

Zwischen den Welten – die »ambulante spezialärztliche Versorgung«

Sonja Froschauer
Axel Munte
Axel Neumann

Sonja Froschauer,
Diplom Physikerin

Dr. med. Axel Munte, Internist /
Gastroenterologe; ehem.
Vorsitzender des Vorstands der
Kassenärztlichen Vereinigung
Bayerns

Dr. med. Axel Neumann,
Chirurg; Präsident Bundes-
verband für Ambulantes
Operieren e. V. BAO

Höhere Kosten bei ungewisser Entwicklung der Versorgungsqualität – so könnte die Prognose zur geplanten Einführung der »ambulanten spezialärztlichen Versorgung« (ASV) im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes lauten. Dieser neue Versorgungssektor soll zwischen dem ambulanten vertragsärztlichen Bereich und der stationären Versorgung angesiedelt werden. Die Leistungen des aktuellen § 116b SGB V (ambulante Behandlung am Krankenhaus) und ausgewählte Eingriffe nach § 115 b SGB V (ambulante Operationen und sonstige stationärsersetzende Leistungen) sollen darin integriert werden. Trotz der Kritik vieler Akteure bietet diese gesetzliche Neuerung durchaus Chancen. Denn identische Rahmenbedingungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser in diesem neuen Sektor könnten Widersprüche und Schieflagen der aktuellen gesetzlichen Regelungen an der Sektorengrenze beheben. Ausgangssituation und mögliche Auswirkungen des neuen Versorgungssektors »zwischen den Welten« werden im Folgenden erläutert

1. Ausgangssituation

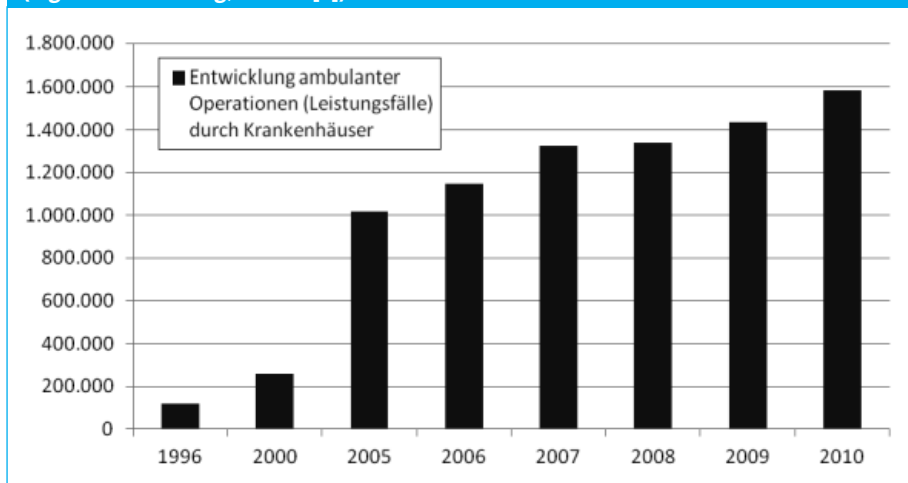
Das deutsche Gesundheitssystem zeichnete sich über Jahrzehnte durch eine strikte Trennung von ambulantem und stationärem Sektor aus. Durch die Einführung des Kollektivvertrags im Jahr 1931 erhielten die niedergelassenen Kassenärzte das Monopol auf die ambulante Patientenversorgung. In Konsequenz wurden Krankenhausärzte von ambulanten Behandlungen ausgeschlossen, außer sie wurden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) dazu ermächtigt [11].

Sukzessive Aufweichung der Sektorengrenzen

Erstmals durchbrochen wurde diese strikte Trennung im Jahr 1989 mit der Etablierung der Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) und der psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V). Diese Paragraphen verpflichteten die regionalen Zulassungsausschüsse, stationäre

Einrichtungen für die ambulante Versorgung zu ermächtigen. Während diese Regelungen nur einen begrenzten Kreis von Kliniken betrafen, ermöglichte die Einführung des § 115b SGB V im Jahr 1993 grundsätzlich allen Krankenhäusern, bestimmte Operationen und stationärsersetzende Leistungen ambulant zu erbringen. Ein Grund für diese Öffnung des ambulanten Sektors für Krankenhäuser war die Tatsache, dass aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts ab Anfang der achtziger Jahre anspruchsvolle Leistungen auch ambulant risikoarm durchgeführt werden konnten [18]. Dazu trugen unter anderem die Entwicklung minimal-invasiver Operationsverfahren sowie die Weiterentwicklung der Narkosetechniken bei. Statt einer reinen Verlagerung von Leistungen von den Kliniken zu den Vertragsärzten wurde durch die Berechtigung der Krankenhäuser erstmals ein direkter Wettbewerb zwischen den Sektoren erzeugt.

Abb. 1: Entwicklung ambulanter Operationen durch Krankenhäuser (eigene Darstellung, Daten: [2])



Ausweitung ambulanter Operationen am Krankenhaus

In Folge dieser gesetzlichen Möglichkeit stieg die Anzahl ambulanter Operationen durch Krankenhäuser deutlich an (siehe Abb. 1). Auch die von Vertragsärzten durchgeführten ambulanten Operationen nahmen nach einer Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO) ab dem Jahr 1988 zunächst deutlich zu. Ab 1997 stabilisiert sich jedoch deren Zahl bei etwa vier Mio. Eingriffen pro Jahr [19].

Diese Zahlen zeigen, dass Krankenhäuser ihren Anteil an den ambulant durchgeführten Operationen in den letzten Jahren steigern konnten. Bröckelmann und Reydelet berechnen einen Anstieg des Anteils an den Leistungsfällen der Krankenhäuser von 3,0 Prozent (1997) auf 13,8 Prozent (2004) [20]. Bei den Leistungsausgaben konnten die Kran-

kenhäuser bis 2010 sogar noch einen größeren Anteil erreichen: die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für ambulante Operationen durch Vertragsärzte betrugen in 2010 insgesamt 1.665.601.488 EUR. Dem standen im gleichen Zeitraum Ausgaben von 618.692.635 EUR für ambulante Operationen am Krankenhaus gegenüber – ein Anteil von 27,1 Prozent am Gesamtvolumen [15].

