



Spitzenverband



Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung

Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 30. August 2017



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich:
Abteilung Ambulante Versorgung,
Abteilung Krankenhäuser

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis:
Titel (2): Medizinfotografie Hamburg, Sebastian Schupfner, www.schupfner.com

Stand: August 2017

Bestellnummer 2017-004

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung

Wirksame Steuerung von Leistungen, die von Facharztpraxen
und Krankenhausambulanzen erbracht werden

Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 30. August 2017

Inhalt

Reformvorschläge des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung	6
1. Versorgungsfunktion von Ambulanzen klären	7
2. Krankenhausambulanzen als ergänzende vertragsärztliche Versorgung bei Versorgungsdefiziten	8
3. Sektorenübergreifende ambulante Versorgung von Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhausambulanzen in gemeinsamer Selbstverwaltung gestalten.	9
4. Sektorenübergreifende Bedarfsplanung für spezialisierte ambulante Leistungsangebote	10
5. Zeitlich befristete Versorgungsaufträge für äquivalente Leistungen von Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhausambulanzen	11
6. Versorgungsaufträge konkret fassen	12
7. Spezialisierte ambulante Behandlung einheitlich vergüten	13
8. Faire Preis- und Mengenentwicklung ermöglichen.	14
9. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung etablieren	15
10. Hochspezialisierte Ambulanzversorgung eindeutig definieren	16
11. Transparenz statt „Blackbox“ Krankenhausambulanz	17
12. Einsatz von Innovationen klar regeln.	18
13. Notfallversorgung an den Patientinnen und Patienten orientieren.	19

Reformvorschläge des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung

Die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung muss ein zentraler Baustein der Gesundheitspolitik der kommenden Legislaturperiode sein.

Die bestehenden Versorgungsstrukturen, Institutionen sowie Planungs- und Abrechnungssysteme an den Sektorengrenzen der ambulanten und stationären Versorgung sind historisch gewachsen. Sie weisen Defizite auf und es sind teilweise die ursprünglich gesetzlich vorgesehenen Aufgaben aus den Augen verloren worden. Ein zukunfts-festes Versorgungssystem muss die Interessen der Patientinnen und Patienten und Beitragszah-lenden in den Mittelpunkt stellen und darf sich nicht in Abgrenzungs- und institutionellen Fragen verlieren. Jedes Jahr fließen viele Milliarden Euro zusätzlich in die gesundheitliche Versorgung. Dieses Geld aus den Taschen der Beitragszah-lenden muss einer qualitativ verbesserten und wirtschaftlicheren gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten zugutekommen.

Die gesundheitliche Versorgung mit Überschnei-dungen zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung weist besonders große Defizite auf. Ob Patientinnen und Patienten ambulant oder stationär versorgt werden, hängt hier oftmals davon ab, wie sich vor Ort historisch die Sektoren entwickelt haben. Daran geknüpft ist die Frage, ob Patientinnen und Patienten qualitätsgesichert behandelt werden und welche Vergütung die Be-handelnden (für die gleiche Behandlung) erhalten.

Aus Patientenperspektive kann die derzeitige gesundheitliche Versorgungsstruktur so nicht beibehalten werden: Es ist im Krankheitsfall nicht durchgängig der Zugang zur indizierten und qualitäts-gesicherten ambulanten Versorgung gewähr-leistet. Ferner werden Patientinnen und Patienten oftmals fragmentarisch versorgt: Es mangelt an Koordination und Integration der Behandlung. Aus Perspektive der Beitragszahlenden ist nicht sichergestellt, dass die vorhandenen Ressourcen wirtschaftlich eingesetzt werden. Internationale Vergleiche zeigen, dass in Deutschland viele Leis-

tungen noch stationär erbracht werden, während etablierte ambulante Behandlungsmöglichkeiten existieren.

Da die sektoralen Planungs- und Honorierungs-systeme keinen Anreiz zur Überwindung der be-stehenden Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung setzen und die recht-lichen Rahmenbedingungen für neue Versorgungs-formen fragmentiert und instabil sind, sind neue Rahmenbedingungen zu schaffen. Dabei sind die bestehenden Vorschriften mindestens aufeinander abzustimmen und einer gemeinsamen Zielsetzung zu unterstellen. Der gesamte „ambulant-stationäre Grenzbereich“ muss neu gedacht werden. Das übergeordnete Ziel muss die konsequente Aus-richtung der gesundheitlichen Versorgung auf die Bedarfe der Patientinnen und Patienten sein. Alle gesundheitspolitischen Erfahrungen legen nahe, dass eine umfassende Reform der Versorgungs-strukturen nicht in einem Schritt erfolgen kann, sondern vielmehr in einem Stufenmodell realisiert werden muss. Der GKV-Spitzenverband legt daher in einem ersten Schritt zunächst Reformvorschlä-ge zur Weiterentwicklung der sektorenübergrei-fenden ambulanten Versorgung vor. Kern der Vorschläge ist es, die Teilnahme von Kranken-hausambulanzen an der ambulanten Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten weiterzu-entwickeln. Ziele sind dabei u. a.,

