

Univ.-Prof.in Dr.in Dorothea Greiling

Institut für Management Accounting, Johannes Kepler Universität, Linz

Ansätze zur Verzahnung von intramuraler und extramuraler Krankenversorgung in Deutschland: Erfahrungen und eine kritische Einschätzung

Abbildungsverzeichnis	96
Tabellenverzeichnis	97
Abkürzungsverzeichnis	98
1. Problemstellung und Ausgangslage	99
2. Motive für eine sektorenübergreifende Versorgung	110
3. Gesetzgeberische Maßnahmen zur sektorübergreifenden Versorgung	111
4. Kritische Bewertung und zusammenfassende Schlussfolgerungen	142
Literaturverzeichnis	151

Die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung steht seit mehr als drei Jahrzehnten auf der Agenda des bundesdeutschen Gesetzgebers. Das diesbezügliche Angebot reicht von einer Ermächtigung von Krankenhäusern und Spitalsärzten im Fall von extramuralen Versorgungslücken über Spitalambulanzen, die Flexibilisierung vollstationärer Leistungsangebote und den Ausbau von spezialisierten Spitalambulanzen für bestimmte Personengruppen bis hin zum ambulanten Operieren und bisher wenig versorgungsrelevanten weiteren Formen der Leistungsverlagerung in den extramuralen Bereich. Im Vergleich zu Österreich ist der Anteil der Vergütung nach extramuralen Kriterien höher. Eine gemeinsame Kapazitätsplanung und einheitliche Qualitätsmaßstäbe für die sektorenübergreifende Versorgung sowie eine durchgängig einheitliche Vergütung stehen in Deutschland noch aus.

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner, 2000 und 2015 (oder letztes verfügbares Jahr) Quelle: Greiling 2019, auf Basis von OECD-Daten aus dem Jahr 2017, S. 38
- Abbildung 2: Verteilung der Ärzte auf die Sektoren Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes, S. 19
- Abbildung 3: Verteilung der Vertragsärzte Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Daten des Kassenarzregisters, S. 20
- Abbildung 4: Unterversorgte und übersorgte Gebiete (Stand 31.12.2016) Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Umfragedaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, S. 28
- Abbildung 5: Jahresergebnis deutscher Krankenhäuser 2017 Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut 2018, S. 6
- Abbildung 6: Jahresergebnis deutscher Krankenhäuser nach Größenklassen Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut 2018, S. 7
- Abbildung 7: Entwicklung der deutschen Spitallandschaft im Zeitverlauf 2007 bis 2017 in Prozent Quelle: Bölt 2019, S. 258
- Abbildung 8: Trägerstruktur und Bettenverteilung nach den Krankhasträgern 2017 Quelle: Bölt 2019, S. 259
- Abbildung 9: Entwicklung zentraler Krankenhausindikatoren 2007 bis 2017 (2007 = 100) Quelle: Bölt 2019, S. 250
- Abbildung 10: Entwicklung der KHG-Finanzierung im Zeitverlauf Quelle: Augurtzky und Pilny 2019, S. 186
- Abbildung 11: Einwicklung der Personalausstattung und der Fallauslastung 1991 bis 2015 Quelle: Geraedts 2017, S. 88 und 89
- Abbildung 12: Entwicklung des Belegarztwesens im Zeitverlauf Quelle: Nagel u.a. 2017, S. 38
- Abbildung 13: Ambulante Notfälle je 1000 GKV Versicherte Quelle: SVR 2018, S. 568
- Abbildung 14: Ambulante Notfälle nach Alter und Behandlungsort Quelle: SVR 2018, S. 569
- Abbildung 15: Anlaufstellen der Patienten außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten Quelle: SVR 2018, S. 570
- Abbildung 16: Entwicklung der vollstationären Fälle nach Aufnahmeanlass Quelle: SVR 2018, S. 577
- Abbildung 17: Stationäre Notaufnahmen und deren Anteil an den Gesamtnotfällen Quelle: SVR 2018, S. 339
- Abbildung 18: Vollsomatische stationäre Krankenhaufälle nach Verweildauer (2009 und 2014) Quelle: Leber und Wasem 2016, S. 7
- Abbildung 19: Entwicklung der ambulanten Operationen im Zeitverlauf Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes, S. 19
- Abbildung 20: Umsetzung der ASV bis 2019 Schmedders 2019, S. 20

Abbildung 21: Verteilung der ambulanten Ausgaben auf den extra- und intramuralen Bereich in Deutschland, Stand 2016 (Gesamtvolumen 44,7 Mrd. Euro); Berechnung durch den SVR Quelle: SVR 2018, S.107

Abbildung 22: Modell des deutschen Gesundheitsministeriums zur Reform der Notfallversorgung Quelle: Homepage des deutschen Gesundheitsministeriums

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Chronologischer Überblick über die Rechtsformen der Sektorenverzahnungen seit 1955 Quelle: Eigene Zusammenstellung auf Basis von Leber und Wasem 2016, S. 15 und Nagel u.a. 2017

Tabelle 2: Verteilung ambulanter Notfälle auf Wochentage und Leistungserbringergruppen Quelle: Drähter und Schäfer 2017, S. 31

Tabelle 3: Entwicklung der Verteilung des Leistungsangebots 2005 bis 2017 Quelle: Bölt 2019, S. 268

Tabelle 4: Ausgabenvolumina ambulanter Krankenhausleistungen Quelle: Leber und Wasem 2016, S. 19

Tabelle 5: Vergütungssysteme für ambulante Krankenhausleistungen Quelle: in Anlehnung an Leber und Wasem (2016), S. 20

Abkürzungsverzeichnis

AVS	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
COPD	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen
DMP	Disease Management Programm(e)
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
Erw.	Erwachsene
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenkasse
GiT	Gastrointestinale Tumore
Gyn	Gynäkologische Tumore
IGES	Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen
KH	Krankenhaus
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KJ	Statistikteil für die GKV im Rahmen der GBE
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MammaCa	Mammakarzinom
Mrd.	Milliarden
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PH	Pulmonalen Hypertonie
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
Subsp.	Subspecies
TBC	Tuberkulose
Uro	Urologische Tumore
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

1. Problemstellung und Ausgangslage

Die Trennung der ambulanten und stationären Versorgung hat in Deutschland seine Wurzeln in der Weimarer Zeit und ist im Nachkriegsdeutschland durch das Gesetz über das Kassenarztrecht 1955 verankert worden.¹ Seit Ende der 1980er Jahre ist ein Eckpfeiler der deutschen Gesundheitspolitik, die Sektorengrenzen zwischen akut-stationärer Krankenversorgung einerseits und der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung zu lockern. Beispiele hierfür sind die Einführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus, das ambulante Operieren, verschiedene Formen von Institutsambulanzen im Krankenhaus, Formen der integrierten Versorgung und die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AVS). Die Hauptintention ist es, teure stationäre Leistungen auf ein Minimum zu reduzieren und durch kostengünstigere ambulante Leistungen zu ersetzen und somit das Postulat „ambulant vor stationär“ zu etablieren.

Die Abgrenzung zwischen ambulanter (extramuraler) und stationärer (intramuraler) Leistungen erfolgt traditionell auf Basis des Ortes der Leistungserbringung, d.h. jenen Gesundheitsversorgungsleistungen die außerhalb der Kliniken erbracht werden.² Neben der ambulanten hausärztlichen Leistung, den ambulanten fachärztlichen Leistungen und den ambulanten ärztlichen Leistungen und den Leistungen der ambulanten ärztlichen Notfallversorgung zählen dazu auch psychotherapeutische Leistungen, die Arzneimittelversorgung und die Heil- und Hilfsmittelversorgung. In Deutschland haben die gesetzlich versicherten Patienten grundsätzlich eine Wahlfreiheit bei der Inanspruchnahme extramuraler ärztlicher Leistungen, sofern sie nicht diese Wahlfreiheit selber durch die Teilnahme an einem krankenkassenspezifischen Disease-Management-Programm (DMP) oder im Rahmen eines besonderen Versorgungsangebotes eingeschränkt haben.

Die stationäre Krankenhausversorgung ist aufgrund der 24-stündigen medizinischen und pflegerischen Vorhalteleistungen und der mit der Unterbringung und Verpflegung der Patienten verbundenen Hotelleistungskomponente die teurere Versorgungsform. Grundsätzlich gilt, dass Patienten primär ambulant versorgt werden sollten. Das Postulat „ambulant vor stationär“ ist in § 39 des deutschen Sozialgesetzbuchs (SGB) V verankert. Dort ist festgelegt, dass Versicherte einen

1 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 3

2 vgl. Nagel u.a. 2017, S. 11

Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein zugelassenes Krankenhaus haben,

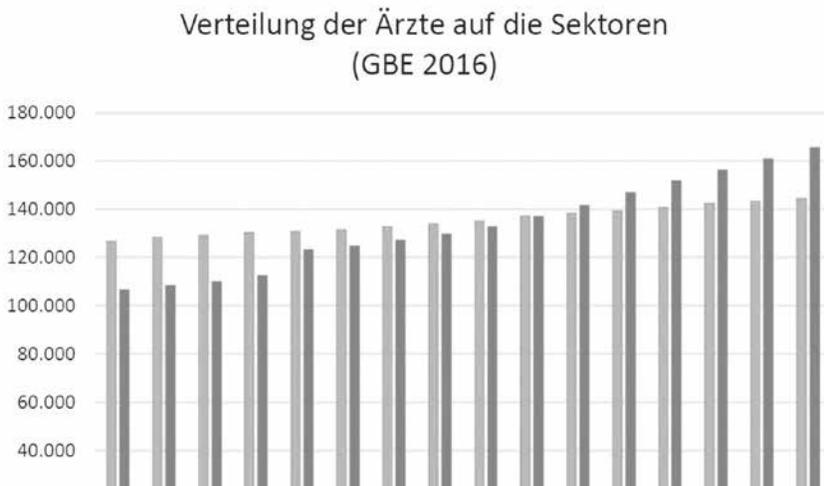
„wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“ (§ 39 Abs. 1, Satz 2 SGB V).

Ergänzend verpflichtet § 73 Abs. 4 SGB V die Vertragsärzte dazu, dass eine Krankenhausbehandlung nur verordnet werden darf,

„wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist bei der Verordnung zu begründen. In der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben.“³

Die Diskussion um die Umsetzung des Postulats „ambulant vor stationär“ erfolgt vor dem Hintergrund eines im internationalen Vergleich spitallastigen Angebots. Dies ist eine Gemeinsamkeit des deutschen und österreichischen Gesundheitswesens, wie Abb. 1 zeigt.

Abbildung 1: Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner, 2000 und 2015 (oder letztes verfügbares Jahr)

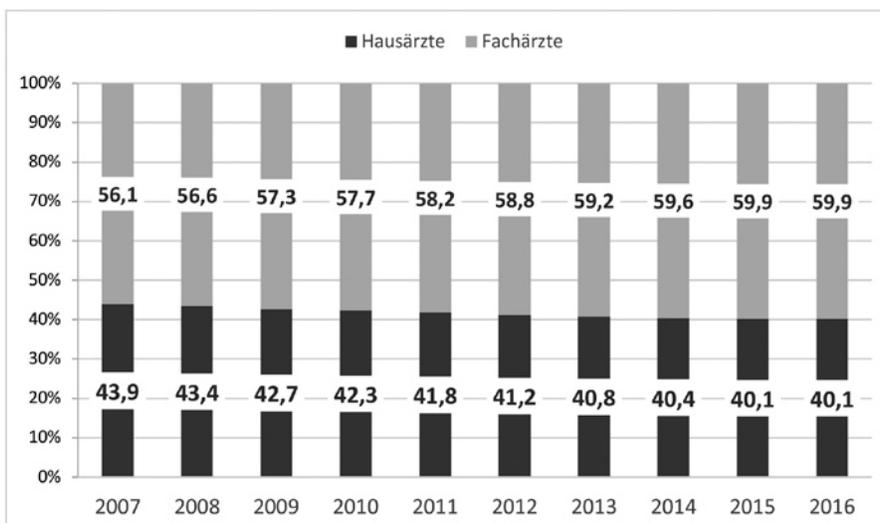


Quelle: Greiling 2019, auf Basis von OECD-Daten aus dem Jahr 2017, S. 38

3 § 73 Abs. 4 SGB V

Abb. 2 gibt einen Überblick über die Entwicklung der im Krankenhaus tätigen Ärzte und der niedergelassenen Ärzte in Deutschland. Die Anzahl der im Krankenhaus angestellten Ärzte und Ärztinnen ist in Deutschland höher als die Anzahl der Ärzte im ambulanten Bereich. Eine weitere Gemeinsamkeit des deutschen und des österreichischen Gesundheitswesens ist die doppelte Facharztstruktur. Anders als in den Niederlanden sind Fachärzte sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Krankenversorgung tätig. Im niedergelassenen Bereich sind mehr Fachärzte, d.h. Ärzte mit Gebietsbezeichnung, als Hausärzte (inklusive der Internisten mit hausärztlicher Zulassung) tätig, wie Abb. 3 zu entnehmen ist.

