die Maßzahl für Über- oder Unterversorgung.

Schwieriger noch sind die Maßnahmen zur Beseitigung regionaler Versorgungsdisparitäten. Das klassische Instrument ist die Zulassungssperre. Aber auch andere steuernde Maßnahmen sind denkbar, so zum Beispiel die Punktwertdifferenzierung. Solche Abwertungen in überversorgten Gebieten sind bereits vorgesehen (§ 87 Absatz 2 e SGB V), allerdings durch das GKV-Finanzierungsgesetz für die nächsten Jahre ausgesetzt worden. Weitere Maßnahmen wie Mengengrenzungen im Fall von Überversorgung oder differenzierte Qualitätsanforderungen (Beispiel: keine Mindestmenge in unterversorgten Gebieten) sind denkbar.

Die spezialärztliche Versorgung ist durch ein Vergütungswirrwarr gekennzeichnet. Vieles wird via Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) finanziert (§ 115 b und § 116 b SGB V), manches durch grobe Pauschalen (vor- und nachstationär), und es gibt vergütungstechnische Schmutzedecken: teilstationäre Versorgung, Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen und Spezialambulanzen für Kinder. In den Schmutzedecken dominieren Quartalspauschalen ohne Leistungsbezug. Sie erfreuen sich einer gewissen Beliebtheit unter Krankenhäusern, weil sie keinerlei gesetzliche Restriktionen für die Behandlung enthalten, und sie sind zum Teil in der Kassenszene beliebt, weil sie eine gut handhabbare Form der „Schadensbegrenzung“ darstellen.

Die teilstationäre Versorgung gehört in die Mottenkiste

Aber die undifferenzierten Quartalspauschalen haben entscheidende Nachteile: Niemand weiß, was er eigentlich „einkauft“, und es lohnt sich, „Verdünnerrfälle“ zu aquirieren, also jene leichten Fälle, die unaufwendig durch die Pauschalen gedeckt werden. Krankenhäuser haben einen Anreiz, sich nicht auf die komplizierten „stationärnahen“ Fälle zu konzentrieren, sondern auf jene Fälle, die eigentlich gut von Fach- und Hausärzten versorgt werden könnten. Außerdem entziehen sich Leistungen, die völlig undifferenziert vergütet werden, in der Regel jeder Qualitätssicherung. Erst die vergütungstechnisch gebotene Kodierung garantiert die Einbeziehung in die gängigen Qualitätssicherungsverfahren des G-BA.

Ein Wort zur Schmutzedecke „teilstationär“: Teilstationäre Versorgung ist ambulante Versorgung und wurde als legislative Finesse in die Versorgung eingeführt, um den Krankenhäusern ambulante Krankenhausleistungen zu ermöglichen, ohne dass die KVen intervenieren können. Was genau in der teilstationären Versorgung versorgt wird, entzieht sich der gesundheitspolitischen Wahrnehmung, aber es handelt sich um zwei Standardtypen: die tagesklinische Versorgung einerseits und die verkappte Klinikambulanz andererseits. Die Tagesklinik dominiert in der Geriatrie, die Klinikambulanz quasi in allen anderen Bereichen. In den 1990er-Jahren mag die teilstationäre Versorgung ein gelungener Versuch gewesen sein, ambulante Krankenhaustätigkeit auf den Weg zu bringen, für die Zukunft gehört diese Rechtskonstruktion in die Mottenkiste. Die Tagesklinik sollte Teil einer DRG-finanzierter Vergütung werden, die anderen Leistungen sollten wie andere Klinikambulanzen finanziert werden.

Neue Vergütungssystematik: ein EBM-DRG-Hybrid

Das adäquate Vergütungssystem für Klinikambulanzen ist kein triviales Problem. Ein Fallpauschalensystem à la DRG ist für ambulante Leistungen nicht verfügbar. Der bislang dominierende EBM hat einige Nachteile. Er ist stark pro-

zedurenlastig und wenig diagnosebezogen, komplett arztgruppenbezogen und bildet die teamorientierte Fallbehandlung, wie sie für das Krankenhaus typisch ist, nicht ab. Außerdem beinhaltet er die Sachkosten nur zu einem geringen Ausmaß, was ordnungspolitisch bedenklich zum Durchreichen der Sachkosten führt. Die Entscheidungsträger werden nicht umhinkönnen, eine neue Gebührenordnung für die spezialärztliche Versorgung zu erarbeiten. Es wird eine Art EBM-DRG-Hybrid werden.