- durch die Einführung einer sektorenübergrei-fenden Bedarfsplanung flächendeckend einen sachgerechten Zugang und entsprechende Kapazitäten zu gewährleisten,
- durch eine geeignete Vergütungsstruktur Fehlanreize in der Versorgung zu vermeiden und
- durch eine einheitliche Qualitätssicherung Patientengefährdung auszuschließen.

Die Erkenntnisse dieses Reformprozesses müssen anschließend genutzt werden, um mittelfristig die spezialisierte Versorgung insgesamt neu aufzustel-len und dabei die international einzigartige Dop-pelversorgung entlang der bestehenden ambulanz-stationären Sektorengrenze zu beenden.

1. Versorgungsfunktion von Ambulanzen klären

Eine Öffnung der Krankenhäuser für eine ambulante Leistungserbringung durch Ambulanzen ist dann sinnvoll, wenn sie dabei hilft, Antworten auf die drängenden Fragen der ambulanten Versorgung zu finden. Während sich in einigen ländlichen oder strukturschwachen Regionen Versorgungsprobleme abzeichnen, sind Ballungsregionen meist stark überversorgt. Daneben stellt sich angesichts des medizinischen Fortschritts und der zunehmenden Spezialisierung verstärkt die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass Patientinnen und Patienten eine unter medizinischen und qualitativen Gesichtspunkten „richtige“ ambulante Versorgung erhalten.

Unabhängig von den verschiedenen Rechtsgrundlagen zur Ermächtigung von Ambulanzen für die ambulante Versorgung lassen sich im Wesentlichen drei Versorgungsfunktionen von Ambulanzen unterscheiden:

- Ambulanzen ergänzen die vertragsärztliche Versorgung bei Versorgungsdefiziten,
- Ambulanzen erbringen spezialisierte, spezifische Versorgungsleistungen, die sowohl von Ambulanzen als auch von Vertragsärztinnen und -ärzten äquivalent erbracht werden können, oder
- Ambulanzen übernehmen hochspezialisierte ambulante Versorgung, die unter Qualitätsgesichtspunkten oder wegen notwendiger Strukturanforderungen vornehmlich durch eine besonders ausgestattete und qualifizierte Krankenhausambulanz erbracht werden soll.

Jede Rechtsgrundlage der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung muss im Kontext einer versicherten- und versorgungsorientierten Weiterentwicklung daraufhin überprüft werden, welche der drei Versorgungsfunktionen angestrebt wird. Denn bisher finden sich in den Rechtsmaterialien die unterschiedlichsten Zielstellungen, Problemlagen und Lösungsansätze.

Es stellt sich die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass Patientinnen und Patienten eine unter medizinischen und qualitativen Gesichtspunkten „richtige“ ambulante Versorgung erhalten.

2. Krankenhausambulanzen als ergänzende vertragsärztliche Versorgung bei Versorgungsdefiziten

Der Zugang zur ambulanten Versorgung darf nicht vom Wohnort abhängen. Wo Versorgungsprobleme bestehen, insbesondere in ländlichen Regionen mit schwierigen infrastrukturellen Bedingungen, sind Krankenhäuser von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gezielt in die Versorgung einzubeziehen.

Die Teilnahme von Ambulanzen an der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung ist an eine Bedarfsprüfung zu knüpfen.

Bestehen Versorgungsdefizite fort, sind Vergütungsanreize zu setzen, um in unterversorgten Regionen eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Finanziert werden sollten diese durch entsprechende Preisabsenkungen in Regionen mit erheblichen Überkapazitäten.

Wo Ambulanzen Leistungen der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung erbringen, ist dies in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen - und zwar anders als bislang gesetzlich vorgesehen natürlich gerade auch bei der Feststellung von Unter- und Überversorgung. Ähnlich konsequent ist die Ermächtigung zu fassen: Die Teilnahme von Ambulanzen an der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung ist an eine Bedarfsprüfung zu knüpfen. Sofern die Versorgung bereits durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sichergestellt ist oder eine Überversorgung besteht, ist keine ergänzende Teilnahme von Ambulanzen an der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung erforderlich.