Abbildung 2: Verteilung der Ärzte auf die Sektoren

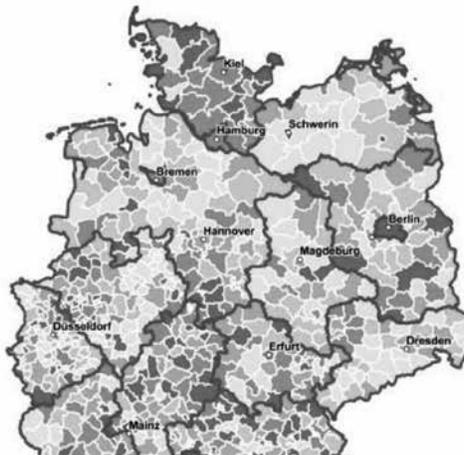


Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes, S. 19

Abbildung 3: Verteilung der Vertragsärzte

Hausärzte, Versorgungsgrad in %, Mittelbereiche, 2016

- von 60,0 bis 96,3
- von 96,3 bis 104,1
- von 104,1 bis 109,5
- von 109,5 bis 115,5
- von 115,5 bis 206,0



Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Daten des Kassenarzregisters, S. 20

Innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung gibt es zwei zentrale Problem-bereiche: erstens die zurückgehende Bereitschaft, eine Praxis im ländlichen Raum zu übernehmen, und zweitens die teilweise massiven Nachwuchsprobleme der hausärztlichen Versorgung. Auch hier ist wieder die Situation im ländlichen Raum dramatischer. Zentrale Herausforderungen der hausärztlichen Versorgung sind⁴

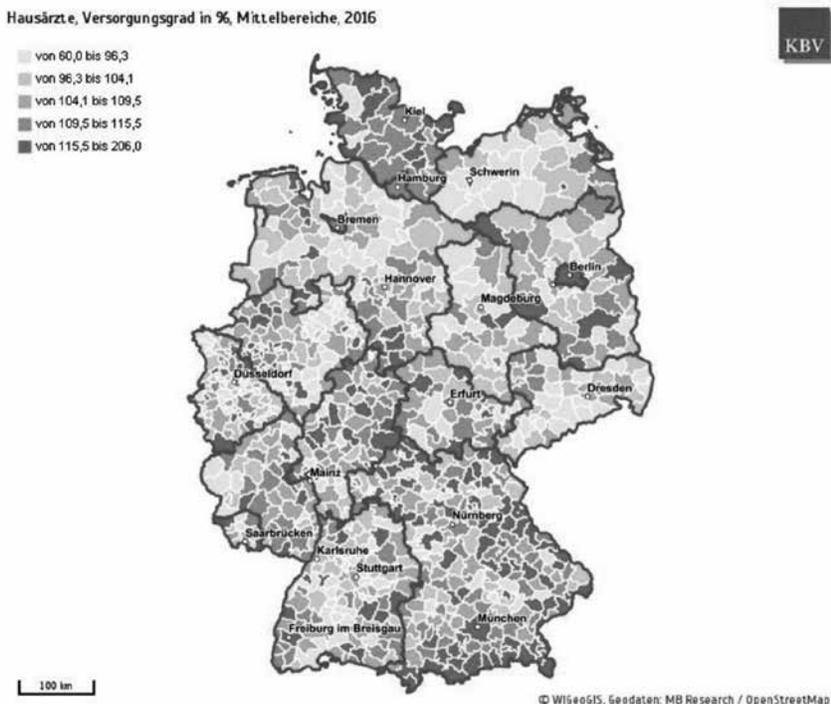
- die Altersstruktur: ein Drittel der Hausärzte ist älter als 60 Jahre,
- eine Diskrepanz zwischen Neuzulassungsbedarf (rund 2.000) und tatsächlichen Neuzulassungen (600 bis 700) pro Jahr,
- die sinkende Niederlassungsbereitschaft im ländlichen Raum,
- Veränderungen im Berufsbild und den Berufserwartungen mit einer zurückgehenden Attraktivität der Einzelpraxis.

Unterversorgte Gebiete gehören in Deutschland heute trotz zahlreicher Initiativen, wie die Möglichkeit der Eröffnung von Filialpraxen bzw. Gruppenpraxen, die Etablierung von medizinischen Versorgungszentren, die Teilzeitarbeit und Vertretung in der Familienphase, die Aufhebung der Altersgrenze von 68 Jahren für eine Vertragsarztzulassung, die Aufhebung der Residenzpflicht, das Aussetzen

⁴ vgl. Nagel u. a. 2017, S. 16

der Mengenabstaffelung von ärztlichen Leistungen in unterversorgten Gebieten sowie das Setzen finanzieller Anreize für die Niederlassung im ländlichen Raum und zur Schaffung von Weiterbildungsstellen für Allgemeinmediziner, zur versorgungspolitischen Realität in Deutschland.⁵ Eine Bestandsaufnahme der hausärztlichen Unterversorgung aus dem Jahre 2016 enthält Abb. 4.

Abbildung 4: Unterversorgte und überversorgte Gebiete (Stand 31.12.2016)



Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Umfragedaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, S. 28

Auch der deutsche Krankenhaussektor hat seit Beginn der gesetzgeberischen Initiativen zur Lockerung der Versorgungsgrenzen einen massiven Wandel durchgemacht. Als einschneidendste Reform ist sicherlich die Umstellung von Tagespauschalen auf die Vergütung in Form der Diagnosis Related Groups (DRGs) für die Vergütung der Betriebskosten anzusehen, die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 erfolgte. Das Selbstkostendeckungsprinzip war schon 1986 abgeschafft worden und wird jetzt im Bereich der Pflege wieder eingeführt. Heute kämpfen nicht nur kleine Krankenhäuser mit finanziellen Problemen. Laut

⁵ vgl. Nagel u.a. 2017

Angaben des Krankenhausbarometers 2018 sind knapp ein Drittel der deutschen Krankenhäuser defizitär (siehe Abb. 5).

Abbildung 5: Jahresergebnis deutscher Krankenhäuser 2017

Jahresergebnis der Krankenhäuser 2017
(Krankenhäuser in %)

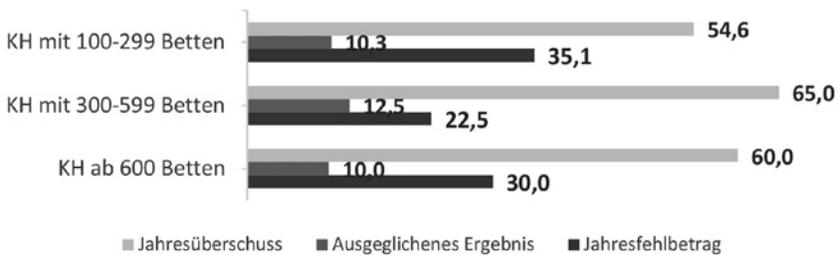


Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut 2018, S. 6
© Deutsches Krankenhausinstitut

Waren es früher primär Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, sind auch heute sehr große Spitäler nicht immer kostendeckend (siehe Abb. 6).

Abbildung 6: Jahresergebnis deutscher Krankenhäuser nach Größenklassen

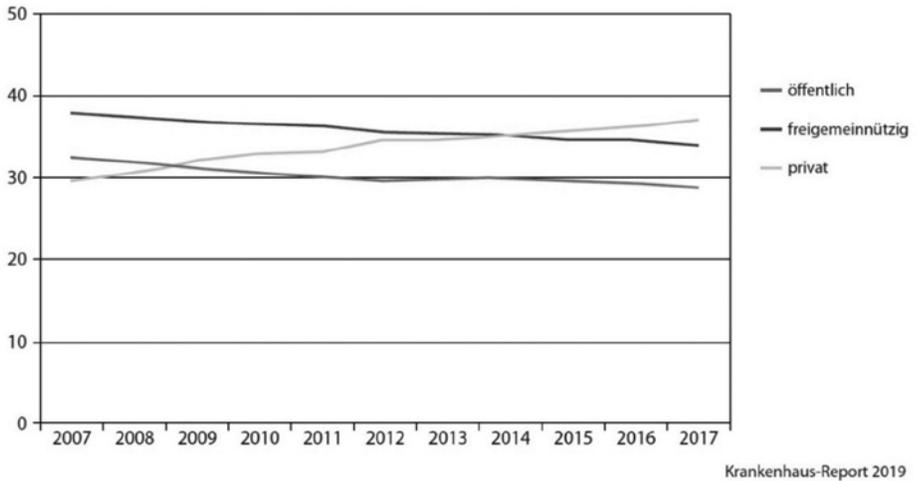
Jahresergebnis der Krankenhäuser 2017 nach Bettengrößenklassen
(Krankenhäuser in %)



Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut 2018, S. 7
© Deutsches Krankenhausinstitut

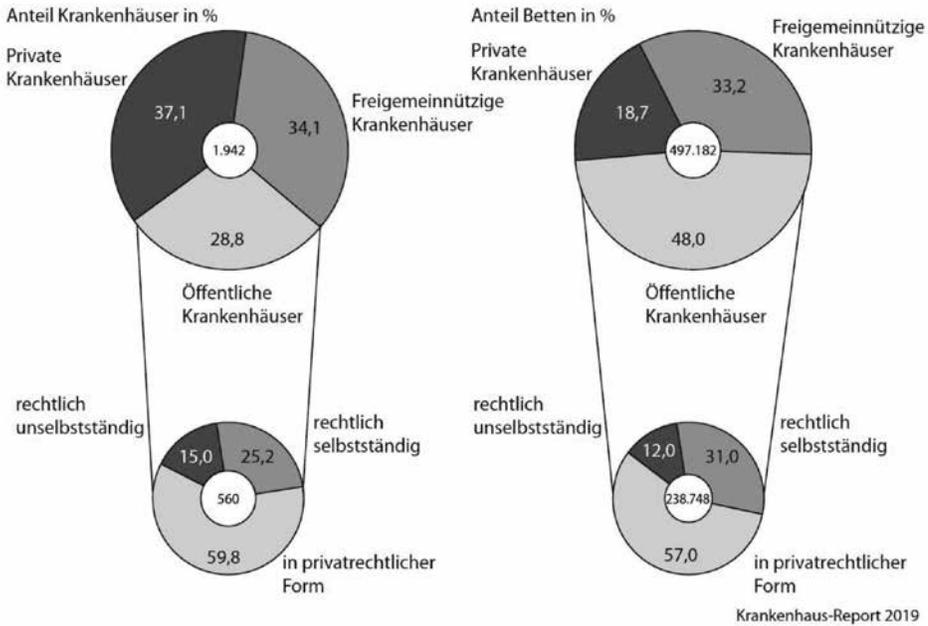
Wie Abb. 7 zeigt, hat sich in den vergangenen drei Jahrzehnten zudem durch das Vordringen privat-kommerzieller Krankenhausträgerketten (z.B. Sana Kliniken, Asklepios Kliniken, Helios Kliniken) eine deutliche Marktanteilsverschiebung zugunsten privat-kommerzieller Träger vollzogen, auch wenn die Mehrzahl der Spitalbetten in Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft steht (siehe Abb. 8).

Abbildung 7: Entwicklung der deutschen Spitallandschaft im Zeitverlauf 2007 bis 2017 in Prozent



Quelle: Bölt 2019, S. 258

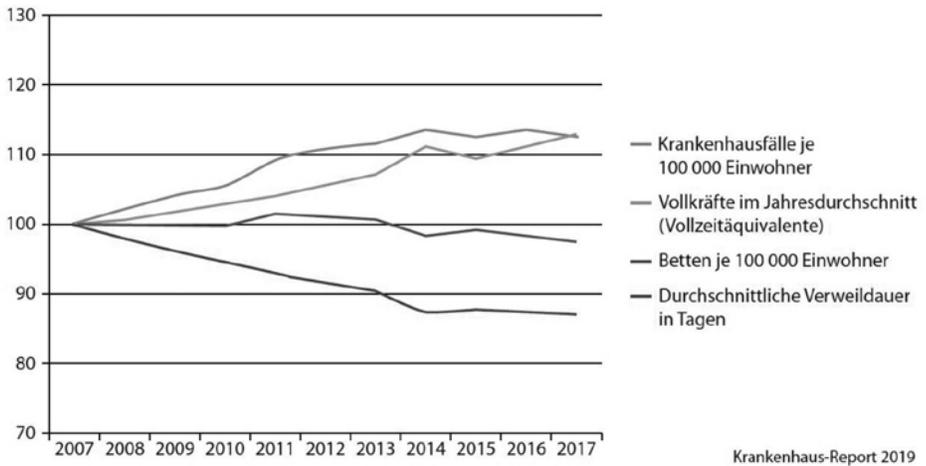
Abbildung 8: Trägerstruktur und Bettenverteilung nach den Krankhaus-trägern 2017



Quelle: Bölt 2019, S. 259

Die Entwicklung zentraler statistischer Kenngrößen deutscher Spitäler im Zeitverlauf ist Abb. 9 zu entnehmen. Bei einer deutlichen Verweildauerkürzung ist die Anzahl der Krankenhaufälle deutlich gestiegen.