Weitere Öffnung der Kliniken für die ambulante Behandlung durch § 116b SGB V

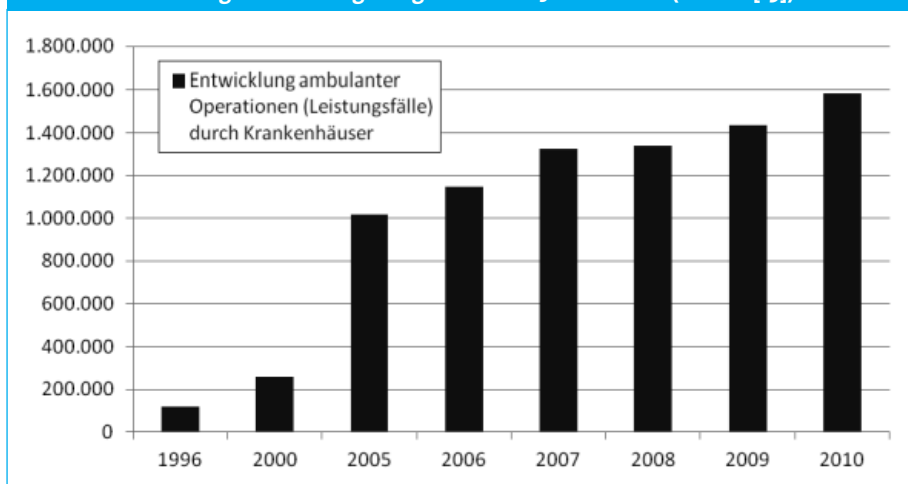
Im Jahr 2004 wurde eine weitere gesetzliche Option für Krankenhäuser eingeführt, ambulant tätig zu werden. Der § 116b SGB V über die »ambulante Behandlung im Krankenhaus« ermöglicht Kliniken, für hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkran-

kungen mit besonderen Krankheitsverläufen an der ambulanten Versorgung teilzunehmen, sofern sie dafür im Rahmen der Krankenhausplanung zugelassen wurden. Da dabei keine Berücksichtigung der bestehenden ambulanten Versorgungssituation vorgesehen ist, wird diese Regelung durch viele KVen und Vertragsärzte kritisch betrachtet [6, 13].

Es liegen nur begrenzt Daten zur Entwicklung der ambulanten Tätigkeit von Krankenhäusern im Rahmen des § 116b SGB V vor. Insgesamt gab die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Jahr 2010 an, dass bundesweit rund 2.000 Anträge gestellt und etwa 500 genehmigt worden seien [13]. Die Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit zu den Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zeigen die Ausgabenentwicklung für ambulante Behandlung am Krankenhaus nach § 116b SGB V (siehe Abb. 2).¹

Auch wenn das für Leistungen des § 116b SGB V jährlich umgesetzte Honorarvolumen von 99 Mio. EUR im Vergleich zu den Ambulanten Operationen mit circa 2,3 Mrd. EUR sowie den Gesamtausgaben für die ambulante Versorgung noch gering ist, wird die Zunahme dieses Leistungsbereichs deutlich. Betrachtet man die vorläufigen Ergebnisse des ersten Halbjahres 2011, so setzt sich dieser Trend noch fort: der Umsatz für ambulante Leistungen am Krankenhaus stieg um 65 Prozent von 31.668.458 EUR (1./2. Quartal 2010) auf 52.101.695 EUR (1./2. Quartal 2011) [15]. Ein Grund für den starken Anstieg könnte in der zunächst verzögerten Bearbeitung der Anträge der Krankenhäuser durch die zuständigen Landesbehörden liegen [6, 12].

Abb. 2: Entwicklung der Leistungsausgaben nach § 116b SGB V (Daten: [15])



Unterschiedliche Voraussetzungen für die Leistungserbringung

Obwohl Vertragsärzte und Krankenhäuser im Leistungsbereich der §§ 115b und 116b SGB V gleichermaßen tätig werden können, unterliegen sie derzeit unterschiedlichen Rahmenbedingungen.

Zugang zur Leistungserbringung

Die ambulanten Operationen und sonstigen stationärsersetzenden Leistungen des

¹ Herangezogen wurde hier die Kontengruppe 403, unter der Ausgaben für ambulante Leistungen am Krankenhaus gemäß § 116b Abs. 2 und 3 zu buchen sind [16].

§ 115b SGB V stehen gleichermaßen Krankenhäusern sowie Vertragsärzten offen, sofern sie die nötigen Qualifikations- und Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Anders stellt sich die Situation bei den Leistungen nach § 116b SGB V dar: Vertragsärzte können innerhalb ihrer Fachgruppengrenzen sowie abhängig von ihrer eventuell vorhandenen Schwerpunktbezeichnung grundsätzlich alle ambulanten Leistungen erbringen und abrechnen. Lediglich einzelne Leistungen unterliegen einer Genehmigungspflicht durch die KV. Bei Krankenhäusern ist eine Genehmigung durch die zuständigen Krankenhausplanungsausschüsse notwendig. Die Genehmigungsverfahren werden dabei landesspezifisch unterschiedlich restriktiv gehandhabt. Darüber hinaus kam es auch insbesondere in der Anlaufphase zu Verzögerungen in der Antragsbearbeitung. Dies behindert den Zugang von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung.