Die hier skizzierten Prinzipien sind im Rahmen einer Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung, insbesondere für die Ermächtigungen im Kontext von Behindertenhilfe, Pflegeheimen und Medizinischen Behandlungszentren (§ 119a-c SGB V), für die allgemeinen Versorgungssegmente der psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) sowie für die Ermächtigung bei Unterversorgung (§§ 116 und 116a SGB V) und die geriatrischen Institutsambulanzen (§ 118a SGB V), vorzusehen, soweit sie noch nicht angewendet werden.

3. Sektorenübergreifende ambulante Versorgung von Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhausambulanzen in gemeinsamer Selbstverwaltung gestalten

Die Leistungen des äquivalenten Versorgungsbereichs von Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhausambulanzen werden von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert und von Krankenhausambulanzen und von spezialisierten Vertragsärztinnen und -ärzten erbracht. Es bedarf deshalb adäquater gesetzlicher Rahmenbedingungen, um die Versorgung in gemeinsamer Selbstverwaltung zu gestalten. Dies gilt in erster Linie für Fragen der Bedarfsplanung und der Vergütungsstruktur, aber auch für die Abgrenzung der Leistungen und für die Qualitätssicherung. Die Grundkonstruktion einer solchen Selbstverwaltungslösung sollte paritätisch sein: auf der einen Seite die gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger und auf der anderen Seite Vertreterinnen und Vertreter der spezialisierten fachärztlichen Versorgung, also KV und Landeskrankenhausgesellschaft. Je nach Fragestellung sind als Beteiligte Vertreterinnen und Vertreter der Länder, der Pflegeberufe und der Patientinnen und Patienten hinzuzuziehen. Dem Gremium steht ein neutraler Vorsitz vor. Im Folgenden wird dies vereinfachend als „G-BA-Parität“ bezeichnet, die Kostenträgern und Leistungserbringern jeweils die Hälfte der Stimmen zuordnet und damit einen fairen Interessenausgleich ermöglicht. Eine an diesem institutionellen Prinzip orientierte Reform mag technisch erscheinen. Sie ist aber entscheidende Voraussetzung dafür, dass beispielsweise der Leistungskatalog des ambulanten Operierens sachgerecht fortgeschrieben und das ambulante Potenzial im stationären Kurzliegerbereich effektiv gehoben werden kann.

Ähnlich wie bei der vertragsärztlichen und der stationären Versorgung sollte die Aufgabenverteilung zwischen der Bundes- und der Landesebene aussehen: Die Entwicklung und Fortschreibung der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und einer einheitlichen Vergütungssystematik sollte auf Bundesebene angesiedelt werden. Die Mengenvereinbarungen sollten den Partnern auf Landesebene vorbehalten bleiben. Beides erfolgt in G-BA-Parität.

Nach diesen Prinzipien sind verschiedene Versorgungsbereiche zu gestalten oder zu einem Versorgungsbereich zusammenzufassen. Dazu gehören das ambulante Operieren (§ 115b SGB V), die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V), Versorgungssegmente der psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) sowie Behandlungen der teilstationären und vollstationären Versorgung (§ 39 SGB V), die ambulantes Potenzial aufweisen.

Die Finanzierung wird aus den bestehenden Sektoren sichergestellt. Hierzu bedarf es einer gesetzlichen Grundlage, die die Kostenneutralität wahrt.

Die Grundkonstruktion einer Selbstverwaltungslösung sollte paritätisch sein: auf der einen Seite die gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger und auf der anderen Seite Vertreterinnen und Vertreter der spezialisierten fachärztlichen Versorgung.

4. Sektorenübergreifende Bedarfsplanung für spezialisierte ambulante Leistungsangebote

Wo Ambulanzen und Vertragsärztinnen und -ärzte äquivalent tätig sind, ist eine neu zu schaffende sektorenübergreifende Angebotssteuerung erforderlich. Hierzu müssen spezialisierte ambulante Leistungsangebote identifiziert und klar von der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung abgegrenzt werden. Die betreffenden

Spezialisierte ambulante Leistungsangebote müssen identifiziert und klar von der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung abgegrenzt werden.

Leistungsbereiche benötigen eine eigene Bedarfsplanung und eine Vergabe von Versorgungsaufträgen, die Vertragsärztinnen und -ärzte und Ambulanzen gleichermaßen berücksichtigt, beispielsweise in der Zuständigkeit eines paritätisch besetzten erweiterten Landesausschusses. Um die negativen Effekte einer angebotsinduzierten Nachfrage und von Überkapazitäten zu vermeiden, sind die Teilnahmemöglichkeiten entsprechend zu begrenzen.