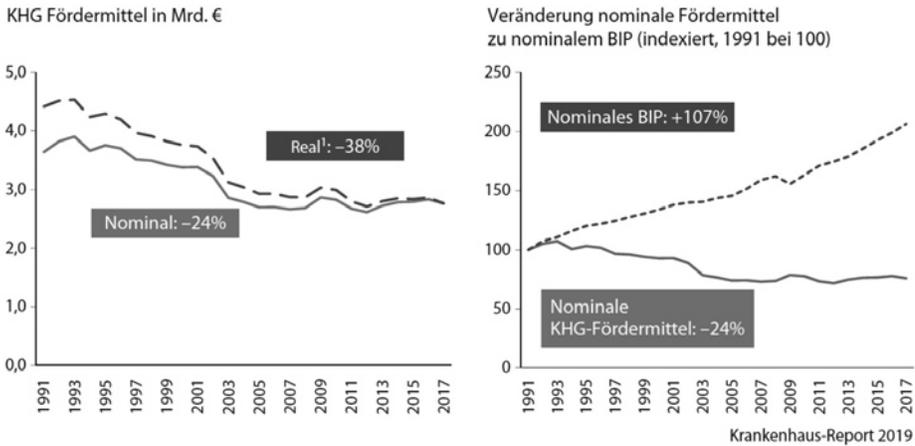
**Abbildung 9: Entwicklung zentraler Krankenhausindikatoren 2007 bis 2017
(2007 = 100)**



Quelle: Bölt 2019, S. 250

Eine zunehmend größere Herausforderung in deutschen Spitälern ist der Rückgang der öffentlichen Investitionsfördermittel. Im Rahmen der dualen Finanzierung haben deutsche Spitäler, welche in die Landeskrankenhauspläne als bedarfsnotwendig aufgenommen wurden, einen Anspruch auf öffentliche Investitionsfördermittel. Realiter ist dieser von ehemals 10 % in den 1990er Jahren auf 3,5 % des Gesamtumsatzes gesunken. Diese Problematik wird seit langem als Investitionsstau diskutiert, wobei die einzelnen Bundesländer und die verschiedenen Krankenhausträger unterschiedlich betroffen sind. Jahrelang hat das bevölkerungsintensivste Bundesland Nordrhein-Westfalen besonders schlecht im Vergleich zu den besser fördernden Südländern (Bayern und Baden-Württemberg) abgeschnitten. Die privat-kommerziellen Krankenhausträger haben früher damit begonnen, alternative Finanzierungsmittel für Investitionen zu lukrieren. Die Entwicklung der öffentlichen Investitionsfördermittel im Zeitverlauf ist Abb. 10 zu entnehmen. Es zeigt sich ein realer Rückgang um 38 % und ein nominaler Rückgang um 24 %.

Abbildung 10: Entwicklung der KHG-Finanzierung im Zeitverlauf



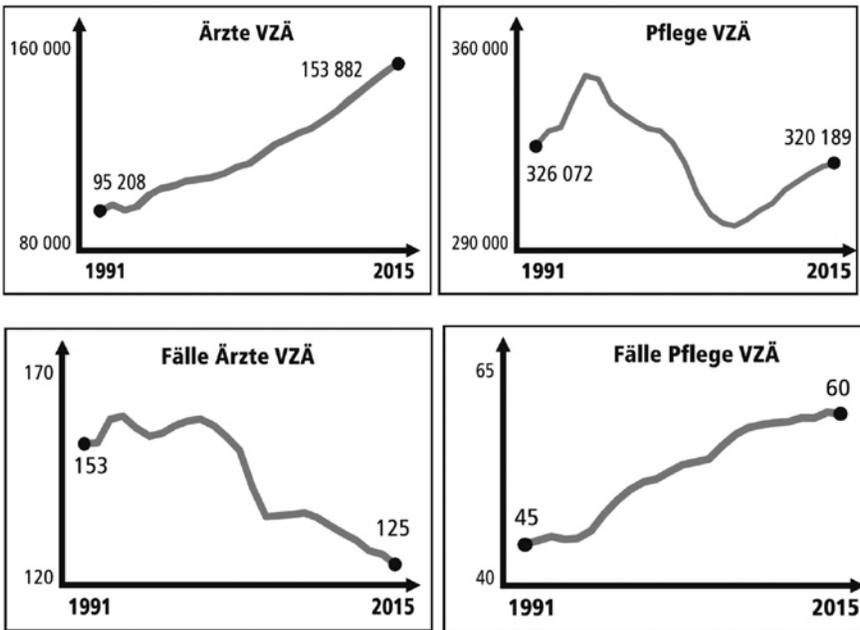
Quelle: Augurtzky und Pilny 2019, S. 186

Ein derzeit wieder aktuelles Problem ist die Diskussion um die Personalausstattung im Pflegebereich. Während im ärztlichen Bereich im Vergleich zur Fallzahlentwicklung eine Verbesserung der Personalausstattung in den vergangenen Jahrzehnten erfolgte, hat sich die Personalausstattung im Pflegebereich verschlechtert.⁶ Es ist im pflegerischen Bereich zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung gekommen, was dazu führt, dass in Deutschland im internationalen Vergleich die Anzahl der durch eine Pflegekraft betreuten Patienten besonders hoch ist.⁷

6 vgl. Geraedts 2017, S. 92

7 vgl. Geraedts 2017, S. 93

**Abbildung 11: Einwicklung der Personalausstattung und der Fallauslastung
1991 bis 2015**



Quelle: Geraedts 2017, S. 88 und 89

Im Anschluss an diese kurze Beschreibung der deutschen Ausgangslage, in der das Postulat „ambulant vor stationär“ (oder in österreichischer Diktion „extramural vor intramural“) umgesetzt werden soll, werden in Punkt 2 die Motive für eine sektorenübergreifende Versorgung dargestellt, bevor Punkt 3 einen Überblick über zahlreiche Initiativen des deutschen Gesetzgebers zur Überwindung der Sektorengrenzen gibt. Daran schließen sich eine kritische Bewertung sowie zusammenfassende Schlussfolgerungen in Punkt 4 an.

2. Motive für eine sektoren- übergreifende Versorgung

Die Motive für eine sektorenübergreifende Versorgung lassen sich in zwei Gruppen einteilen. Der erste Argumentationsstrang betont die Kosteneffizienz. Hier steht im Zentrum, dass bei einer ambulanten Leistungserstellung die Unterbringungskosten und die Notwendigkeit einer durchgängigen 24-Stunden-Betreuung wegfallen. Unter Kosteneffizienzgesichtspunkten erfolgte ab Ende der 1980er Jahre die Flexibilisierung des stationären Leistungsangebots um kostengünstigere teil-, vor- und nachstationäre Leistungen sowie die Einführung des ambulanten Operierens. Später wurde dies um explizite Angebote zur Leistungsverlagerung in den extramuralen, primär fachärztlichen Bereich ergänzt, wie beispielsweise die AVS oder die nie implementierten Praxiskliniken. Ein aktuell sehr intensiv diskutiertes Thema ist die Neugestaltung der Notfallversorgung, da in den vergangenen Jahren auch in Deutschland die Spitalsambulanzen immer stärker frequentiert wurden. Die Implementierung des Postulats „ambulant vor stationär“ wird unter Systemeffizienzaspekten als Beitrag zur Vermeidung einer Überversorgung diskutiert. Eine Überversorgung liegt vor, wenn Patienten auf einer zu hohen Versorgungsstufe versorgt werden. Hierbei geht es primär um die Vermeidung von unnötigen vollstationären Krankenhausaufenthalten, d.h. jenen, die nicht medizinisch geboten sind, weil eine ambulante Leistungserstellung ausreicht. In diesem Kontext wird in Deutschland und in Österreich das unnötige Aufsuchen von Spitalsambulanzen diskutiert, obwohl eine hausärztliche Versorgung zu normalen Praxisöffnungszeiten ausreichen würde. Ebenfalls der Gruppe der Effizienzargumente ist jenes der Vermeidung von Doppeluntersuchungen zuzurechnen.

Ein zweiter Argumentationsstrang setzt an der Sicherung der Versorgungskontinuität und den Qualitätsaspekten an. Es geht es um eine effektive Patientenversorgung. Inhaltlich zählen zu dieser Gruppe Angebote, die eine Leistungserbringung für Spitäler vorsehen, wenn kein ausreichendes ambulantes Angebot vorhanden ist. Für diese Fälle ist eine in aller Regel zeitlich begrenzte Ermächtigung von Spitalern, Spitalsabteilungen oder Spitalsärzten vorzusehen oder aber es erfolgte die Einrichtung von spezialisierten Spitalsambulanzen. Erst ab den 2000er-Jahren kamen Angebote wie DMP oder integrierte Versorgungsangebot hinzu, welche die sektorenübergreifende Versorgungskontinuität für bestimmte Personengruppen sichern sollen. Es sind Versorgungsbrüche durch eine unkoordinierte Leistungserstellung zwischen dem extra- und intramuralen Bereich im

Interesse des Patientenwohls zu vermeiden. Eine besondere Aufmerksamkeit gilt dabei chronisch kranken Patienten und Patientinnen. Ab den 2000er Jahren begann auch das Argument an Bedeutung zu gewinnen, dass der medizinische und medizintechnische Fortschritt eine ambulante Leistungserbringung in jenen Bereichen ermöglicht, in denen traditionell eine vollstationäre Versorgung erfolgte. Neben angebotsseitigen Argumenten wird in jüngerer Zeit auch mit der Förderung des Patientenwohls argumentiert. So findet sich im aktuellen Gutachten des SVR das Argument, dass die bessere sektorenübergreifende Versorgung nicht nur effektiver sei, sondern auch den Patientenpräferenzen entspricht.⁸

3. Gesetzgeberische Maßnahmen zur sektorübergreifenden Versorgung

3.1. Gesetzgeberische Maßnahmen im Zeitverlauf

Seit 1989 gibt es im deutschen SGB V die Verpflichtung zu einer Verzahnung des intra- und extramuralen Versorgungsangebots in Deutschland. Die Verantwortung liegt dabei auf der Ebene der Selbstverwaltungsträger in den 16 Bundesländern. § 115 SGB V sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausesgesellschaft oder die Vereinigungen der Krankenhausträger in einem Bundesland gemeinsame dreiseitige Verträge abschließen, um durch eine Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten.

Gegenstand der dreiseitigen Verträge auf Landesebene sind nach § 115 Abs. 2 SGB V insbesondere

- die Förderung des Belegarztwesens und die (nie implementierten) Praxiskliniken,

8 vgl. SVR 2018, S. 364

- die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,
- die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes,
- die Durchführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a, einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Missbrauch,
- die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus und
- ergänzende Vereinbarungen zu Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassungsmanagements.

Die in den vergangenen 30 Jahren vorgenommenen gesetzgeberischen Maßnahmen der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung lassen sich in vier Untergruppen einteilen:

- Ergänzung der vertragsärztlichen (extramuralen) Versorgung durch ermächtigte Krankenhausärzte bzw. ermächtigte Krankenhausabteilungen inklusive der Notfallversorgung,
- Erweiterung der intramuralen (stationären) Spitalstätigkeit um ambulante und teilstationäre Leistungen sowie um Spezialambulanzen,
- Erweiterung des intra- und extramuralen Leistungsspektrums durch ambulantes Operieren und besondere Versorgungsformen bzw. integrierte Versorgungsangebote,
- Erweiterung des extramuralen Leistungsspektrums in Form von Praxisklinken und der AVS.

Eine chronologische Übersicht (Tab. 1) zeigt, dass es bereits Vorformen der Lockerung der Versorgungsgrenzen seit 1955 gab. In regelmäßigen Abständen ist der Gesetzgeber in den vergangenen drei Jahrzehnten aktiv geworden, um die Vernetzung der extra- und intramuralen Versorgung zu verbessern. Materiell erfolgte eine Lockerung der Sektorengrenzen vor allem durch eine Vielzahl an neuen Optionen für ambulante Leistungen durch die Spitäler.