Honorierung und Budgetierung

Leistungen von Krankenhäusern nach §§ 115b und 116b SGB V werden unmittelbar von den Krankenkassen nach der für die jeweilige KV geltenden Euro-Gebührenordnung vergütet.² Eine Mengengrenzung erfolgt nicht. Bei Vertragsärzten werden ambulante Operationen nach § 115b SGB V grundsätzlich außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu den Werten der regionalen Euro-Gebührenordnung finanziert. Allerdings wurde seit 01.01. 2011 eine Zuwachsbegrenzung für einige Leistungsbereiche außerhalb der MGV gesetzlich vorgesehen. Diese Regelung ist durch die Vertragspartner auf Landesebene auszugestalten und betrifft auch ambulante Operationen. Dabei soll »das Ausgaben-volumen für diese Leistungen im Jahr 2011 das Ausgaben-volumen des Jahres 2010, erhöht um die um 0,25 Prozentpunkte verminderte der für das Jahr 2011 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate nicht überschreiten« (§ 87d Abs. 4 SGB V). Auch wenn derartige Regelungen nicht in allen KVen umgesetzt wurden, unterliegen ambulante Operationen durch Vertragsärzte grundsätzlich einer Einschränkung ihrer Mengenentwicklung. Dies könnte umfangreichere Verlagerungen dieser Leistungen von Krankenhäusern zu Vertragsärzten hemmen.

Leistungen, die im Rahmen des § 116b SGB V auch durch Krankenhäuser erbracht werden können, unterliegen für Vertragsärzte in der Regel der Mengengrenzung durch das Praxisbudget (Obergrenze). Als Beispiel ist die tagesklinische Betreuung durch Onkologen zu nennen, die mit der Honorarreform zum 01.07.2010 erneut einer Budgetierung unterzogen wurde.

Duale Finanzierung

Krankenhäuser, die im Krankenhausplan enthalten sind, erhalten von den Ländern eine Investitionskostenförderung. Die Vergütung ambulanter Leistungen erfolgt jedoch – wie bei Vertragsärzten – nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Da die Infrastruktur der Krankenhäuser durch die duale Finanzierung bereits teilweise getragen wird, haben Kliniken in dieser Hinsicht Kostenvorteile gegenüber Vertragsärzten, die alle Kosten aus ihrem Honorarumsatz decken müssen.

Persönliche Leistungserbringung

Grundsätzlich sind ambulante Operationen sowohl durch Krankenhäuser als auch durch Vertragsärzte nach dem Facharztstandard zu leisten. Das bedeutet, sie »sind nur von Fachärzten, unter deren Assistenz oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen«. Der Nachweis der persönlichen Qualifikation hat dabei arztbezogen mit namentlicher Nennung gegenüber der KV (vertragsärztliche Leistungserbringer) bzw. dem jeweiligen Krankenhausträger (Leistungserbringer im Krankenhaus) zu erfolgen [22]. Für Leistungen nach § 116b SGB V gelten die Anforderungen an Vertragsärzte entsprechend für die Krankenhäuser (§ 116b Abs. 1 und 3 SGB V).

Das Berufsrecht ermöglicht grundsätzlich eine Delegation von Leistungen an ärztliche Mitarbeiter. Dabei muss sich der delegierende Arzt versichern, dass sein Vertreter die Voraussetzungen für die Leistungserbringung erfüllt. Dies schließt die Facharztanerkennung sowie eine eventuell nötige Abrechnungsgenehmigung mit ein. Allerdings ist im Rahmen der Weiterbildung die Delegation

von Leistungen, die eine Facharztanerkennung erfordern, an einen Arzt, der nicht über die entsprechende Facharztqualifikation verfügt, erlaubt. Dabei muss der delegierende Arzt sich davon überzeugen, dass der andere Arzt ausreichend Erfahrung in der Durchführung der Leistung besitzt; außerdem muss er sich bei der Leistungserbringung in unmittelbarer Nähe aufhalten [24].

Krankenhausärzte besitzen also grundsätzlich die Möglichkeit, auch ambulante Leistungen an Kollegen in der Facharztweiterbildung zu delegieren. Ob im täglichen Betrieb eines Krankenhauses die unmittelbare Präsenz des delegierenden Arztes stets gegeben ist, bleibt dabei fraglich.

Zusammenfassung

Der Gesetzgeber hat mit den letzten Gesundheitsreformen zunehmend Möglichkeiten für Krankenhäuser geschaffen, ambulant tätig zu werden. Damit wurde in definierten Leistungsbereichen ein direkter Wettbewerb von Vertragsärzten und Krankenhäusern initiiert. Nach anfänglichen Verzögerungen haben Krankenhäuser diese Optionen genutzt. Gerade bei ambulanten Operationen gelang es den Kliniken in den letzten Jahren, ihren

In definierten Leistungsbereichen wurde ein direkter Wettbewerb zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern initiiert.

Marktanteil deutlich zu steigern. Es ist also eine Ausweitung der Tätigkeit der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich hinein zu erkennen. Problematisch sind die unterschiedlichen Rahmenbedingungen, denen Krankenhäuser und Vertragsärzte in dem überschneidenden Leistungsbereich unterliegen. Tendenziell ist hier eine Besserstellung der Krankenhäuser zu erkennen.

Mit dem Entwurf zum »Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung« hat der Gesetzgeber diese Entwicklung nun fortgeführt und versucht, die bestehenden Probleme durch die Einführung eines neuen Versorgungssektors zu lösen.

² § 116b Abs. 5 SGB V sowie § 115 b Abs. 2 SGB V in Verbindung mit [21]

2. Inhalte der geplanten gesetzlichen Regelung

Der § 116b SGB V in der Fassung des Kabinettsentwurfs des Versorgungsgesetzes vom 03.08.2011 sieht die Etablierung eines eigenen Versorgungssektors der »ambulanten spezialärztlichen Versorgung« vor [25]. Dieser soll folgende Leistungsbereiche umfassen:

- die Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (zum Beispiel HIV/AIDS, Multiple Sklerose, onkologische Erkrankungen)
- die Behandlung seltener Erkrankungen (beispielsweise Mukoviszidose, Hämophilie)
- ausgewählte, noch zu definierende ambulante Operationen und andere stationärsersetzende Leistungen aus dem Katalog des § 115b SGB V
- hochspezialisierte Leistungen (wie Brachytherapie, CT/MRT-gestützte schmerztherapeutische Leistungen)

Die von der ASV umfassten Leistungen und Krankheitsbilder sind erst noch durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu definieren. Der G-BA kann den Zugang zur ASV für Leistungserbringer an Qualifikationsvoraussetzungen knüpfen. Neben persönlichen Voraussetzungen kann er für einzelne Krankheitsbilder oder Therapien auch prozessuale Vorgaben erlassen:

- Vorgaben zur verpflichtenden Kooperation von Leistungserbringern; für den Bereich der Onkologie sind diese laut Gesetz zwingend festzulegen
- Festsetzung von Überweisungsvorbehalten als Zugangsvoraussetzung für die ASV
- Entscheidungshilfen für den behandelnden Arzt, wann bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist

Leistungen der ASV sollen niedergelassene Ärzte sowie zugelassene Krankenhäuser erbringen können, sofern sie die Voraussetzungen des G-BA für das jeweilige Krankheitsbild bzw. die jeweilige Leistung erfüllen. Die Leistungserbringer zeigen dazu ihre Qualifikation gegenüber der zuständigen Landesbehörde an; erfolgt innerhalb von zwei Monaten kein Widerspruch, so ist der Leistungserbringer zugelassen. Eine Bedarfsplanung erfolgt nicht.

Für die ASV soll mittelfristig eine eigene Gebührenordnung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV),

die DKG sowie den Spitzenverband Bund der Krankenkassen entwickelt werden. Übergangsweise werden die Leistungen nach dem EBM mit den Werten der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Eine Mengenbegrenzung ist nicht vorgesehen. Für Krankenhäuser wird ein fünfprozentiger Abschlag vorgenommen, um den Kostenvorteil der Investitionsförderung auszugleichen. Die Abrechnung der Leistungen der ASV soll sowohl durch Vertragsärzte als auch durch Krankenhäuser direkt mit den Krankenkassen erfolgen, die die Prüfung von Wirtschaftlichkeit und Qualität übernehmen sollen. Die MGv der KVen soll um den in die ambulante spezialärztliche Versorgung überführten Leistungsbedarf vermindert werden. Eine Bereinigung der Krankenhausbudgets ist nicht vorgesehen.

Weiter soll für die ASV das Prinzip des Verbotsvorbehalts übernommen werden, das derzeit nur im stationären Bereich Anwendung findet. Damit könnten neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden grundsätzlich ohne vorherige Prüfung durch den G-BA zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, solange der G-BA nicht ausdrücklich etwas anderes beschließt (§ 137c SGB V).

Für Krankenhäuser, die zum Inkrafttreten des Gesetzes bereits eine Genehmigung für ambulante Leistungen nach § 116b SGB V besitzen, gilt eine Übergangsregelung. Diese sieht vor, dass diese Genehmigungen bis zu einer Aufhebung durch das jeweilige Land weiter gelten, längstens jedoch ein Jahr ab Inkrafttreten der Richtlinie des G-BA.

3. Mögliche strukturelle Auswirkungen der neuen Versorgungsebene

Die neue gesetzliche Regelung bietet Leistungserbringern einen einfachen Zugang zur ASV ohne eine Regulierung des Leistungsangebots durch eine Bedarfsplanung. Begrenzend wirken einzig die vom G-BA zu definierenden Qualifikationsvoraussetzungen. Da praktisch alle Leistungen, die künftig der ASV zugeordnet werden könnten, jetzt bereits angeboten werden, werden sich die Qualifikationsanforderungen im Wesentlichen an bestehenden Richtlinien orientieren. Diese werden durch die jetzt bereits tätigen Leistungserbringer erfüllt.

Sofern die Qualifikationsanforderungen also nicht deutlich erhöht werden, werden voraussichtlich alle Leistungserbringer in der ASV tätig werden, die jetzt schon die relevanten Leistungen in nennenswertem Umfang anbieten. Bei Vertragsärzten wird diese Entwicklung gefördert, da durch den Entfall der Budgetierung das Angebot spezialärztlicher Leistungen finanziell attraktiver ist als eine vertragsärztliche Tätigkeit.

Regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte werden in ASV fortgeführt

Die regionale Verteilung der Leistungserbringer in der ASV wird zunächst der in der vertragsärztlichen Versorgung gleichen. Dort stellte das WIDO im Ärzteatlas 2011 fest, dass bei der Ärzteverteilung enorme regionale Unterschiede bestehen. Insbesondere in Ballungszentren und in Regionen, die für Ärzte attraktiv sind, existiert eine massive Überversorgung [17]. Das Angebot spezialärztlicher Leistungen wird sich also auch nach Einführung des neuen Versorgungssektors in den heute bereits gut versorgten Regionen konzentrieren, so dass es dort zu einem hohen Angebot bis hin zu einer Überversorgung kommen wird.

Aufgrund der erleichterten Zulassung ist anzunehmen, dass tendenziell mehr Leistungserbringer als bislang versuchen werden, spezialärztliche Leistungen anzubieten, so dass das Versorgungsangebot zunimmt. Da die ASV keiner Bedarfsplanung unterliegt, erfolgt keine Steuerung, wo sich neue Leistungserbrin-

Es ist anzunehmen, dass tendenziell mehr Leistungserbringer als bislang versuchen werden, spezialärztliche Leistungen anzubieten.

ger ansiedeln. Es ist nicht davon auszugehen, dass das Versorgungsangebot vorwiegend in den Regionen ausgebaut wird, die bislang mit spezialärztlichen Leistungen unterversorgt waren. Denn dort bestünde durch Sonderbedarfszulassung bzw. Ermächtigungen schon jetzt die Möglichkeit, geeignete Leistungserbringer sowohl aus dem vertragsärztlichen als auch aus dem stationären Bereich zuzu-

lassen. Die neuen Regelungen des § 116b SGB V bieten keinerlei neue Anreize für eine Tätigkeit in diesen Regionen.

Es ist festzustellen, dass durch die Einführung des neuen Versorgungssektors keine wesentliche Veränderung der regionalen Unterschiede im Versorgungsangebot erreicht werden wird. Insbesondere ist eine künftige bessere Versorgung ländlicher Regionen unwahrscheinlich.