5. Zeitlich befristete Versorgungsaufträge für äquivalente Leistungen von Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhausambulanzen

Das bestehende Nachbesetzungsverfahren der vertragsärztlichen Versorgung zementiert nach wie vor bestehende Verteilungsprobleme. Höchst problematisch ist, dass eine einmal erhaltene Zulassung quasi vererbt und verkauft wird und der Status quo damit für alle Zeiten festgeschrieben wird. Ein gutes Versorgungssystem muss sich an veränderte Anforderungen anpassen können. Der Gesetzgeber hatte das Problem bereits erkannt. Allerdings wurden die Regelungen zum Aufkauf von Arztpraxen im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes so weit aufgeweicht, dass sie gänzlich unwirksam bleiben. Hier gilt es nachzusteuern.

Gerade in den Fachdisziplinen, in denen sich ein immer höheres Tempo bei der Spezialisierung zeigt und die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten stetig zunehmen, kann das traditionelle vertragsärztliche System der lebenslangen Zulassung mit sich ändernden Anforderungen und Bedarfen nicht Schritt halten. Für die spezialisierte ambulante Versorgung durch Vertragsärztinnen und -ärzte und Krankenhausambulanzen bedarf es daher einer neuen gesetzlichen Grundlage für zeitlich befristete Zulassungen, die in absehbaren Zeiträumen, z. B. nach zehn Jahren, eine Neuausrichtung des Versorgungsangebots erlauben.

Das traditionelle vertragsärztliche System der lebenslangen Zulassung kann gerade in den Fachdisziplinen mit sich ändernden Anforderungen und Bedarfen nicht Schritt halten.

6. Versorgungsaufträge konkret fassen

Der G-BA muss die Möglichkeit erhalten, eine neu zu entwickelnde sektorenübergreifende Bedarfsplanung zu definieren.

Die ambulante Versorgung kann nur dann sinnvoll weiterentwickelt werden, wenn die Versorgungsaufträge von Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhausambulanzen klarer definiert werden. Nur dann wird es möglich sein, unterschiedliche ambulante Versorgungsbereiche klar voneinander abzugrenzen und die Aufgaben von Krankenhausambulanzen unter Versorgungsgesichtspunkten neu zuzuordnen. Auch muss anhand von konkreten Kriterien überprüfbar sein, ob die übernommene Versorgungsverantwortung - wie beispielsweise der Sicherstellungsauftrag der KVen im Bereich der ambulanten Notfallversorgung - angemessen erfüllt wird.

Bislang ist das nicht der Fall. Die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt erhält eine lebenslange Zulassung mit dem Recht auf Nachbesetzung für eine bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe. Die damit einhergehenden Verpflichtungen hinsichtlich des Umfangs und des Inhalts des Versorgungsauftrags sind minimalistisch: Es sind mindestens 20 Stunden Sprechzeiten in der Woche anzubieten. Darüber hinaus können alle

Behandlungen angeboten und erbracht werden, für die die Ärztin bzw. der Arzt berufsrechtlich ausreichend qualifiziert ist. Als Folge kann beispielsweise ein zugelassener Augenarzt in einem Flächenland frei entscheiden, ausschließlich zu operieren. Eine zugelassene Internistin mit dem Schwerpunkt Kardiologie kann sich dafür entscheiden, künftig ausschließlich Herzkatheter-Untersuchungen durchzuführen. Es können sich somit de facto inhaltliche Versorgungsdefizite bei rechnerischer Überversorgung ergeben. Eine zielgerichtete Einbindung von Ambulanzen im Sinne einer ergänzenden vertragsärztlichen Versorgung ist unter diesen Rahmenbedingungen nur schwer zu erreichen.

Die genannten Beispiele machen deutlich: Versorgungsaufträge müssen künftig klarer gefasst werden. Zudem muss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Möglichkeit erhalten, die inhaltliche Ausrichtung der bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppen, beispielsweise mit Blick auf Schwerpunkte oder Teilgebetsbezeichnungen, konkreter zu fassen und eine neu zu entwickelnde sektorenübergreifende Bedarfsplanung zu definieren.