Tabelle 1: Chronologischer Überblick über die Rechtsformen der Sektorenverzahnungen seit 1955

Rechtsform	SGB V	Start	Initialgesetz /
Ermächtigte Krankenhausärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen	§ 116	1955 1988	Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) Gesundheitsreformgesetz (GRG)
Hochschulambulanzen	§ 117	1955	Gesetz über das Kassenarztrecht
Psychiatrische Institutsambulanzen	§ 118	1986	Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung psychisch Kranker
Sozialpädiatrische Zentren	§ 119	1989	Gesundheitsreformgesetz
Teilstationäre Behandlung	§ 39	1989	Gesundheitsreformgesetz
Notfallambulanzen	§ 75 (1) und 76 (1)	1989	Gesundheitsreformgesetz
Praxiskliniken (dreiseitige Verträge)	§ 115 und § 122	1989 2009	Gesundheitsreformgesetz und Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
Ambulantes Operieren	§ 115	1993 und 2000	Gesundheitsstrukturgesetz erweitert durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	§ 115a	1993	Gesundheitsstrukturgesetz
Integrierte Versorgung	§ 140 a-d	2000	GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz
Ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung	§ 116 a	2004	GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz
Strukturierte Behandlungsprogramme	§ 137 f	2004	GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz
Pädiatrische Spezialambulanzen/ Spezialambulanzen an Kinderkliniken	§ 120	2009	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
Ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV)	§ 116 b	2012	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
Geriatrische Institutsambulanzen	§ 118 a	2013	Psychiatrie-Entgeltgesetz
Besondere Versorgung	§ 140 a	2015	GKV-Versorgungsverstärkungsgesetz
Integrierte Notfalleinheiten		2019	in Planung

Quelle: Eigene Zusammenstellung auf Basis von Leber und Wasem 2016, S. 15 und Nagel u.a. 2017

Trotz dieser zahlreichen Initiativen sehen sowohl die deutsche Bundesregierung als auch der deutsche Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) noch einen großen Handlungsbedarf bei der Förderung der ambulanten Leistungserbringung und einer deutlichen Effizienz- und Effektivitätserhöhung⁹, wie nachfolgende Zitate zeigen. Im aktuellen Koalitionsvertrag der großen Koalition (Koalition aus CDU und SPD) heißt es dazu:¹⁰

„Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Zur Erreichung einer sektorenübergreifenden Versorgung wollen wir nachhaltige Schritte einleiten, damit sich die Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten. Wir werden eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag einrichten. Diese Arbeitsgruppe wird Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis 2020 vorlegen. Dabei sollen Spielräume für regionale Ausgestaltungen ermöglicht werden.“

Der SVR urteilt über den derzeitigen Stand ähnlich kritisch:¹¹

„Neben bestehenden Ineffizienzen und Ineffektivitäten innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche leidet die Gesundheitsversorgung in Deutschland vor allem an der unzureichenden Koordination und Kooperation an den jeweiligen Schnittstellen der immer noch stark abgeschotteten Sektoren. Es existiert quasi eine „unsichtbare Mauer“ [...]. Die zu geringe Durchlässigkeit und Flexibilität an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor behindern insbesondere die Hebung des aktuellen und künftigen Potenzials der ambulanten Versorgung. Dabei handelt es sich bei der „Ambulantisierung“ um einen vom medizinischen Fortschritt und vom verbesserten Gesundheitszustand der Patienten, der zunehmend mehr ambulante Eingriffe ermöglicht, getriebenen globalen Trend. Die Substitution von stationären durch ambulante Leistungen vermag die Qualität und Effizienz der Versorgung zu verbessern und dürfte in der Regel auch den Präferenzen der Patienten entsprechen.“

Nicht in der Tabelle enthalten ist das Belegarztwesen, das bereits in die Weimarer Zeit zurückreicht und bis 1955 die dominante Form der sektorenübergreifenden Leistungserbringung war. Das Belegarztwesen ist seit Jahren rückläufig,

9 vgl. Bundesregierung 2018, S. 86 f und SVR 2018, S. 364 ff.

10 Bundesregierung 2018, S. 96

11 SVR 2018, S. 364

wie Abb. 12 zu entnehmen ist. Die meisten Belegärzte gibt es derzeit noch im HNO-Bereich, gefolgt von der Orthopädie und der Frauenheilkunde.¹² Die Ursachen für den Belegarzttrückgang sind vielfältig.¹³ Dazu zählen neben teilweise prohibitiv hohen Versicherungssummen, einer zu hohen Arbeitsbelastung und den Vorstellungen der jüngeren Ärztegeneration von einer ausgewogeneren Work-Life-Balance eine Reihe von systemverzerrenden Gründen. Krankenhäuser erhalten für ihre Belegabteilungen rund 20 bis 30 % niedrigere DRGs als für Hauptabteilungen. Für die Teilnahme von Spitälern an der Notfallversorgung zählen nur die Hauptabteilungen. Belegärzte werden für ihre Leistungen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) entlohnt, der hinsichtlich der abrechenbaren Tatbestände engere Grenzen als die Vergütungsregelungen für Krankenhäuser setzt. Dies betrifft beispielsweise die Abrechnung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die Belegärzte nur abrechnen dürfen, wenn diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss genehmigt sind. Die Abrechnungsmodalitäten der Spitäler sind hier großzügiger. Belegärzte können zudem, anders als Hauptabteilungen, die Leistungen für eine prä- und nachstationäre Leistung im Krankenhaus nicht abrechnen. Seit einem Urteil des Bundesgerichtshofs in Jahr 2014 dürfen außerdem nur im Krankenhaus angestellte Ärzte neben den Fallpauschalen auch bei Privatpatienten zusätzliche ärztliche Leistungen liquidieren.¹⁴ Unterschiede in den Abrechnungsmodalitäten zwischen der Statusgruppe Belegarzt und den im Krankenhaus angestellten Ärzten führen dazu, dass das Postulat „gleiche Vergütung für gleiche Leistungen“ nicht durchgängig eingehalten wird. Für die niedergelassenen Fachärzte ist deswegen die Tätigkeit als Belegarzt häufig finanziell unattraktiv.¹⁵

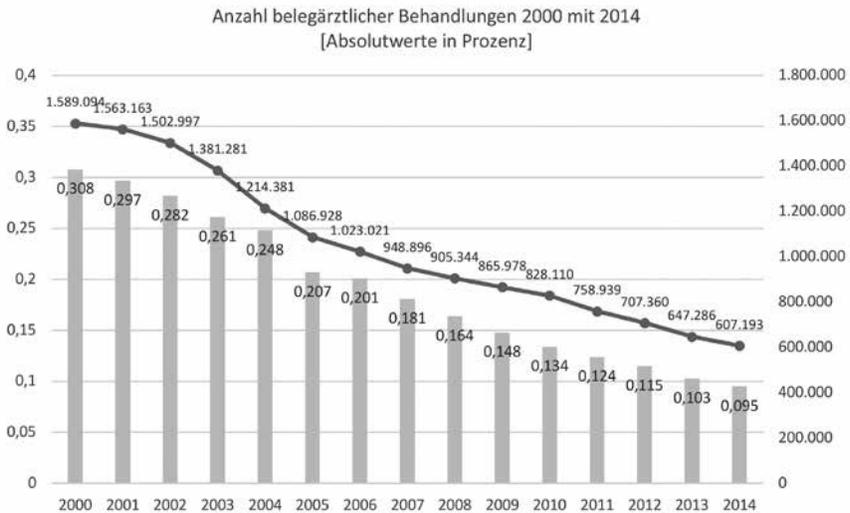
12 vgl. Korzilius 2019, S. 1459

13 vgl. Korzilius 2019 und Nagel u.a. 2017

14 vgl. Nagel u.a. 2017, S. 38

15 vgl. Korzilius 2019, S. 1460

Abbildung 12: Entwicklung des Belegarztwesens im Zeitverlauf



Quelle: Nagel u.a. 2017, S. 38

Das Belegarztwesen in der derzeitigen Form scheint ohne intensive Reformansätze ein Auslaufmodell zu sein. Die folgenden Unterpunkte stellen die seit mehr als drei Jahrzehnten in Deutschland unternommenen gesetzgeberischen Maßnahmen geclustert nach den Hauptstoßrichtungen vor. Punkt 3.2. widmet sich den Maßnahmen, bei denen es um die Ergänzung der kassenärztlichen Versorgung durch ermächtigte Krankenhausärzte geht. Hauptintention dieser Maßnahmen ist es, Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich, in aller Regel durch eine temporäre Ermächtigung, zu schließen. Außerdem werden die Spitalsnotfallambulanzen, die ebenfalls subsidiär die ambulante vertragsärztliche Versorgung ergänzen sollen, unter diesem Punkt vorgestellt. Punkt 3.3. behandelt die vielfältigen Formen der Ambulantisierung von Spitalsleistungen. Hierbei geht es einerseits um die Ergänzung der stationären Leistungen um ambulante und teilstationäre Leistungen und damit die Flexibilisierung der Leistungserbringung durch Spitäler. Andererseits werden Formen der Komplementierung des ambulanten oder extramuralen Bereichs durch spezialisierte Spitalsambulanzen vorgestellt. Punkt 3.4. beschreibt Ansätze, die sowohl den Spitalern als auch dem niedergelassenen Bereich offenstehen und Punkt 3.5. widmet sich jenen Versuchen, mit denen neue extramurale Angebote geschaffen werden sollten.

3.2. Ergänzung der vertragsärztlichen (ambulanten) Versorgung durch ermächtigte Krankenhausärzte

Die zeitlich begrenzte **Ermächtigung von Krankenhausärzten** durch die kasernenärztlichen Zulassungsausschüsse **zu einer ambulanten Behandlung** wurde als Notlösung für den Fall der Unterversorgung bereits 1955 eingeführt und 1989 um die Ermächtigung von Abteilungen ergänzt.¹⁶ Die zentrale gesetzliche Grundlage ist § 116 SGB V, welcher folgendes festlegt:

„Ärzte, die in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag [...] oder in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig sind, können, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen, mit Zustimmung des jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der der Arzt tätig ist, vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten der in Satz 1 genannten Einrichtungen nicht sichergestellt wird.“¹⁷

Vom Versorgungsvolumen kommt der Ermächtigung keine große Bedeutung zu. In der Praxis verharrt seit den 1990er Jahren das Niveau der Ermächtigungen bei rund 9.500, obwohl die Anzahl der niedergelassenen Vertragsärzte seitdem deutlich gestiegen ist.¹⁸

Seit 2004 ist der § 116a SGB V dazugekommen, der eine **ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung** ermöglicht. Auch diese ist auf die Beseitigung von temporären Versorgungsengpässen ausgerichtet und die Zulassung ist jeweils auf zwei Jahre begrenzt.

Wörtlich heißt es in § 116 a SGB V:

„Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung

¹⁶ vgl. Leber und Wasem 2016, S. 6

¹⁷ § 116 SGB V

¹⁸ vgl. Leber und Wasem 2016, S. 6

*des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Der Ermächtigungsbeschluss ist nach zwei Jahren zu überprüfen.*¹⁹

Vom Versorgungsvolumen spielt der § 116a SGB V ebenfalls keine nennenswerte Rolle. Nagel und Koautoren stufen die ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung in ihrem Gutachten für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) als wenig wettbewerbsrelevant ein.²⁰

Ganz anders sieht es bei Leistungen der **Notfallambulanzen** in Krankenhäusern aus. Von der Idee her sollen diese subsidiär zum Notdienst des ambulanten Bereichs sein. Der Sicherstellungsauftrag für den Notdienst liegt primär bei den kassenärztlichen Vereinigungen. Ganz in diesem Sinne hat das Bundessozialgericht eine Rechtsprechung etabliert, dass die Vergütung der Notfallambulanzen in den Krankenhäusern durch die Gesamtvergütung für den niedergelassenen Bereich zu erfolgen hat.²¹ Da Wunsch und Wirklichkeit auseinanderklaffen, ist durch das GKV-Versorgungsverstärkungsgesetz 2015 der gelebten Praxis der starken Frequentierung der Notfallambulanzen der Krankenhäuser teilweise Rechnung getragen worden. Wörtlich heißt es seitdem in § 75 Abs. 1b SGB V:

*„Der Sicherstellungsauftrag umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit das Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden.“*²²

Obwohl der ambulante Bereich in den vergangenen Jahrzehnten zahlreiche Anstrengungen zur Ausweitung des Notdienstangebots unternommen hat, sind die Notfallambulanzen der Krankenhäuser eine stark frequentierte Form der Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung, bei denen eine Abstimmung mit den Füßen seitens der Patienten stattfindet. 2015 haben laut SVR die Krankenhäuser rund 10 Millionen Notfälle ambulant behandelt, die Zahl im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst lag bei circa 9 Millionen Notfällen.²³ Eine aktuelle Auswertung des SVR zeigt die Verschiebungen in Richtung Spitalsnotfallambulanzen (siehe Abb. 13).