Zunahme spezialärztlicher Tätigkeit durch Kassenärzte, mögliche Versorgungslücken in der vertragsärztlichen Versorgung

Durch die attraktivere Vergütung spezialärztlicher Leistungen durch den Entfall der Budgetierung könnten Vertragsärzte ihr Leistungsspektrum zugunsten der ASV verändern. Somit käme es einerseits zu einer Erhöhung des spezialärztlichen Versorgungsangebots, andererseits zu einer Reduzierung vertragsärztlicher Leistungen, die in einzelnen Regionen zu einer Unterversorgung führen könnten. In diesem Fall könnten dort neue Vertragsarztsitze ausgewiesen werden. Denn der Entwurf des Versorgungsgesetzes sieht vor, dass bei der Berechnung des Versorgungsgrades zu berücksichtigen ist, wenn Vertragsärzte spezialärztlich tätig sind und damit nicht oder nur eingeschränkt für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehen. Allerdings stehen den Zulassungsausschüssen keine Instrumente zur Verfügung, neu niedergelassenen Ärzten dann eine Tätigkeit in der ASV zu untersagen.

Bestehen also Differenzen in der Attraktivität der Vergütung spezialärztlicher und vertragsärztlicher Leistung, so wird eine tendenzielle Verschlechterung der vertragsärztlichen Versorgungssituation bei einer gleichzeitigen Erhöhung des Leistungsangebots in der ASV durch Vertragsärzte die Folge sein.

Zunahme ambulanter Tätigkeit von Krankenhäusern

Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass Krankenhäuser die Möglichkeiten, ambulant tätig zu werden, intensiv nutzen. Diese Entwicklung ist nachvollziehbar, da in den vergangenen Jahren auf-

grund abnehmender Liegedauern trotz des Abbaus von Krankenhausbetten eine Reduktion der stationären Auslastung der Kliniken zu verzeichnen war [9]. Eine Erweiterung ihres Tätigkeitsfeldes in den ambulanten Bereich ist aus Sicht der Krankenhäuser aus mehreren Gesichtspunkten interessant. Zum einen kann die abnehmende Auslastung im stationären Bereich durch eine erhöhte ambulante Tätigkeit kompensiert werden. Dies ist besonders bei kostenintensiven Einrichtungen und Geräten von Interesse, die durch die Nutzung für stationäre und ambulante Patienten wirtschaftlicher betrieben werden können. Weiter können Krankenhäuser ihr Leistungsangebot über die stationäre Behandlung hinaus auch auf Teile der ambulanten Versorgung ausweiten und somit Marktanteile gewinnen.

Dass Krankenhäuser ihre ambulante Tätigkeit verstärken wollen, zeigt das Positionspapier der DKG aus dem Jahr 2009. Dort wird eine Stärkung der Rolle der Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung durch die Vereinfachung der Zulassung, die Beibehaltung der Möglichkeit zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren sowie Mitwirkungsrechte in relevanten Gremien gefordert [5]. Die Tendenz der Krankenhäuser, ihre ambulante Tätigkeit unabhängig von einem vorhandenen vertragsärztlichen Angebot zu erweitern, zeigt auch die Tatsache, dass ein Großteil der Anträge nach § 116b SGB V für den Bereich der Onkologie gestellt wurden, der in der Regel auch vertragsärztlich abgedeckt wird [7, 9, 10, 13].

Mit Einführung des neuen Versorgungssektors wird das Angebot spezialärztlicher Leistungen quantitativ zunehmen.

Es ist anzunehmen, dass bestehende Zulassungen von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung nahezu vollständig in die neue ASV überführt werden. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die Krankenhäuser den vereinfachten Zugang zur ASV zu einer weiteren deutlichen Ausweitung ihres ambulanten Leistungsangebots nutzen werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass mit der Einführung des neuen Versorgungssektors das Angebot spezialärzt-

licher Leistungen quantitativ zunehmen wird. Das Versorgungsangebot wird jedoch regional erhebliche Unterschiede aufweisen: schwach versorgten Regionen werden Ballungszentren gegenüber stehen, in denen sich die bisher bereits manifeste Überversorgung noch verstärken wird.

Kosteneffekte

Die Einführung der ASV in der aktuell vorgesehenen Regelung wird zu einer Steigerung der Leistungsausgaben der Krankenkassen führen.

Steigende durchschnittliche Vergütung spezialärztlicher Leistungen durch Vertragsärzte

Zum ersten erhöhen sich – mindestens bis zur Entwicklung einer eigenen Gebührenordnung – die Preise, mit denen spezialärztliche Leistungen durch Vertragsärzte vergütet werden. Da ein Teil der Vertragsärzte die zugewiesenen Budgets (Obergrenzen) derzeit regelhaft überschreitet, wird ein Teil ihrer Leistungen nicht mit dem vollen Betrag der Euro-Gebührenordnung vergütet. Da in der ASV alle Leistungen nach Euro-Gebührenordnung honoriert werden sollen, erhöht sich somit auch bei gleicher Leistungsmenge das Honorarvolumen.

Mengensteigerungen durch Entfall von Budgets, Zunahme des Leistungsangebots und Einführung des Verbotsvorbehalts

Durch den Entfall der Budgetierung ist mit einer Mengensteigerung zu rechnen. Beispiele zeigen, dass »freie Leistungen«, die im Zuge der Einführung der Regelleistungsvolumen im Jahr 2009 keiner Mengenbegrenzung unterlagen, teils deutliche Steigerungen verzeichneten. So gibt die KV Bayerns an, dass die Akupunktur zwischen dem ersten und dem vierten Quartal 2009 ein Plus von neun Prozent, die Empfängnisregelung und Sterilisation ein Plus von acht Prozent aufwies [4]. Die KV Schleswig-Holstein verzeichnete bei den dringenden Besuchen durch Hausärzte eine Zunahme von 38 Prozent zwischen dem ersten Quartal 2008 und dem ersten Quartal 2009 [3].

Darüber hinaus ist auch durch das steigende Leistungsangebot aufgrund des Prinzips der angebotsinduzierten Nach-

frage von einem Anstieg der Leistungsmenge auszugehen [26]. Steuernd könnte hier ein Überweisungsvorbehalt für bestimmte Leistungen wirken. Ebenfalls zu einer Mengen- und Kostensteigerung beitragen wird die Einführung des Verbotsvorbehalts, durch den einer weit größeren Anzahl an Leistungserbringern als bislang nun der Einsatz neuer Verfahren und Methoden offen steht [1].