7. Spezialisierte ambulante Behandlung einheitlich vergüten

Wesentliche Zielsetzung eines Vergütungssystems ist es, Anreize für eine effektive und effiziente Versorgung eines bestehenden medizinischen Bedarfs zu schaffen. Davon kann bei der äquivalenten Leistungserbringung von Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhausambulanzen zurzeit keine Rede sein. Die sektorenübergreifende ambulante Versorgung ist gegenwärtig durch ein Gebührenordnungswirrwarr gekennzeichnet. Die gleiche Leistung wird völlig unterschiedlich vergütet, je nachdem ob sie vertragsärztlich, teilstationär, pseudostationär, nachstationär oder in Krankenhausambulanzen erfolgt.

Für spezialisierte ambulante Leistungen ist daher ein eigenständiger Leistungskatalog anzustreben, der gleichermaßen für Vertragsärztinnen und -ärzte und Krankenhausambulanzen anwendbar ist. Ausgangsbasis eines einheitlichen Leistungskatalogs sollte der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) sein. Er sollte allerdings durch die Einbeziehung von Sachkosten und einen stärkeren Fall- und Patientenbezug (und damit einen geringeren Arztgruppenbezug) weiterentwickelt

werden. Zudem ist der neue Leistungskatalog jährlich auf empirischer Basis fortzuschreiben. Ein empirisch abgeleiteter Leistungskatalog auf der Basis von medizinisch sinnvollen, kostenhomogenen Pauschalen macht die Leistungserbringung im Bundesgebiet vergleichbar, definiert prospektiv die Vergütungseinheiten je Fall und ist gleichzeitig eine zentrale Voraussetzung für die Durchsetzung des Prinzips „Gleicher Preis für gleiche Leistung“.

Die neue Vergütungsstruktur verteilt die existierenden Finanzmittel aus den bestehenden Sektoren fair und kostenneutral. Dabei sind Einsparpotenziale durch die Ambulantisierung von vormals stationär erbrachten Leistungen zu berücksichtigen.

Für spezialisierte ambulante Leistungen ist ein eigenständiger Leistungskatalog anzustreben, der gleichermaßen für Vertragsärztinnen und -ärzte und Krankenhausambulanzen anwendbar ist.

8. Faire Preis- und Mengentwicklung ermöglichen

Gesetzliche Regelungen für die äquivalente Leistungserbringung von Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhausambulanzen sollten neben der Verhandlung der Vergütungshöhe auch mengenbegrenzende Regeln enthalten.

Die Veränderung der Vergütungen sollte, wie in der vertragsärztlichen und der stationären Versorgung, auch für die sektorenübergreifende ambulante Versorgung grundsätzlich nach oben begrenzt sein, um eine wirtschaftliche Leistungserbringung und Beitragssatzstabilität zu gewährleisten. Nach oben zu begrenzen sind dabei

lediglich die jährlichen Preisanpassungen, denn anders als bei der traditionell einkommenorientierten Preis- bzw. Budgetsteuerung tragen die Krankenkassen inzwischen das Risiko der Morbiditätsentwicklung.

Die jährliche Preisobergrenze sollte empirisch durch ein unabhängiges Institut ermittelt werden. Dabei

sind sowohl die Veränderungen der Produktivität als auch die Veränderungen der Kostenstrukturen der Leistungserbringer zu berücksichtigen. Die bundeseinheitliche Richtgröße kann dann auf der Landesebene regionalspezifisch angepasst werden.

Die Vergütungsregelungen im deutschen Gesundheitswesen enthalten neben der Verhandlung über Preishöhen in der Regel auch Mengenvereinbarungen, so z. B. die Bestimmung des Behandlungsbedarfs in der ambulanten Versorgung und Fixkostendegressionsabschläge bzw. Mehrerlösausgleiche in der stationären Versorgung. Diese führen in der Regel zu einer abgesenkten Vergütung von zusätzlichen Leistungen. Begründet werden diese Instrumente mit Größen- und Spezialisierungseffekten (Kostendegression). Sie dienen zudem dazu, medizinisch nicht indizierter Leistungserbringung vorzubeugen. Vor diesem Hintergrund ist es nicht sinnvoll, die spezialisierte sektorenübergreifende ambulante Versorgung komplett ohne Mengenbegrenzungen zu entwickeln. Die gesetzlichen Regelungen für die äquivalente Leistungserbringung von Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhausambulanzen sollten deshalb neben der Verhandlung der Vergütungshöhe auch mengenbegrenzende Regeln enthalten, die gleichermaßen für Krankenhäuser und spezialisierte Vertragsärztinnen und -ärzte anwendbar sind.