Der Flickenteppich in der spezialärztlichen Versorgung gilt in besonderem Maße für die Preis- und Mengenregulierung. Es dürfte zum Beispiel auf die Dauer schwer vermittelbar sein, dass Krankenhäuser in beliebigem Umfang zu garantierten Punktwerten Leistungen erbringen können (§ 115 b und § 116 b SGB V), während im KV-Bereich für die gleichen Leistungen mengenbegrenzende Konstruktionen wie Regelleistungsvolumina existieren. Von einem dritten Budget ist die Gesundheitspolitik abgekommen, aber Mengenverhandlungen mit Mehrleistungsabschlägen (nichts anderes sind Regelleistungsvolumina) sind durchaus politikfähig. Es kommt darauf an, solche Regelungen für Krankenhausambulanzen, für Praxen und vor allem für MVZ versorgungspolitisch sinnvoll zu gestalten. Das kann keine reine Orientierung an Vergangenheitswerten sein, aber es darf auch nicht ein Freifahrtschein für eine beliebige Mengenausweitung sein. Wichtig ist die symmetrische Vertragskonstruktion: Kassen auf der einen Seite müssen den diversen Leistungsanbietern auf der anderen Seite paritätisch gegenüberstehen – Schlichtungsmechanismus inklusive.

Die schärfere Abgrenzung eines neuen Vergütungsbereichs für spezialärztliche Versorgung wird Rückwirkungen auf die KV-Vergütung haben. Was spezialärztlich versorgt wird, kann nicht mehr Teil der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) sein, die gegenwärtig mit befreiender Wirkung an die KVen gezahlt wird. Ansatzweise gibt es schon jetzt solche Regelungen: Ambulantes Operieren von Kassenärzten wird neben der MGV als sogenannte Extradudgetäre Gesamtvergütung (EGV) finanziert. Für viele andere Bereiche (teilstationär, § 116 b SGB V) sind solche Regelungen jedoch noch nicht getroffen.

Spezialärztlich selektiv oder kollektiv?

Die Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung fällt in eine Zeit, in der auch der Kassenwettbewerb neu geordnet wird. Wenn die Kassen in einen harten Wettbewerb um Zusatzbeiträge geschickt werden, müssen ihnen auch Möglichkeiten gegeben werden, diese Zusatzbeiträge zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. Neben dem kollektiven Vertragsregime wird deshalb ein zunehmend bedeutsamer Bereich selektiver kassenspezifischer Verträge definiert werden müssen. Für den Krankenhausbereich liegen dazu Konzepte vor („Elektiv wird selektiv“). So wird auch für die spezialärztliche Versorgung zu entscheiden sein, welche Bereiche kollektivvertraglich bleiben und

welche für „Direktverträge“ geöffnet werden. Notfallleistungen sollten kollektivvertraglich bleiben. Für elektive Leistungen hingegen, insbesondere jene, die standardisiert und häufig sind, macht Wettbewerb Sinn. Im Bereich spezialärztlicher Versorgung gibt es eine beträchtliche Anzahl davon, so zum Beispiel viele ambulante Operationen.

Dem reflexartig vorgebrachten Argument gegen Marktliberalisierungen aller Art, Wettbewerb würde die Qualität mindern, ist unter anderem mit einer durchgängigen, transparenten und sektorübergreifenden Qualitätssicherung zu begegnen. Der Rechtsrahmen ist mit der nunmehr sektorübergreifenden Qualitätssicherung des G-BA im Grundsatz geschaffen worden. Die konkrete Umsetzung ist allerdings – nicht zuletzt aufgrund der sektoralen Beharrungstendenzen in den KVen und Landesgeschäftstellen für Qualitätssicherung – mühselig und langwierig. Die diesbezügliche Richtlinie (ehemals „Richtlinie 13“, künftig sprachlich gewöhnungsbedürftig „Qesü“) ist zwar zwischenzeitlich genehmigt worden, aber insbesondere der Datenfluss via Vertrauensstelle zur patientenbezogenen Zusammenführung der Daten ist noch nicht auf den Weg gebracht. Wahrscheinlich wird es auch noch einer gesetzlichen Schärfung der institutionellen Regelungen auf Landesebene bedürfen. Aber im Grundsatz ist Qualitätssicherung kein Hindernis für eine wettbewerbliche Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung.

Insgesamt ist „§ 115 x Spezialärztliche Versorgung“ ein anspruchsvolles Reformprojekt. Es geht nicht darum, neben den bisherigen Paragrafen für ambulante Krankenhausleistungen einen weiteren Bereich zu etablieren, sondern darum, die alten Regelungen zu ersetzen. Das wird möglicherweise nicht widerspruchsfrei gelingen, aber weiter am alten Teppich flicken, ist auch keine Lösung.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband
Leiter der Abteilung Krankenhäuser
Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Dometic