19 § 116 a SGB V

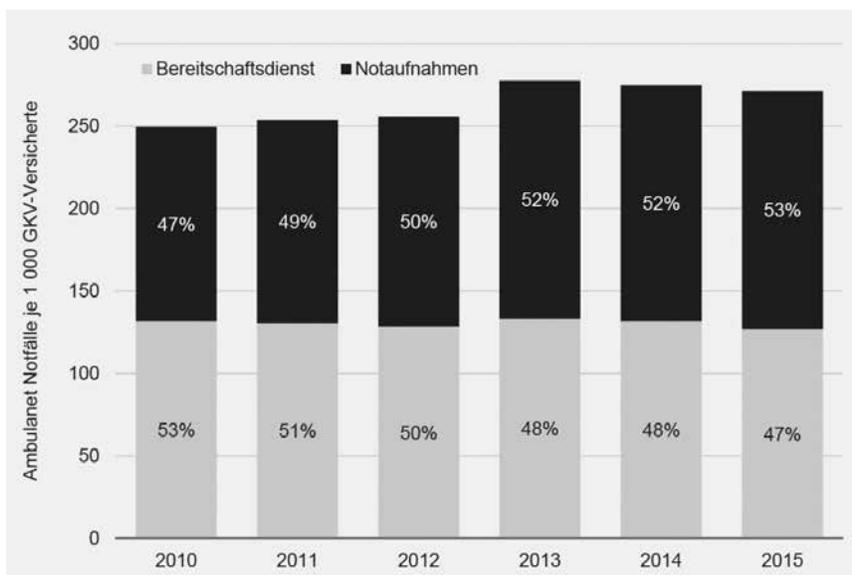
20 vgl. Nagel u. a. 2017, S. 19

21 vgl. Leber und Wasem 2016, S.15

22 § 75 Abs. 1b SGB V

23 vgl. SVR 2018, S. 573, S. 571

Abbildung 13: Ambulante Notfälle je 1000 GKV Versicherte

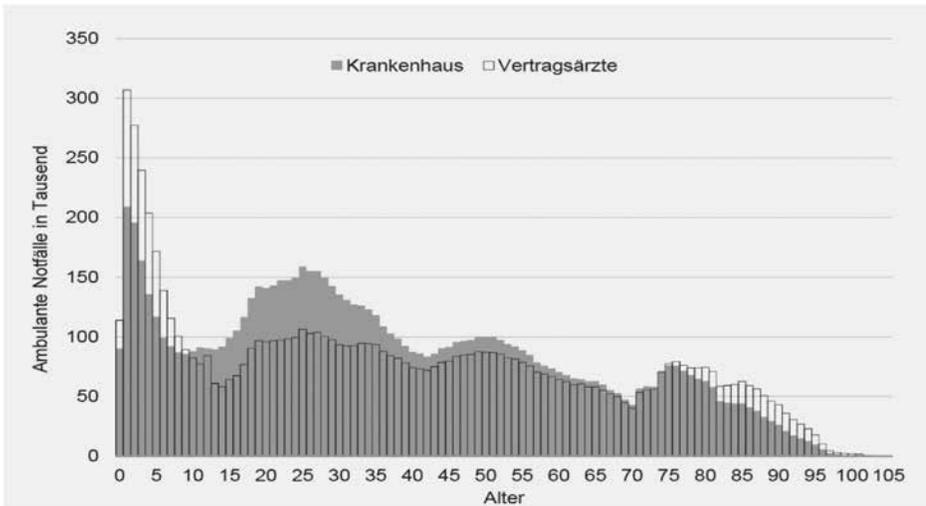


Quelle: SVR 2018, S. 568

Anmerkung: Ohne Bremen, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein

In nur fünf Jahren hat sich das Verhältnis zwischen der intra- und extramuralen Notfallversorgung umgekehrt. Das Gutachten des SVR aus dem Jahr 2018 enthält auch eine altersmäßige Differenzierung, aus der deutlich wird, dass besonders junge und alte Patienten eher den vertragsärztlichen Notdienst wählen, während die anderen Gruppen (von 10 Jahren bis 60 Jahren) eher die intramuralen Notfallambulanzen aufsuchen (siehe Abb.14).

Abbildung 14: Ambulante Notfälle nach Alter und Behandlungsort



Quelle: SVR 2018, S. 569

Tabelle 2 zeigt die wochentagsbezogenen Schwankungen.

Tabelle 2: Verteilung ambulanter Notfälle auf Wochentage und Leistungserbringergruppen

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Gesamt
Verteilung auf die Wochentage								
Ambulante Ärzte	6,4 %	4,8 %	12,2 %	6,2 %	13,8 %	30,1 %	26,5 %	100,0 %
Notfallambulanzen	13,2 %	11,8 %	13,3 %	11,9 %	14,4 %	17,9 %	17,5 %	100,0 %
Gesamt	10,3 %	8,9 %	12,8 %	9,5 %	14,1 %	23,1 %	21,3 %	100,0 %
Anteil der Notfallambulanzen und ambulanten Ärzte an der Notfallversorgung je Wochentag								
Ambulante Ärzte	25,9 %	22,9 %	40,1 %	27,4 %	41,2 %	54,9 %	52,4 %	42,1 %
Notfallambulanzen	74,1 %	77,1 %	59,9 %	72,6 %	58,8 %	45,1 %	47,6 %	57,9 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Quelle: Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten mit mindestens 180 Versichertentagen im Jahr 2014 und Wohnort in Schleswig-Holstein, Hamburg, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen-Anhalt oder Sachsen und ambulanten Notfallversorgung in diesen Regionen. Eigene Berechnung.

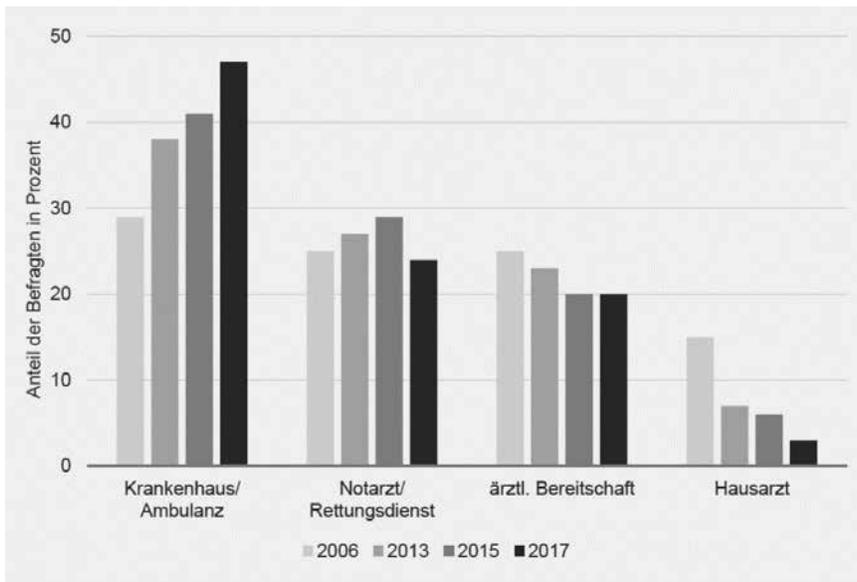
Krankenhaus-Report 2017

WIdO

Quelle: Drähter und Schäfer 2017, S. 31

Die Zunahme der Bedeutung des stationären Sektors bei der Notfallversorgung zeigt sich auch in der folgenden Abb. 15, der eine Befragung von 18- bis 79-jährigen Personen zugrunde liegt. Diese wurden gefragt: „Wenn Sie oder ein naher Angehöriger nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wohin wenden Sie sich?“²⁴ Hierbei ist anzumerken, dass bewusst nach Zeiten außerhalb der normalen Praxisöffnungszeiten gefragt wurde.

Abbildung 15: Anlaufstellen der Patienten außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten



Quelle: SVR 2018, S. 570

Eine Auswertung der Motive durch den SVR und durch Slowik und Coautoren zeigt, dass die starke Frequentierung von Notfallambulanzen bereits mit der Definition, was ein Notfall ist, anfängt.²⁵ Der medizinische Notfallbegriff stimmt auf die Notwendigkeit einer unverzüglichen medizinischen und pflegerischen Behandlung und die Rettungsdienstgesetze stimmen auf das Vorliegen einer Lebensgefahr oder auf die Befürchtung schwerer gesundheitlicher Schäden ab.²⁶ Patienten und Patientinnen haben teilweise einen wesentlich weiteren Notfallbe-

²⁴ vgl. SVR 2018, S. 570

²⁵ vgl. SVR 2018, S. 547 ff und Slowik et al. 2018, S. 239 f.

²⁶ vgl. SVR 2018, S. 547

griff, der stärker an einer subjektiv empfundenen Behandlungsfähigkeit ansetzt. Neben Unterschieden in der Einstufung als Notfall umfasst das Motivspektrum:²⁷

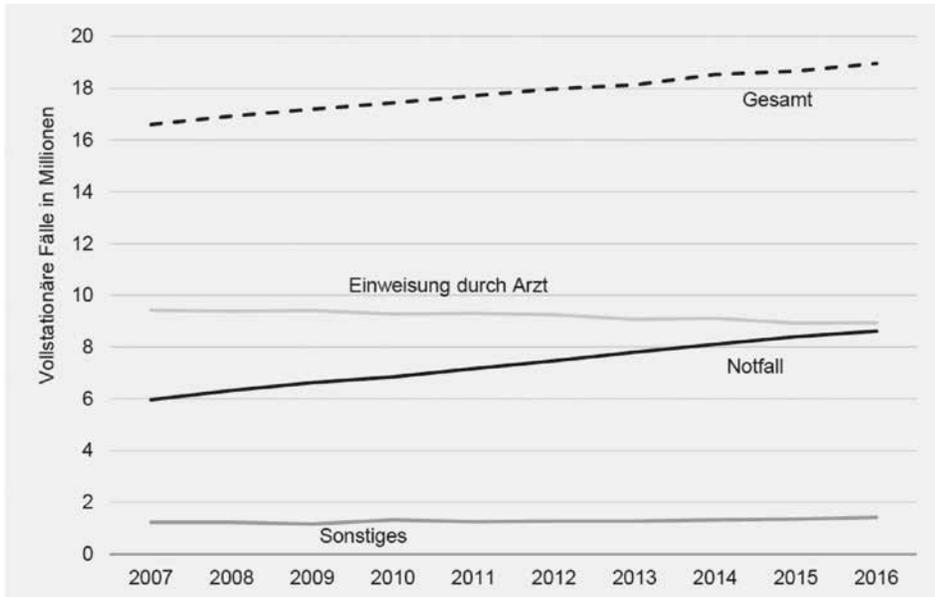
- Eine „Doc-to-go“-Mentalität mit einer 24-Stunden-/7-Tage-Zugangserwartung insbesondere bei jüngeren Versicherten, auch aufgrund einer fehlenden Hausarztbindung und langer Wartezeiten im extramuralen Bereich. Dass hier bei den GKV-Versicherten ein größerer Handlungsbedarf besteht als bei den privatversicherten (PKV) Patienten, zeigt sich unter anderem daran, dass PKV-Patienten eher den niedergelassenen Bereich kontaktieren. Die für GKV-Patienten 2015 implementierten Terminservicestellen sind ein erster Ansatz, die Wartezeiten auf Facharzttermine zu verkürzen.
- Sorgen um den eigenen Gesundheitszustand, insbesondere bei Patienten mit komplizierten Diagnosen.
- Zeitautonomie, da die Praxisöffnungszeiten im extramuralen Bereich sich teilweise schwer mit einer Vollerwerbstätigkeit in Einklang bringen lassen und auch in der Nacht und am Wochenende Patienten eine größere Hemmschwelle haben, niedergelassene Ärzte zu kontaktieren.
- Möglichkeiten der Röntgenuntersuchung oder Computertomographie (CT), da die Spitäler über bessere diagnostische Möglichkeiten verfügen und diese nicht weitere Termine erfordern.
- High-Tech-Medizin statt Hausarzt und somit All-Inclusive-Leistungen, da Patienten die Erwartung einer qualitativ hochwertigeren Versorgung im Spital haben.
- Empfehlungen des niedergelassenen Arztes, die Notaufnahme zu besuchen.
- Unkenntnis über den ambulanten Notdienst.

Für die Spitäler sind die eigenen Notfallambulanzen ein relevanter Weg, um Patienten und Patientinnen aufzunehmen. Von den 2016 rund 19 Millionen behandelten vollstationären Fällen entfielen laut DRG-Statistik rund 8,6 Millionen Fälle auf den Aufnahmeanlassfall Notfall, was einem Anteil von 45,5 % der vollstationären Patienten entspricht.²⁸ Seit 2007, als der Anteil noch bei 37,5 % lag, betrug die Steigerungsrate fast 50 %. Grafisch ist diese Entwicklung in Abb. 16 dargestellt.

²⁷ vgl. Slowik u.a. 2018, S. 239

²⁸ vgl. SVR 2018, S. 577

Abbildung 16: Entwicklung der vollstationären Fälle nach Aufnahmeanlass

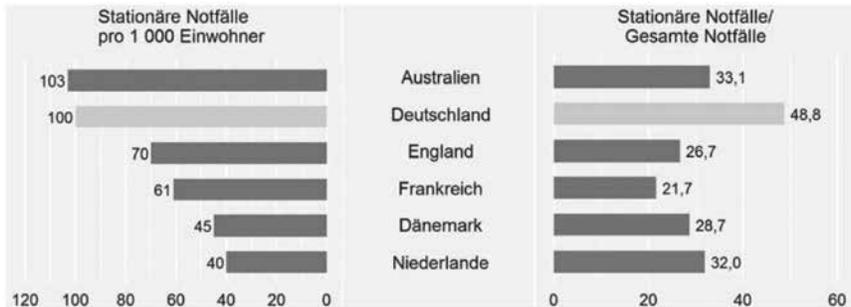


Quelle: SVR 2018, S. 577

International belegt Deutschland hier einen Spitzenplatz, was den Anteil an stationären Notfällen betrifft (siehe Abb. 17). Unter Allokationsgesichtspunkten kann die Inanspruchnahme der Notfallambulanzen zu Fehlallokationen führen, da objektiv weniger dringliche Patienten Kapazitäten in Anspruch nehmen, die durch den ambulanten Notdienst oder sogar durch eine Versorgung im Rahmen der regulären Praxisöffnungszeiten der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen abgedeckt werden könnten. Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 20 und 30 % der Notfallambulanzfälle in einer Hausarztpraxis hätten behandelt werden können.²⁹ In diesen Fällen liegt eindeutig eine Überversorgung vor. Kapazitäten, die für echte Notfälle gebraucht werden, werden hier fehlgesteuert.