Leistungsverlagerungen von der vertragsärztlichen oder der stationären Versorgung in den Versorgungsbereich der äquivalenten Leistungserbringung durch Vertragsärztinnen und -ärzte und Krankenhausambulanzen müssen kostenneutral umgesetzt werden.

9. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung etablieren

Patientinnen und Patienten, Versicherte und Krankenkassen haben Anspruch auf eine umfassende Information darüber, welche Versorgungsangebote und Strukturen in Gesundheitseinrichtungen vorgehalten werden und wie es um die Prozess- und Ergebnisqualität bestellt ist. Die Betroffenen müssen sich informieren und bewusst für oder gegen bestimmte Leistungserbringer entscheiden können. Insbesondere bei der spezialisierten ambulanten Behandlung muss – schon unter Qualitätsgesichtspunkten – sichergestellt sein, dass nur ausreichend qualifiziertes und erfahrenes Personal solche Leistungen erbringt.

Die spezialisierte ambulante Versorgung, die sowohl von Krankenhausambulanzen als auch von Vertragsärztinnen und -ärzten erbracht wird, ist jedoch bislang nur sporadisch von den Verfahren zur Qualitätssicherung erfasst. Es existieren bislang nur zwei Qualitätssicherungsverfahren, die die Behandlungsqualität sektorenübergreifend und durchgängig erfassen. Absurderweise werden die Ergebnisse nur für die Krankenhäuser gegenüber den Versicherten transparent gemacht; eine Veröffentlichung für Vertragsärztinnen und -ärzte unterbleibt. Nur in wenigen Bereichen gibt es bei der Zulassung von Leistungserbringern Struktur- anforderungen, die gleichermaßen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Krankenhäuser gelten, so z. B. beim ambulanten Operieren oder bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Komplette ohne eine geregelte Qualitätssicherung werden bislang Behandlungen in den Hochschulambulanzen, den psychiatrischen Institutsambulanzen und in weiten Bereichen der teilstationären Versorgung erbracht.

Die Sicherung einer einheitlichen Qualität bei den von Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhausambulanzen äquivalent erbrachten Leistungen muss daher ein vorrangiges Ziel einer Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung sein. Die im Aufbau befindlichen Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung unter Verantwortung des G-BA und unter Einbindung der Landesarbeitsgemeinschaften (LAGen) bieten hierfür einen geeigneten Rahmen. Demnach würden Qualitätsanforderungen einheitlich vom G-BA definiert und durch die LAGen im Rahmen von kontinuierlichen Qualitätskontrollen überprüft. Die Ergebnisse der Prüfungen sollen künftig veröffentlicht werden – bei Bedarf sind dann qualitätsverbessernde Maßnahmen einzuleiten. Kontinuierlich schlechte Qualität muss zum Entzug des Versorgungsauftrags führen.

Eine einheitliche Qualitätssicherung muss vorrangiges Ziel der Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung sein.

10. Hochspezialisierte Ambulanzversorgung eindeutig definieren

Die Leistungen einer hochspezialisierten Ambulanzversorgung müssen endlich eindeutig beschrieben und durch bundesweit einheitliche Standards qualitätsgesichert werden.

Der Fortschritt der Medizin macht es heute möglich, auch Patientinnen und Patienten mit sehr komplexen medizinischen Problemen ambulant zu behandeln. Wenn für sehr spezielle ambulante Leistungen die besondere Infrastruktur eines Krankenhauses erforderlich ist, sollte unter Qualitätsgesichtspunkten sichergestellt werden, dass diese besonders qualifizierte Versorgung klar von anderen Versorgungsbereichen abgegrenzt wird und vornehmlich durch Krankenhausambulanzen erfolgt.

Da die qualitativen Anforderungen an die Leistungserbringung dabei über die der vertragsärztlichen Versorgung hinausgehen, sollte es selbstverständlich sein, dass die Anforderungen der vertragsärztlichen Versorgung als Mindestanforderung gelten und die Behandlung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt erfolgt. Die Qualifikationsanforderungen müssen u. a. durch die Dokumentation der lebenslangen Arztnummer bzw. einer Krankenhausarztnummer nachgewiesen werden.

Rechtsgrundlagen, die künftig nach diesen Prinzipien ausgestaltet werden sollten, sind die Versorgung der Hochschulambulanzen nach Art, Schwere und Komplexität (§ 117 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V), die Tageskliniken der teilstationären Versorgung (§ 39 SGB V), die vor- und nachstationäre Versorgung (§ 115a SGB V) und ausgewählte Fälle mit ambulantem Potenzial aus dem DRG-Bereich.