Einsparungen durch Verlagerung von stationär nach ambulant werden nicht realisiert

Zwar bieten der vereinfachte Zugang der Kliniken zur ASV und die Abschaffung der Budgetierung bei Vertragsärzten grundsätzlich das Potential, dass bisher stationär durchgeführte Eingriffe dann ambulant zu günstigeren Kosten vorgenommen werden. Die Tatsache, dass die Quote ambulanter Operationen in Deutschland im internationalen Vergleich niedrig ist, stützt diese These [8]. Oberender et al. beziffern das Einsparpotential einer Verlagerung im Bereich ambulanter Operationen mit 25 bis 515 Mio. Euro [23]. Jedoch zeigen Zahlen aus der Schweiz, dass dort trotz eines erheblichen Wachstums der ambulanten Behandlung durch Spitäler die stationären Ausgaben nicht entsprechend abnehmen. Stattdessen wurde die Verlagerung durch andere, teurere Leistungen kompensiert [14]. Bei der Neufassung des § 116b SGB V ist zwar eine Bereinigung der ambulanten MGW um Leistungen vorgesehen, die in die ASV verlagert werden, jedoch fehlt eine analoge Regelung für die stationären Ausgaben. So haben die Krankenkassen keine Möglichkeiten, bei einer Verlagerung von Leistungen eine Reduktion der Krankenhausbudgets vorzunehmen.

Fehlende Steuerungsinstrumente der Krankenkassen

Die Krankenkassen sollen zwar im Rahmen der ASV die Prüfung der Wirtschaftlichkeit übernehmen, letztlich fehlt ihnen jedoch das Instrumentarium, um einer nicht indizierten Mengenausweitung entgegenzuwirken. Auch Selektivverträge, die im Bereich der ASV rechtlich möglich sind, werden kein geeignetes Mittel zur Mengensteuerung sein. Da die Teilnahme an diesen Verträgen für Leistungserbringer freiwillig ist, müssten die Kassen signifikante finanzielle Anreize für

eine Teilnahme bieten, die zu einer weiteren Kostensteigerung führen würden. Auf der anderen Seite sind keine Malusregelungen für Leistungserbringer möglich, die nicht an diesen Verträgen teilnehmen.

Unklar ist auch, ob und wie eine doppelte Abrechnung von Leistungen verhindert werden kann. Es ist unwahrscheinlich, dass Leistungen, die der ASV zugeordnet werden, in der klassischen ambulanten Versorgung komplett entfallen. Oft werden bestimmte Ziffern des EBM für verschiedene Fachgruppen und Krankheitsbilder gleichermaßen verwendet. Da die ASV direkt mit den Krankenkassen, die ambulante Versorgung jedoch weiterhin über die KVen abgerechnet wird, besteht das Risiko, dass Leistungen zumindest partiell zweimal abgerechnet werden. Eine Abrechnungsprüfung ist letztlich nur den Krankenkassen möglich, da nur sie in beide Abrechnungsprozesse eingebunden sind. Jedoch werden entsprechende Prozesse und Strukturen noch nicht in allen Krankenkassen gleichermaßen implementiert sein.

Erhöhung der Verwaltungskosten

Neben steigenden Leistungsausgaben wird die Einführung der ASV auch zu einer Erhöhung der Verwaltungskosten führen. Zum einen entstehen bei den Vertragsärzten, die an der ASV teilnehmen, höhere Aufwände durch die direkte Abrechnung der Leistungen mit allen gesetzlichen Krankenkassen.

Auch auf der Seite der Krankenkassen entstehen zusätzliche Kosten durch die Direktabrechnung mit einer hohen Zahl an Leistungserbringern. Darüber hinaus werden den Krankenkassen neue Aufgaben wie die Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der ASV zugewiesen, für die Strukturen aufgebaut werden müssen. Zusätzliche Aufgaben erhalten auch die Landesbehörden, die die Qualifikation potentieller Leistungserbringer in der ASV zu überprüfen haben. Gerade nach der Einführung des neuen Versorgungsektors ist mit einer hohen Anzahl an Anträgen zu rechnen. Da entsprechende Kapazitäten derzeit weder qualitativ noch quantitativ vorhanden sind, ist ein Aufbau neuer Strukturen notwendig.

Die Einführung der ASV wird also zu Steigerungen sowohl der Leistungs- als auch der Verwaltungsausgaben führen. Ob die Verlagerung von Leistungen von

stationär nach ambulant diesen Anstieg kompensieren kann, ist fraglich.

Mögliche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität

Kritisch zu bewerten ist das Risiko einer Abnahme der Versorgungsqualität im Bereich spezialärztlicher Leistungen. So ist noch unklar, ob das Prinzip der persönlichen Leistungserbringung unter Beachtung des Facharztstandards in den Kliniken konsequent umgesetzt werden kann, da sich die Zulassung von Krankenhäusern zur ASV nach aktuellem Gesetzesentwurf auf Institutionen und nicht Personen beziehen soll. Dies ist auch ein zentraler Kritikpunkt vieler KVen. Weiter unterliegen viele Leistungen nach § 115b SGB V, die potentiell in die ASV integriert werden, bereits Qualitätssicherungsrichtlinien, die zwischen der KBV und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgeschlossen wurden. Ob der G-BA die Inhalte dieser Richtlinien in die neue Richtlinie zur ASV übernimmt, ist derzeit noch offen.

Qualitätsmängel durch organisatorische Defizite gerade in der Anlaufphase

In jedem Fall könnten selbst bei einer unveränderten Übernahme der Qualitätsvoraussetzungen organisatorische Schwierigkeiten bei deren Überprüfung auftreten. Denn die für die Qualifikationsprüfung zuständigen Landesbehörden verfügen aktuell nicht über die Strukturen oder die Erfahrung, um derartige Prüfungen in größerem Umfang durchzuführen. Insbesondere nach Inkrafttreten der Richtlinie des G-BA zur ASV ist mit einer hohen Anzahl von Anträgen zu rechnen. Für die Überprüfung der Qualifikation der Antragsteller verbleiben den Landesbehörden jedoch nur zwei Monate; anderenfalls gilt die Zulassung zur ASV als erteilt.