²⁹ vgl. SVR 2018, S. 560

Abbildung 17: Stationäre Notaufnahmen und deren Anteil an den Gesamtnotfällen



Quelle: SVR 2018, S. 339

Der Betrieb einer Notfallambulanz ist häufig für Spitäler defizitär. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) geht von durchschnittlichen Behandlungskosten pro Notfallpatient in der Spitalsambulanz von 120 Euro aus und kritisiert eine viel zu geringe ambulante Notfallpauschale von 32 Euro pro Fall.³⁰ Erwartungsgemäß zu einem höheren Kostendeckungsgrad kommt die kassenärztliche Bundesvereinigung, die unter Einrechnung weiterer Vergütungsaspekte auf eine Vergütung der Krankenhäuser zwischen 79 und 93 Euro je ambulanten Notfallpatienten kommt.³¹ Die Teilnahmebereitschaft an der Notfallversorgung ist bei den Spitälern dennoch hoch, was ökonomisch gesehen auf eine Umwegrendite schließen lässt. Nur rund 6 % oder, in absoluten Zahlen, 83 von 1.329 der als bedarfsnotwendig anerkannten Krankenhäuser (Stand 2018) nehmen nicht an der Notfallversorgung teil.³² Dafür müssen sie einen DRG-Abschlag von 50 Euro pro Fall in Kauf nehmen. Die Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung erfolgt, wie im niedergelassenen Bereich, nach dem EBM. Spitäler haben jedoch durch die Notfallpatienten einen Ansatzpunkt zur Bettenauslastung. Den Anteil der sogenannten pseudostationären Stundenfälle, d.h. jener Fälle, die nach den DRGs vergütet werden, beziffert der SVR unter Rückgriff auf GKV-Daten für 2016 auf 390.000 Fälle.³³ Rund 10 % der stationären Notfälle sind vorstationäre Fälle, d.h. abrechnungstechnisch werden sie zur Vorbereitung einer stationären Behandlungseindikation eingestuft und mit einer DRG-Pauschale abgerechnet.³⁴ Für besonders aufwendige Untersuchungen in der Notaufnahme (z.B. CT- oder MRT-Untersuchungen) oder die Behandlung von Patientengruppen mit einem besonderen

30 vgl. SVR 2018, S. 561

31 vgl. Neubauer 2016

32 vgl. SVR 2018, S. 560

33 vgl. SVR 2018, S. 560

34 vgl. SVR 2018, S. 559

Versorgungsbedarf (z.B. Säuglinge oder demente Patienten) können die Spitäler Zuschläge abrechnen.³⁵ Seit 2017 ist zudem der Investitionskostenabschlag für die Notfallambulanzen entfallen.

Im nächsten Unterkapitel werden all jene gesetzgeberischen Maßnahmen vorgestellt, bei denen das vollstationäre Behandlungsspektrum der Krankenhäuser um teilstationäre und ambulante Regelleistungen sowie Leistungen für bestimmte Personengruppen seit Ende der 1980er Jahre erweitert wurde.

3.3. Erweiterung der stationären Krankenhaus-tätigkeit um ambulante und teilstationäre Leistungen

3.3.1. Zeitliche Flexibilisierung des vollstationären Angebots durch eine vor-, teil- und nachstationäre Behandlung

Seit 1989 hat der Bundesgesetzgeber zahlreiche Schritte unternommen, um das stationäre Leistungsspektrum der Krankenhäuser um ambulante und teilstationäre Leistungen zu erweitern. Bereits 1989 wurde die teilstationäre Behandlung eingeführt und 1993 folgten die vor- und nachstationäre Behandlung.

Die gesetzlichen Regelungen zur **teilstationären Behandlung** sind in § 39 SGB V festgelegt. Laut Leber und Wasem (2016) ist die teilstationäre Behandlung ein deutsches Unikum, für das bis heute eine Legaldefinition jenseits der reinen Nennung in § 39 Abs. 1 SGB V fehlt. Dort heißt es:

„Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind.“³⁶

³⁵ vgl. SVR 2018, S. 559

³⁶ Leber und Wasem 2016, S. 14

In der Krankenhauspraxis lassen sich zwei Haupteinsatzgebiete der teilstationären Behandlung unterscheiden:

- sequentielle Mehrtagesfälle, bei denen die Patienten nicht durchgängig im Krankenhaus sind, beispielsweise in Form von Schlaflaboren oder geriatrischen Tagesbehandlungen, sowie
- Intervallbehandlungen, beispielsweise in Form der Dialyse oder Chemotherapie.³⁷

De facto handelt es sich bei den teilstationären Leistungen um Leistungen, bei denen die Hotelleistungskomponente eingeschränkt ist. Der Großteil der teilstationären Leistungen wird von reinen Tages- und Nachtkliniken angeboten, wobei der Anteil mit knapp 800.000 Fällen im Vergleich zu den rund 19,4 Millionen stationären Fällen umfangmäßig wenig ins Gewicht fällt (Bezugsjahr 2017).³⁸ Rund 40 % der teilstationären Fälle entfallen auf Leistungen der Inneren Medizin. Während die Einführung der teilstationären Behandlung 1989 ein bedeutender Schritt war, handelt es sich heute um de facto ambulante Leistungen, die über das Krankenhausbudget abgerechnet werden und für bestimmte Krankheitsbilder eine historisch gewachsene Behandlungsform darstellen.³⁹ Die Intervallbehandlungen werden heute auch im Rahmen von ambulanten Facharztpraxen erbracht. 1989 war die Ausgangssituation noch eine andere.

1993 erfolgte die Erweiterung des Leistungsspektrums der Krankenhäuser um die **vor- und nachstationäre Behandlung**. Die rechtliche Grundlage für die vor- und nachstationäre Behandlung sind in § 115 a SGBV geregelt. Dort heißt es:

„Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. *die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder*
2. *im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).“⁴⁰*

Die vor- und nachstationären Behandlungen dienen dazu, die teuren vollstationären Tage zu reduzieren. Für die vor- und nachstationäre Behandlung bestehen enge Zeitgrenzen. Für die vorstationäre Behandlung, die frühestens fünf Tage vor einem vollstationären Aufenthalt erfolgen darf, beträgt das Maximum drei

37 Leber und Wasem 2016, S. 14

38 vgl. Bölt 2019, S. 268

39 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 14

40 SGB V § 115 a

Tage. Die nachstationäre Behandlung ist auf sieben Tage innerhalb eines Zeitintervalls von 14 Tagen nach einem vollstationären Aufenthalt begrenzt. Die Vergütung erfolgt innerhalb der zeitlichen Grenzen über DRG-Fallpauschalen. Ergänzende Vergütungen sind als Ausnahmeregelungen beim Überschreiten der Grenzverweildauern möglich. Aus Krankenhaussicht ermöglicht die vor- und nachstationäre Vergütung Ressourceneinsparungen, was aktuell in Zeiten des Ärzte- und Pflegepersonalmangels wieder an Attraktivität gewinnt. Volumenmäßig war die vorstationäre Behandlung von Anfang an die bedeutendere Variante. 2005 wurden knapp 1,97 Millionen vorstationäre Behandlungen abgerechnet und 2017 4,6 Millionen Behandlungsfälle, was einer Steigerung um 138 % entspricht.⁴¹ Die nachstationären Behandlungen sind dagegen nur um 68 % gestiegen.

Die Bedingungen für die vor- und nachstationäre Behandlung werden in dreiseitigen Verträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und der jeweils zuständigen Landeskrankengesellschaft bzw. den Vereinigungen der Krankenträger geregelt. § 115a Abs. 3 SGB V schreibt zudem vor, dass die Vergütung der Leistungen pauschaliert erfolgt und geeignet sein muss, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen.

Eine weitere Form der Leistungserweiterung der Akutkrankenhäuser sind die sogenannten Stundenfälle, die in den vergangenen Jahren intensiv im Rahmen einer Fehlbelegungsquote diskutiert wurden. Eine aus dem Jahre 2014 stammende Analyse von Krankenhausabrechnungsdaten hat das damalige Volumen mit rund 200 Millionen Euro oder rund 235.000 Fälle beziffert, was damals einem Anteil von 1,2 % an allen vollstationären Fällen entsprach.⁴²

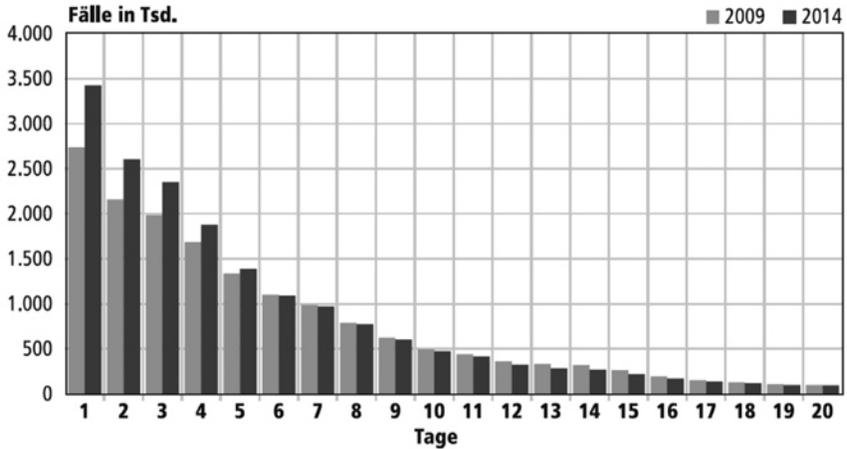
Ein deutlich höheres Ambulantisierungspotenzial besteht, wenn man die zeitliche Verteilung der vollstationären Krankenhaufälle anschaut. Insbesondere bei den vollstationären Fällen mit einer Verweildauer von bis zu drei Tagen wird davon ausgegangen, dass diese in einem großen Ausmaß die ambulanten Fälle der Zukunft sind.

41 vgl. Bölt 2019, S. 268

42 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 6

Abbildung 18: Vollsomatische stationäre Krankenhaufälle nach Verweildauer (2009 und 2014)

Vollstationäre somatische Fälle nach Verweildauer (Entlassungen 2009 und 2014)



Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG

Krankenhaus-Report 2016

WlD

Quelle: Leber und Wasem 2016, S. 7

Zu wesentlich höheren Zahlen kommt eine von der IGES (Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen) im Auftrag des ZI 2015 durchgeführte Erhebung auf Basis von 21 Hauptdiagnosen, wobei hier Kurzlieger mit bis zu 3 Tagen einbezogen wurden. Für das Jahr 2012 ermittelte die IGES-Studie 1,955 Millionen Krankenhaufälle, im Jahr 2013 waren es 2,03 Millionen.⁴³ Der Anteil der Notfälle betrug dabei 57 %, das entspricht mehr als 1,1 Millionen Fällen.⁴⁴

Die Diskussion um eine mögliche Fehlbelegung durch Stundenfälle oder eine Fehlallokation durch die ungerechtfertigte Hospitalisierung von Notfallpatienten ist eine Facette der Diskussion über eine Über- und Fehlversorgung.

Tabelle 3 gibt unter Einbezug des weiter unten vorgestellten ambulanten Operierens einen Überblick über die Entwicklung der Fallzahlen im ambulanten, teilstationären und vollstationären Bereich.

43 vgl. IGES 2015, S. 16

44 vgl. IGES 2015, S. 20

Tabelle 3: Entwicklung der Verteilung des Leistungsangebots 2005 bis 2017

Jahr	Behandlungsfälle ¹⁾				ambulante Operationen
	vollstationär	teilstationär	vorstationär	nachstationär	
	Anzahl				
2005	16.539.398	527.213	1.965.027	654.277	1.371.708
2006	16.832.883	623.657	2.266.670	703.488	1.513.716
2007	17.178.573	675.082	2.714.169	781.197	1.638.911
2008	17.519.579	702.649	2.991.986	820.371	1.758.305
2009	17.817.180	667.093	3.298.544	875.259	1.813.727
2010	18.032.903	673.080	3.510.861	905.602	1.854.125
2011	18.344.156	686.364	3.820.969	958.163	1.865.319
2012	18.620.442	734.263	4.092.333	988.307	1.967.934
2013	18.787.168	724.685	4.336.205	993.593	1.897.483
2014	19.148.626	743.561	4.581.160	1.031.277	1.953.727
2015	19.239.574	764.745	4.656.886	1.057.015	1.978.783
2016	19.532.779	773.807	4.670.177	1.075.006	1.962.051
2017	19.442.810	790.947	4.684.575	1.070.750	1.970.516
Vergleichs- jahr	Veränderung in %				
2016	0,5	2,2	0,3	0,4	0,4
2005	17,6	50,0	138,4	63,7	43,7
1) Vor Inkrafttreten der 1. Novellierung der Krankenhausstatistikverordnung wurde lediglich die Anzahl der aus teilstationärer Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten erhoben.					