11. Transparenz statt „Blackbox“ Krankenhausambulanz

Für eine sinnvolle Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen ist es erforderlich, eine ausreichende Transparenz über das Leistungsgeschehen in den Ambulanzen zu gewinnen. Bislang können Kapazitäten und Leistungen von Ambulanzen weder nach Versorgungsbereich deutschlandweit ausgewertet noch in Kategorien und Verfahren der vertragsärztlichen Versorgung erfasst werden.

Als Konsequenz berücksichtigt beispielsweise die vertragsärztliche Bedarfsplanung nur unzureichend, welche ambulanten Behandlungskapazitäten neben den Vertragsärztinnen und -ärzten zusätzlich in den Ambulanzen vorgehalten werden. Der Auftrag des Gesetzgebers, ermächtigte Einrichtungen in der Bedarfsplanung anzurechnen, läuft damit bisher weitestgehend ins Leere, weil Datengrundlagen fehlen, um die Versorgungsrelevanz von Ambulanzen zu bewerten. Zentrale Fragen, wie welche Leistungen erbracht werden, von welchen Arztgruppen, mit welchen Schnittmengen zur vertragsärztlichen Versorgung, können heute schlicht nicht beantwortet werden.

Ein Faktor ist dabei auch, dass das Leistungsgeschehen der Ambulanzen durch die Abrechnung von stark pauschalierten Entgelten, die nicht auf dem EBM aufsetzen, weder sinnvoll mit der vertragsärztlichen Versorgung abgeglichen noch von ihr abgrenzt werden kann. Darüber hinaus werden die Pauschalen meist vor Ort vereinbart und weisen erhebliche Unterschiede in der Vergütungshöhe und im Leistungsumfang auf. Die Daten sind daher nicht vergleichbar und werden auch nicht übergreifend zusammengeführt.

Eine weitere Konsequenz der fehlenden einheitlichen Dokumentation und Datenzusammenführung ist, dass für die Ambulanzen in der Regel weder die Angemessenheit der Abrechnung noch die Qualität oder die Wirtschaftlichkeit nach den Standards der vertragsärztlichen Versorgung ausreichend geprüft werden können. Es laufen als Folge beispielsweise die vertragsärztlichen Qualitätssicherungsvereinbarungen ins Leere. Es ist daher erforderlich, das Leistungsspektrum klar und vergleichbar abzubilden und die Abrechnungs- und Leistungsdaten auf Grundlage einheitlicher Kodierrichtlinien zentral zusammenzuführen, um kassenübergreifend und überregional die zunehmende Bedeutung der Ambulanzversorgung zu berücksichtigen. Ferner sind die Arztstammdaten so zu erweitern, dass der Teilnahmestatus, der Teilnahmeumfang und der Versorgungsauftrag von den Ambulanzen erfasst werden.

Um kassenübergreifend und überregional die zunehmende Bedeutung der Ambulanzversorgung zu berücksichtigen, müssen Abrechnungs- und Leistungsdaten auf Grundlage einheitlicher Kodierrichtlinien zentral zusammengeführt werden.

12. Einsatz von Innovationen klar regeln

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, in der ambulanten Versorgung dürfen nur Verfahren mit Nutzen- nachweis erbracht werden. Welches der beiden

Innovative ambulante Verfahren, die sich noch im Rahmen der klinischen Prüfung befinden, sollten auf die hochspezialisierte Ambulanzversorgung beschränkt bleiben.

Prinzipien bei der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung Anwendung findet, ergibt sich maßgeblich aus der angewendeten Gebührenordnung. Dort, wo die Vergütung via EBM erfolgt, gilt der an den nachgewiesenen Nutzen und die Wirtschaftlichkeit einer Leistung geknüpfte Erlaubnisvorbehalt. Eine Sonderrolle nimmt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ein, die auf dem EBM aufsetzt und sich dennoch durch die Einführung zusätzlicher Entgelte für nicht vom G-BA bewertete neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) am Verbotsvorbehalt orientiert. In jenen Bereichen, die nicht nach EBM vergütet werden (teilstationär, Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen) wird ein Nutzen- bzw. Wirtschaftlichkeitsnachweis nicht verlangt und es gilt grundsätzlich der Verbotsvorbehalt.

Dort, wo Krankenhausambulanzen und Vertragsärztinnen und -ärzte gleiche Leistungen erbringen, entstehen so unterschiedliche Standards, die fachlich nicht begründet werden können: Krankenhausambulanzen und ASV-Leistungserbringer haben im ambulanten Bereich mehr Therapiemöglichkeiten zur Auswahl, deren medizinischer Nutzen und deren Risikoprofil für die Patientinnen und Patienten jedoch noch unklar sind.