Tab. 1: Ergebnisse der Prüfung der Anträge nach § 116b SGB V im Bereich Onkologie in Bayern[7]

Anträge insgesamt:	22
Zurückgezogen	5
Mangels Eignung abgelehnt	12
Geeignet	4
Noch im Prüfverfahren	1

Wie signifikant dieses Problem sein könnte, belegen Zahlen zur aktuellen Bearbeitung von Anträgen nach § 116b SGB V. So zeigen Daten aus Bayern und Nordrhein-Westfalen, dass eine relevante Anzahl an Anträgen aufgrund fehlender Qualifikation des Krankenhauses abgelehnt werden mussten [6, 12]. Betrachtet man beispielsweise die Anträge in Bayern für den Bereich der Onkologie, so ergibt sich folgendes Bild (siehe Tab. 1)

In mehr als der Hälfte aller Anträge erfolgte eine Ablehnung aufgrund mangelnder Eignung. Unterbleibt aufgrund organisatorischer Probleme die Überprüfung oder wird diese reduziert, so besteht das Risiko, dass nicht geeignete Leistungserbringer zur ASV zugelassen werden. Ein Procedere zur laufenden Überprüfung von Qualitätsanforderungen, ein Verfahren zum Entzug von Zulassungen für die ASV sowie deren organisatorische Umsetzung sind aktuell noch nicht einmal ansatzweise festgelegt.

Fehlende Datenbasis zur ASV für Evaluation

Kritisch erscheint auch die Tatsache, dass nicht vorgesehen ist, eine einheitliche Datenbasis aller Leistungserbringer und Leistungen der ASV zu schaffen. Denn aufgrund der direkten Abrechnung mit den einzelnen Kassen existiert keine Stelle, an der kassen- und leistungserbringerübergreifend Daten zur ASV vorhanden sind. Ob die Landesbehörden ein Verzeichnis der Vertragsärzte und Kliniken mit Zulassung für die ASV veröffentlichen, ist unklar. Damit besteht einerseits für Patienten keine Möglichkeit, sich an einer Stelle über die Leistungserbringer in der ASV und deren Leistungsangebot zu informieren. Zum anderen wird eine Evaluation von Versorgungsangebot und -qualität in Relation zu den Kosten unmöglich.

Risiko einer Ausweitung ungeprüfter Verfahren durch Verbotsvorbehalt

Auch aus Sicht der Patientenvertreter bestehen Bedenken. So weist der Verbraucherzentrale Bundesverband darauf hin, dass das Prinzip des Verbotsvorbehalts, das derzeit für Kliniken gilt, dazu führen kann, dass weitgehend ungeprüfte Leistungen praktisch unbegrenzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht

werden. Dies sei inhaltlich wie ökonomisch bedenklich [1].

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei der Definition der Qualitätsvoraussetzungen und deren Überprüfung aktuell noch gravierende Lücken vorhanden sind. Ob so die Einführung identischer Kriterien für Vertragsärzte und Krankenhäuser erreicht werden kann, ist fraglich. Kritisch erscheint insbesondere, dass die Einbeziehung etablierter und erfahrener Institutionen bei der Qualifikationsprüfung nicht verpflichtend vorgesehen ist, und stattdessen der Aufbau vollständig neuer Strukturen möglich ist. Da es sich bei den Leistungen der ASV um hochspezialisierte Leistungen, oft bei komplexen Erkrankungen, handelt, sind Qualitätsmängel umso kritischer für die Patienten.

4. Fazit

Grundsätzlich ist der Ansatz der Einführung eines neuen Versorgungssektors ein sinnvoller Schritt, um die bestehenden Widersprüche an der Sektorengrenze zwischen ambulantem und stationärem Bereich aufzulösen. Essentiell ist hier die Zielsetzung, dass vertragsärztliche und stationäre Leistungserbringer in der ASV künftig mit identischen Voraussetzungen tätig werden können. Die Einführung einer eigenen Gebührenordnung bietet die Chance, dass hochspezialisierte Leistungen künftig wirtschaftlich und mit geeigneten Anreizen für Qualität und Wirtschaftlichkeit erbracht werden können. Dem wurde durch die Vergütungssystematik insbesondere im vertragsärztlichen Bereich bislang nicht Rechnung getragen. Der Ansatz des Gesetzgebers, den neuen Sektor weitgehend zu deregulieren, ist gerade angesichts der Kritik vieler Leistungserbringer an der zunehmenden Bürokratie sinnvoll.

Die aktuelle Gesetzesregelung birgt jedoch das Risiko einer signifikanten Ausgabensteigerung, der unter Umständen keine adäquate Steigerung der Versorgungsqualität entgegen steht.

Um diese Entwicklung zu vermeiden, ist es zum einen notwendig, sinnvolle Instrumente zur Mengensteuerung zu entwickeln und einzuführen. Eine pauschale Budgetierung, wie sie derzeit in der

vertragsärztlichen Versorgung existiert, erscheint hier nicht geeignet, da eine dynamische Entwicklung der ASV grundsätzlich gewünscht ist. Sinnvoll sind folgende Ansätze:

Es müssen Möglichkeiten für die Krankenkassen geschaffen werden, einer Leistungsverlagerung vom stationären Bereich in die ASV durch eine entsprechende Verringerung der Krankenhausbudgets Rechnung zu tragen. Einer nicht-indizierten Mengenausweitung spezialärztlicher Leistungen muss durch eine Sicherung der Indikation entgegengewirkt werden. Neben der Einführung von Überweisungserfordernissen, wie sie auch von zahlreichen KVen gefordert werden, sind hier auch entsprechende Dokumentationsanforderungen mit zentraler Daten-

Grundsätzlich ist der Ansatz der Einführung eines neuen Versorgungssektors ein sinnvoller Schritt, um die bestehenden Widersprüche an der Sektorengrenze zwischen ambulantem und stationärem Bereich aufzulösen.

zusammenführung ein sinnvoller Ansatz. Außerdem sollten innerhalb der ASV Möglichkeiten einer qualitäts- und indikationsorientierten Vergütungshöhe eingeführt werden.