Quelle: Bölt 2019, S. 268

3.3.2. Krankenhausambulanzen für bestimmte Patientengruppen oder zu Zwecken der Ausbildung

Wie dem chronologischen Überblick über die zahlreichen gesetzgeberischen Maßnahmen zur Ambulantisierung von vollstationären Spitalsleistungen in Tab. 1 zu entnehmen ist, haben innerhalb dieser Gruppe die **Hochschulambulanzen** nach § 117 SGB V die längste Tradition. Bereits 1955 wurden die Hochschulambulanzen etabliert und 1998 erfolgte im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes die Erweiterungen um poliklinische Institutsambulanzen an psychologischen

Universitätsinstituten.⁴⁵ Heute haben die Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1 SGB V zwei Hauptschwerpunkte:

Sie dienen erstens Zwecken der Forschung und Lehre. Neben der Ausbildung von Medizinstudierenden in den Hochschulambulanzen sind diese auch im Forschungsbetrieb eingebunden, wobei Leber und Wasem die Einbindung von an Hochschulambulanzen betreuten Patienten in Forschungsstudien mit rund 30 % angeben.⁴⁶

Zweitens sollen Hochschulambulanzen dazu dienen, Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch eine Hochschulambulanz bedürfen, medizinisch zu versorgen. Diese Option wurde durch das GKV-Versorgungsverstärkungsgesetz im Jahre 2012 geschaffen und hat als Vorbedingung, dass ein niedergelassener Arzt, in der Regel ein niedergelassener Facharzt, Patienten mit einem besonderen Schwierigkeitsgrad an eine Hochschulambulanz zur weiteren Abklärung überweist. Laut Leber und Wasem handelt es sich dabei in aller Regel um Patienten und Patientinnen mit schwierigen Diagnosen, vermehrten Begleiterkrankungen und jene in einem höheren Alter.⁴⁷

Ein dreiseitiger Vertrag auf Bundesebene zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen (inklusive der Ersatzkassen), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft legt fest, welche Patientengruppen auf Grund der Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Auf Landesebene können im Einvernehmen zwischen den drei Vertragsparteien Abweichungen festgelegt werden. In diesem Fall ist eine Überweisung durch einen Facharzt notwendig.⁴⁸ Die Vergütung der Hochschulambulanzen wird auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Hochschulträgern ausgehandelt. Primär erfolgt die Vergütung durch Fallpauschalen mit Mengengrenzungen.⁴⁹

Der Einsatz der Krankenhausambulanzen in der ambulanten Versorgung von Patienten hat ab Mitte der 1980er Jahre durch Angebote für besondere Patientengruppen eine substantielle Ausweitung erfahren. Den Auftakt machten 1986 die **psychiatrischen Institutsambulanzen**. Im Gegensatz zu anderen Spezialambulanzen haben die psychiatrischen Krankenhäuser bzw. psychiatrischen Abteilungen in den Krankenhäusern einen Anspruch auf Ermächtigung.⁵⁰ Damit stehen

45 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 10

46 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 10

47 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 10

48 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 11

49 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 11

50 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 12

sie nicht unter dem Ermächtigungsvorbehalt, der erfordert, dass es zu geringe Angebotskapazitäten im extramuralen Bereich gibt. Bei ihrer Einführung bildeten die psychiatrischen Institutsambulanzen einen wichtigen Eckstein im Rahmen der damaligen Enthospitalisierungsmaßnahmen in der Psychiatrie.

Die gesetzlichen Bestimmungen für die psychiatrischen Institutsambulanzen sind in § 118 SGB V enthalten. Dort heißt es:

„(1) Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen bei Bedarf zur Verfügung stehen.

(2) Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken ermächtigt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legen in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen nach Satz 1 bedürfen. [...]

(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser sowie für psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen entsprechend.“⁵¹

Auch hierzu sind wieder dreiseitige Verträge auf Bundesebene erforderlich. Gesetzlich krankenversicherte Patienten können die psychiatrischen Institutsambulanzen nicht eigenmächtig aufsuchen. Es bedarf einer Überweisung durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder durch Ärzte mit einer äquivalenten Weiterbildung oder Zusatzweiterbildung. Die Vergütung der psychiatrischen Institutsambulanzen ist sehr heterogen. Laut Leber und Wasem (2016, S. 12) wendet ein Drittel der Bundesländer das bayrische Modell der Einzelleistungsvergütung an, in zwei Dritteln der Bundesländer basiert die Vergütung auf undifferenzierten Quartalspauschalen.⁵²

51 § 118 SGB V

52 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 12

1989 wurde das Spektrum der Spezialambulanzen für bestimmte Personengruppen um die **sozialpädiatrischen Zentren** zur sozialpsychiatrischen Betreuung von Kindern erweitert. Das Angebot ist komplementär zu den Angeboten der Frühförderstellen. § 119 SGB V lautet wie folgt:

„(1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.

(2) Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.“⁵³

Die entsprechenden Zulassungsausschüsse nach § 96 SGB V sind paritätisch mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und der Krankenkassen besetzt und sind jeweils für KV-Regionen oder KV-Unterbezirke einzurichten. Wie bei den in Punkt 3.2. angeführten Ermächtigungen können die sozialpädiatrischen Zentren zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern nur so lange zugelassen werden, soweit und solange dies notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen. Die Leistungen der rund 130 sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von den gesetzlichen Krankenkassen in Form von quartalsbezogenen Fallpauschalen vergütet.⁵⁴

Seit 2009 gibt es außerdem noch zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen die **Pädiatrischen Spezialambulanzen**, die in § 120 Abs. 1 SGBV geregelt sind. Die Krankenhäuser vereinbaren hier mit den gesetzlichen Krankenkassen fall- und einrichtungsbezogene Pauschalen.⁵⁵ Die Behandlung in einer pädiatrischen Spezialambulanz kann nur nach Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt erfolgen.

Als vierte Gruppe der Spezialambulanzen sind die seit 2013 bestehenden **Geriatrischen Institutsambulanzen** anzuführen. Diese gewinnen nicht zuletzt auf Grund der demografischen Entwicklung in Deutschland an Bedeutung. Im Vergleich zu Österreich hat Deutschland einen höheren Alterslastquoten, d.h.,

⁵³ § 119 SGB V

⁵⁴ vgl. Leber und Wasem 2016, S. 11

⁵⁵ vgl. Leber und Wasem 2016, S. 11

der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung ist höher. Die rechtlichen Bestimmungen sind § 118a SGB V Abs. 1 zu entnehmen, der Folgendes festlegt.

„(1) Geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen, geriatrische Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärzte sowie Krankenhausärzte können vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sicherzustellen. Voraussetzung für die Erteilung einer Ermächtigung ist, dass die Einrichtung unter fachärztlich geriatrischer Leitung steht; die Ermächtigung eines in der geriatrischen Rehabilitationsklinik angestellten Arztes oder eines Krankenhausarztes setzt voraus, dass dieser über eine geriatrische Weiterbildung verfügt.“⁵⁶

Wie bei den meisten anderen Formen der Spezialambulanzen ist die Ermächtigung auch hier auf ein komplementäres Versorgungsangebot begrenzt, da sie nur erteilt werden darf, solange das ambulante vertragsärztliche Angebot nicht ausreicht. Auch hier sind wieder dreiseitige Verträge auf Bundesebene notwendig. Pflichtinhalte sind krankheitsverlaufsbezogene Bestimmungen bezüglich der zu versorgenden Patienten sowie Bestimmungen zu der Leistungserbringung und den Maßnahmen zur Qualität.⁵⁷ Das Aufsuchen einer geriatrischen Institutsambulanz bedarf der Überweisung durch den Hausarzt. Inhaltlich ist das Leistungsspektrum auf ein geriatrisches Assessment und die Erstellung eines Behandlungsplans beschränkt.⁵⁸ Von der Verabschiedung des Gesetzes bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung zu den geriatrischen Institutsambulanzen hat es mehr als zwei Jahre gedauert. Die Notwendigkeit von dreiseitigen Verträgen macht in Deutschland die Verfahren zeitintensiv. Sofern noch landesweite Verträge Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene ergänzen, wirkt sich dies ebenfalls negativ auf die Implementierungsgeschwindigkeit aus. Das Ausbalancieren der Partikularinteressen ist ein schwieriges Unterfangen.

56 § 118a Abs. 1 SGB V

57 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 12

58 vgl. Leber und Wasem, 2016, S. 13

3.4. Erweiterung des intra- und extramuralen Leistungsspektrums durch ambulantes Operieren und besondere Versorgungsformen

3.4.1. Ambulantes Operieren

Anders als die vor-, teil- und nachstationäre Behandlung sowie die Spezialambulanzen hat der Gesetzgeber 1993 mit dem **ambulanten Operieren** ein Angebot geschaffen, das sowohl dem niedergelassenen als auch dem stationären Bereich zur Verfügung steht. Das Mengenvolumen des ambulanten Operierens ist für Akutkrankenhäuser durchaus ein Beträchtliches. 2017 führten die Spitäler rund 1,7 Mio. ambulante Operationen durch. Die Mehrzahl der ambulanten Operationen wird jedoch extramural durchgeführt. Ohne den medizinisch-technischen Fortschritt und die Umstellung auf das DRG-System hätte das ambulante Operieren sicherlich nicht diesen Aufschwung in Deutschland erfahren. Leistungen, wie z.B. Katarakt-Operationen, wurden vor Einführung der DRGs ganz selbstverständlich stationär erbracht. Heute ist die stationäre Aufnahme der Ausnahmefall.

Die gesetzlichen Grundlagen zum ambulanten Operieren sind in § 115b SGB V geregelt. Dort heißt es:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren

- 1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe,*
- 2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.*

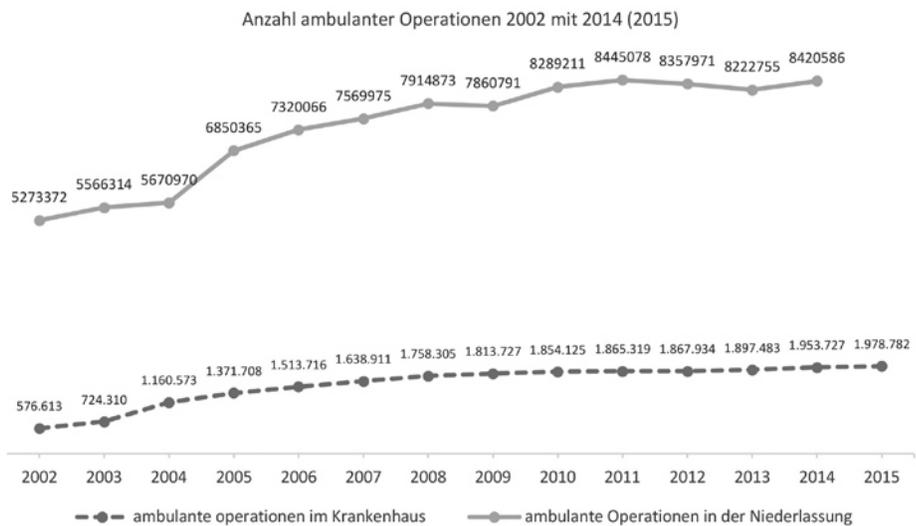
(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen und stationersetzenden Eingriffe zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausesgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.“⁵⁹

59 § 115b SGB V

Der Leistungskatalog der ambulanten Operationen wird durch einen dreiseitigen Vertrag auf Bundesebene festgelegt. Dieser ist jährlich anzupassen, wobei es seit 2004 keine substantielle Fortschreibung des Katalogs der ambulanten Operationen gab.⁶⁰ Der aktuelle Koalitionsvertrag der deutschen Bundesregierung sieht eine Reform des ambulanten Operierens vor.

Die Vergütung des ambulanten Operierens erfolgt weitestgehend auf Basis des EBM. Sowohl die Krankenhäuser als auch der niedergelassene Bereich hatten das ambulante Operieren insbesondere in den Anfangsjahren als zusätzliche Einnahmequelle entdeckt. Abb. 19 zeigt die Entwicklung im Zeitverlauf, differenziert nach dem Leistungserstellungssektor. Während es sehr hohe Steigerungsraten in den Anfangsjahren gab, waren die Steigerungsraten in den vergangenen Jahren eher bescheiden, so dass sich das Volumen an ambulanten Operationen und die Sektorenverteilung eingespielt haben.