Die GKV setzt sich dafür ein, dass auch in der spezialisierten ambulanten Versorgung, die äquivalent von Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhausambulanzen geleistet wird, nur Leistungen erbracht werden, deren Nutzen nachgewiesen ist. Nur so kann der notwendige Patientenschutz sichergestellt werden.

Innovative ambulante Verfahren, die sich noch im Rahmen der klinischen Prüfung befinden, sollten auf die hochspezialisierte Ambulanzversorgung beschränkt bleiben. Die Leistungserbringung ist an die Durchführung von hochwertigen Studien zu koppeln, damit nach Ende einer Übergangszeit valide Daten für eine Methodenbewertung zur Verfügung stehen. Um solchermaßen den Zugang zu Innovationen im Rahmen der hochspezialisierten Ambulanzversorgung zu gewährleisten, bedarf es einer Ergänzung der zu entwickelnden Gebührenordnung um ein geregeltes NUB-Verfahren für die hochspezialisierte Ambulanzversorgung.

13. Notfallversorgung an den Patientinnen und Patienten orientieren

Die Notfallversorgung ist geprägt durch parallele Strukturen in der vertragsärztlichen Versorgung und am Krankenhaus. Aus Patientensicht sind die Zuständigkeiten unklar. Vielfach ist die vertragsärztliche Notfallversorgung lückenhaft und unattraktiv organisiert. Insgesamt ist die Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten nicht hinreichend zentral organisiert. Daneben ist die ambulante Akutversorgung vielfach mit langen Wartezeiten verbunden. Eine verbesserte Koordination allein reicht nicht aus, um die Defizite zu beseitigen. Notwendig sind neue patientenorientierte Strukturen. Die ambulante Akutversorgung bzw. die ambulante Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten und die stationäre Notfallversorgung sollten möglichst verzahnt und zentral „unter einem Dach“ organisiert sein. Hierzu bedarf es in Verbindung mit den bereits gesetzlich etablierten stationären Notfallstufen auch Vorgaben des G-BA für Akut- bzw. Notdienstpraxen am Krankenhaus, die festlegen, an welchen und wie vielen Krankenhäusern diese Praxen einzurichten sind. Um die ambulante Akutversorgung zu verbessern, sollen Akut- bzw. Notdienstpraxen an ausgewählten Krankenhäusern eingerichtet werden, die rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Der Sicherstellungsauftrag der KVen für die ambulante Notfallversorgung bzw. die Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten ist hierbei zu konkretisieren und auch einzufordern. Sofern die KV keine bedarfsgerechte ambulante Notfallversorgung sicherstellt, sind Ambulanzen als ergänzende vertragsärztliche Versorgung bedarfsabhängig zu ermächtigen (vgl. Position 2).

Dort, wo Ambulanzen ambulante Notfallversorgung übernehmen, die unter Qualitätsgesichtspunkten oder wegen notwendiger Struktur Anforderungen vornehmlich durch besonders ausgestattete und qualifizierte Krankenhausambulanzen erbracht werden sollen, gelten die Anforderungen der hochspezialisierten Ambulanzversorgung (vgl. Positionen 10 und 11). Es ist dabei notwendig, das Leistungsspektrum klar abzugrenzen, in der notwendigen Differenziertheit abzubilden und die Abrechnungs- und Leistungsdaten auf Grundlage einheitlicher Dokumentations- und Kodierrichtlinien zu erfassen.

Ferner müssen einheitliche Struktur Anforderungen gelten, die u. a. beinhalten, dass am Standort eine Zentrale Notfallaufnahme Anlaufpunkt für die Patientinnen und Patienten ist und diese einer organisatorisch und fachlich unabhängigen Ärztin bzw. einem Arzt untersteht.

Der Zeitfaktor ist bei vielen Notfällen entscheidend für Heilungs- und Überlebenschancen. Bundesweite Mindeststandards sowie eine digitale Infrastruktur für den Rettungsdienst, um die Transparenz über verfügbare Behandlungskapazitäten besser zu steuern und zu konzentrieren, müssen geschaffen werden. Zu etablieren sind daneben integrierte Leitstellen aus Rettungsleitstellen und Leitstellen des KV-Notdienstes, um die angemessene mobile Notfallversorgung zu aktivieren. Die Notrufnummern sollten hier zusammenlaufen.

Die ambulante und die stationäre Notfallversorgung sollten möglichst verzahnt und zentral „unter einem Dach“ organisiert sein.

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de