Auf der anderen Seite ist es notwendig, die Überprüfung der Qualifikationsvoraussetzungen sowohl inhaltlich als auch organisatorisch besser zu regeln. Insbesondere organisatorische Probleme bei der Einführung der ASV sind durch eine geeignetere Zuordnung von Aufgaben unbedingt zu vermeiden. Außerdem ist zu klären, wie die laufende Überprüfung von Qualifikationsvoraussetzungen gewährleistet werden kann.

Um die Effekte der Einführung des neuen Versorgungssektors bewerten und ggf. nachsteuern zu können, sollte von Anfang an die Schaffung einer geeigneten Datenbasis zum Versorgungsangebot und zur Versorgungsqualität einen hohen Stellenwert haben. Viele Leistungen, die künftig potentiell in die ASV integriert werden, sehen bereits heute eine verpflichtende elektronische Dokumentation der Untersuchung vor. Dieses Vorgehen sollte in der ASV übernommen

und möglichst auf alle Leistungsbereiche ausgedehnt werden. Die so gewonnenen Daten können nicht nur für die Evaluation der ASV, sondern auch für Versorgungsforschung genutzt werden.

Quellenverzeichnis

- [1] Versorgungsgesetz: Konsequente Ausrichtung am Patientenbedarf erforderlich. Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes zum Referentenentwurf. Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv. 24.06.2011.
- [2] Ambulante Operationen im Krankenhaus bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, <http://www.gbe-bund.de> (zuletzt aufgesucht am 21.09.2011).
- [3] Honorarreform. Rückblick und Ausblick mit Regeln und Neuerungen zur Honorarverteilung ab 1. Juli 2010. Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein [Hrsg.], Stand: 27.05.2010.
- [4] Gerlach R, Wimmer-Brunauer C, Schweitzer E. Schmelzende Honorare? Ein Blick in die Abrechnungsdaten 2009. In: KVB-Profund, 9/2010: 6-9.
- [5] Für eine hochwertige und flächendeckende Patientenversorgung, innovative Medizin und moderne Arbeitsplätze in Krankenhäusern. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags. Deutsche Krankenhausgesellschaft [Hrsg.], Berlin, Juli 2009.
- [6] 116 b: Halbzeitbilanz eines umstrittenen Paragraphen, Ärztekammer Nordrhein, <http://www.aekno.de> (zuletzt aufgesucht am 16.08.2011)
- [7] Theiss F. Erste Erfahrungen mit der Umsetzung der Richtlinie nach § 116 b SGB V in Bayern. Vorgestellt auf: KCO/KCQ Präsentationsveranstaltung 2009, 29.10.2009, München.
- [8] Toftgard C, Parmentier G. International Terminology in Ambulatory Surgery and its Worldwide Practice. In: Day Surgery – Development and Practice. International Association for Ambulatory Surgery, 2006.
- [9] Zahlen, Daten, Fakten aus dem bayerischen Krankenhauswesen 2011 (teilweise um bundesweites Material erweitert), Bayerische Krankenhausgesellschaft, Stand: April 2011, <http://www.bkg-online.de> (zuletzt aufgesucht am 27.08.2011).
- [10] Ambulante Versorgung im Krankenhaus: So beurteilen KVen die Lage, in: Ärzteblatt.de, 18.03.2009 (zuletzt aufgesucht am 16.08.2011)
- [11] Brenn J. Standesvertreter stellten vor 50 Jahren die Weichen. In: Rheinisches Ärzteblatt 9/2002: 19-21.
- [12] Thiele K-P. § 116b SGB V, Erste Erfahrungen mit der Umsetzung der Richtlinie in NRW. Vorgestellt auf: KCO/KCQ Präsentationsveranstaltung 2009, 29.10.2009, München.
- [13] Flintrop J, Rieser S. Streitgespräch mit Georg Baum und Dr. med. Andreas Köhler: Wie viel ambulant darf stationär? In: Dtsch Arztebl 2010; 107(46): A-2264 / B-1960 / C-1924.
- [14] Kosten- und Prämien in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung. santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer [Hrsg.], 25.08.2009; <http://www.santesuisse.ch> (zuletzt aufgesucht am 30.08.2011).
- [15] Informationen zu den Finanzergebnissen der GKV, Bundesministerium für Gesundheit, <http://www.bmg.bund.de> (zuletzt aufgesucht am 21.09.2011)
- [16] Erlass an die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Krankenversicherung - Rechnungswesen und Statistik der GKV und SPV. P25 - 44910-2/44921-2, Bonn, 16.01.2004
- [17] Klose J, Rehbein I. Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK [Hrsg.], Berlin, 2011.
- [18] Ambulantes Operieren, Kapitel 7.13, Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998, <http://www.gbe-bund.de> (zuletzt aufgesucht am 17.08.2011).
- [19] Klose J, Preuß W. Leistungen in der Arztpraxis im Jahr 2004. Auswertungen der GKV-Frequenzstatistik. Wissenschaftliches Institut der AOK [Hrsg.], Bonn, August 2006.
- [20] Bröckelmann J, Reydelet J. Zahl der Operationen in Deutschland – im Krankenhaus und in der Praxis. Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. <http://www.operieren.de> (zuletzt aufgesucht am 16.08.2011)
- [21] Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V, Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus, Berlin, 04.12.2009
- [22] Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei stationärsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien gemäß § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, Fassung vom 18. September 2006
- [23] Oberender & Partner. Ökonomische Betrachtung des ambulanten Operierens. Bayreuth, 09.04.2010.
- [24] Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Stand: 29.08.2008.
- [25] Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Stand: 03.08.2011
- [26] Braun B, Reiners H, Rosenwirth M, Schlette S. Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Bertelsmann Stiftung [Hrsg.], Universität Bremen [Hrsg.], Media Copy, Gütersloh, 2006.