Abbildung 19: Entwicklung der ambulanten Operationen im Zeitverlauf



Quelle: Nagel u.a. 2017, auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes, S. 19

60 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 7

3.4.2. Besondere Versorgungsformen

Die Option einer sektorenübergreifenden Versorgung ist auch in den besonderen Versorgungsformen enthalten. Als Varianten sind hier die strukturierten Behandlungsprogramme/DMP nach § 137 f und g SGB V und die integrierte Versorgung, die seit 2015 unter dem Begriff der besondere Versorgung firmiert, anzuführen.⁶¹

Die 2001 eingeführten DMP zur Versorgung chronisch kranker Patienten wurden 2003 durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz für den Krankenhaussektor geöffnet.⁶² Die sogenannten Chronikerprogramme sind auf ausgewählte Krankheitsbilder beschränkt. Zurzeit ist die in § 137 SGB V enthaltene Liste möglicher Krankheitsbilder noch keineswegs abgearbeitet. Zu Beginn des Jahres 2018 gab es DMP für Asthma, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Brustkrebs, Diabetes mellitus (Typ 1 und Typ 2) und koronare Herzkrankheiten. Intention der DPM ist es, durch einen abgestimmten Therapieplan zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern und einer ausgereiften Diagnostik die Beschwerden chronisch Kranker zu verringern und das Fortschreiten einer chronischen Erkrankung sowie das Entstehen von Begleiterkrankungen aufzuhalten. Die Lebensqualität chronisch kranker Patienten soll gesteigert werden, ebenso wie die medizinische Behandlungseffektivität. In DMP arbeiten verschiedene Spezialisten aus dem ambulanten und stationären sowie dem Rehabilitationsbereich in einer strukturierten Weise zusammen. Die Richtlinien zur Ausgestaltung der DMP werden vom gemeinsamen Bundesausschuss der Selbstverwaltungsträger erlassen.

Die integrierte oder – wie sie seit 2015 heißt – besondere Versorgung nach § 140a SGB V basiert auf selektiven Verträgen mit den Krankenkassen. § 140a SGBV legt fest, dass die Krankenkassen Verträge über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Die besondere Versorgung zielt von der Intention her entweder auf eine bessere Verzahnung der verschiedenen Leistungsektoren und damit eine übergreifende Versorgung oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung. Neben ärztlichen Leistungserbringern, den kassenärztlichen Vereinigungen und Spitälern können auch Pflegeheime und Pflegekassen, Rehabilitationskliniken und MedizinproduktHersteller Vertragspartner sein. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die gesetzlich Krankenversicherten freiwillig. Die Versicherten müssen explizit ihre Mitwirkungsbereitschaft erklären. Das Ausgabenvolumen für die besondere Versorgung nach § 140a SGB V lag laut SVR im Jahr 2017 bei 1,934 Milliarden.

61 vgl. § 140a SGB V

62 vgl. Leber und Wasem 2016, S. 13

Exkurs: Finanzvolumina und Vergütungsformen ambulanter Spitalsleistungen

Bevor jene Versuche beschrieben werden, mit denen der Gesetzgeber versucht hat, der de facto häufig gegebenen Dominanz bei Spitälern bei den Maßnahmen zur Überwindung der Sektorengrenzen durch eine bewusste Förderung der extramuralen Versorgung entgegenzusteuern, wird zum Abschluss der Behandlung der Ambulantisierung von Spitalleistungen ein Blick auf die Entwicklung der Finanzvolumina und die Vergütungsformen von ambulanten Spitalsleistungen gerichtet. Die Ausgabenvolumina ambulanter Krankenhausleistungen sind Tab. 4 zu entnehmen. Erkennbar ist, dass die ausgabenstärksten Positionen die teilstationäre Behandlung und das ambulante Operieren sind, gefolgt von den Hochschulambulanzen und den psychiatrischen Institutsambulanzen.

Tabelle 4: Ausgabenvolumina ambulanter Krankenhausleistungen

Versorgungsform (SGB V)	Kosten (in Mio. Euro)		Differenz (in %)	Anmerkungen/ Erläuterungen
	2009	2014		
Ermächtigte Krankenhausärzte	-	-	0	Keine Zahlen vorhanden
Pseudostationäre Behandlungen (Stundenfälle)	325	424	31	DRG-Abrechnungsstatistik
Ambulantes Operieren im Kran- kenhaus	627	612	2	KJ-1-Statistik
Vor- und nachstationäre Behand- lung im Krankenhaus	287	388	35	KJ-1-Statistik (ca. 95 % davon vorstationär)
Ambulante Behandlung im Kran- kenhaus bei Unterversorgung	0	0	0	kein Anwendungsfall
Ambulante Behandlung im Kran- kenhaus	37	-		KJ-1-Statistik
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AVS)		175		KJ-1-Statistik
Hochschulambulanzen	-	536		
Sozialpädiatrische Zentren	164	205	25	KJ-1-Statistik
Pädiatrische Spezialambulanzen	-	-		Keine Zahlen vorhanden
Psychiatrische Institutsambulanzen	387	523	35	KJ-1-Statistik
Geriatrische Institutsambulanzen	0	0	0	Noch keine Angaben
Strukturierte Behandlungsprogram- me (DMP)	-	1		KJ1-Statistik (ab 2013)
Besondere Versorgung (VSG) (ehemals Integrierte Versorgung)	0,65+	1,64 +	-	Bislang keine gesonderten Krankenhausdaten ausge- wiesen
Teilstationäre Behandlung	-	1586	0	DRG-Abrechnungsstatistik (kein Ausweis im Jahr 2009)

+ Angabe für den niedergelassenen und den stationären Bereich laut SVR

Quelle: Leber und Wasem 2016, S. 19 2018

3.5. Spezielle Versorgungsformen für den extramuralen Bereich

3.5.1. Praxiskliniken

Bereits 1989 wurde die Möglichkeit der Einrichtung von Praxiskliniken eingeführt.⁶³ Nach § 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V sind Praxiskliniken Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden können. Die Bedingungen für Praxiskliniken regeln dreiseitige Verträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften. Da bis 1995 keine einzige Praxisklinik ihren Betrieb aufgenommen hatte, gab es 1995 einen Gesetzesentwurf, welcher die Bedingungen für Praxiskliniken spezifizierte. Der Gesetzesentwurf sah eine Begrenzung auf maximal vier Betten je teilnehmenden Vertragsarzt und eine Begrenzung der stationären Versorgung auf maximal vier Tage vor.⁶⁴ Materiell scheiterte der Regierungsentwurf im Bundesrat.⁶⁵ 2009 gab es einen erneuten gesetzgeberischen Anlauf, die Idee der Praxisklinik umzusetzen. § 122 SGB V sieht deswegen Folgendes vor:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte gebildete Spitzenorganisation vereinbaren in einem Rahmenvertrag

- 1. einen Katalog von in Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ambulant oder stationär durchführbaren stationärsersetzenden Behandlungen,*
- 2. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse.“⁶⁶*

2010 hat dann der GKV-Spitzenverband Verhandlungen mit der Spitzenorganisation der Praxiskliniken, der Deutschen Praxisklinikgesellschaft e.V. aufgenommen, die 2011 von Seiten des GKV-Spitzenverbandes abgebrochen wurden. Bis heute gibt es sehr wenige Praxiskliniken, die ihren Schwerpunkt in der tagesklinischen kurzstationären Behandlung haben. Auf der Homepage der Deutschen Praxisklinikgesellschaft e.V. sind derzeit 34 Praxiskliniken angeführt, deren Schwerpunkt überwiegend im Bereich des ambulanten Operierens liegt.

63 vgl. § 122 SGB V

64 vgl. Nagel u. a. 2017, S. 37

65 vgl. Nagel u.a. 2017, S. 337

66 § 122 SGB V

3.5.2. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung und als Maßnahme gegen den Trend, dass die Verzahnung der Versorgungssektoren zu einer Ausweitung der Leistungserbringung durch die Spitäler geführt hat, wurde 2012 die **ASV** eingeführt. § 116b Abs. 1 SGB V enthält folgende Definition:

„Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern.“⁶⁷

§ 116b enthält eine Liste, welche Leistungen für eine ASV in Betracht kommen. Hierbei lassen sich drei Blöcke unterscheiden:

- Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (z.B. onkologische Erkrankungen, rheumatologische Erkrankungen, HIV/AIDS, Multiple Sklerose, Epilepsie),
- seltene Erkrankungen oder Erkrankungen mit geringen Fallzahlen (z.B. Tuberkulose, Mukoviszidose, Hämophilie, schwerwiegende immunologische Erkrankungen, seltene Lebererkrankungen, pulmonale Hypertonie) und zwei
- hochspezialisierte Leistungen (CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder die Brachytherapie).

Von der Intention her wollte der Gesetzgeber, dass die niedergelassenen Fachärzte hier eine zentrale Rolle spielen.⁶⁸ Die Vergütung der Leistungen der ASV, die durch Praxis- und Klinikärzte erbracht werden kann, erfolgt extrabudgetär zu festen Preisen, was diese Leistungen attraktiv macht.⁶⁹

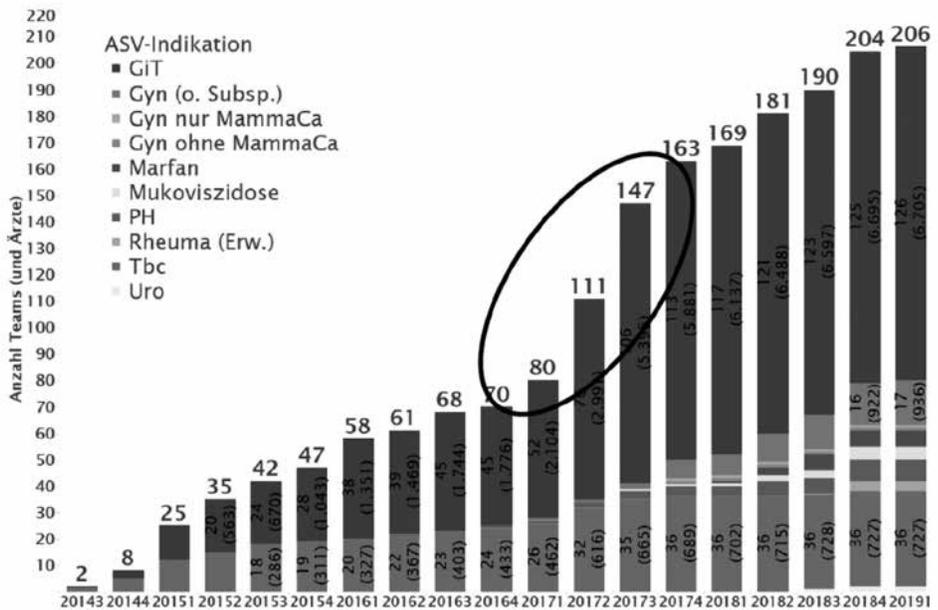
Die Bedingungen für die AVS werden durch den gemeinsamen Bundesausschuss spezifiziert. In § 116b Abs. 3 SGB V heißt es dazu, dass der gemeinsame Bundesausschuss die Erkrankungen konkretisiert, den Behandlungsumfang bestimmt sowie die sächlichen und personellen Anforderungen spezifiziert sowie die Anforderungen an die Qualitätssicherung festlegt. Sofern Spitäler an der ASV teilnehmen, ist festzulegen, unter welchen Bedingungen eine teil- oder vollstationäre Versorgung erfolgen kann.

67 § 116b Abs. 1 SGB V

68 vgl. Nagel u.a. 2017

69 vgl. SVR 2018, S. 368

Abbildung 20: Umsetzung der ASV bis 2019



Schmedders 2019, S. 20

Die derzeitige Praxis ist noch weit von einem Abarbeiten der in § 116b SGB V genannten Krankheiten entfernt. Abb. 20 gibt einen Überblick über die Implementierung bis zum 16.01.2019. Der Prozess zur Umsetzung der ASV ist somit schleppend angelaufen und ist nach Leber und Wasem (2016) extrem konfliktreich. Die ältesten Regelungen zu der ASV stammen aus dem Jahr 2014 und beziehen sich auf die Tuberkulose (TBC) und die atypische Mykobakteriose, gastrointestinale Tumore (GiT) und Tumore der Bauchhöhle. 2015 erfolgten dann die Beschlussfassungen zu den gynäkologischen Tumoren (Gyn), zum Marfan-Syndrom und zur Pulmonalen Hypertonie (PH). Die Bestimmungen für rheumatologische Erkrankungen und zu den urologischen Tumoren (Uro) traten erst 2018 in Kraft. Auch hier zeigt sich wieder, dass Maßnahmen, die an spezifischen Krankheitsbildern ansetzen und dreiseitige Verträge erfordern, extrem zeitintensiv sind.

4. Kritische Bewertung und zusammenfassende Schlussfolgerungen

Die abschließende kritische Bewertung erstreckt sich auf einige zentrale Beobachtungen. Zunächst ist im Vergleich zu Österreich festzuhalten, dass deutsche Spitäler einen geringeren Anteil an den extramuralen Leistungen haben. Die aktuellsten deutschen Berechnungen stammen aus dem Jahre 2016. Von den damaligen 44,7 Milliarden Euro für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung entfielen knapp 11 % auf Spitalleistungen.

Der Anteil deutscher Spitäler an der extramuralen ärztlichen Versorgung ist geringer als in Österreich.

Die genaue Aufteilung ist Abbildung 21 zu entnehmen.

Abbildung 21: Verteilung der ambulanten Ausgaben auf den extra- und intramuralen Bereich in Deutschland, Stand 2016 (Gesamtvolumen 44,7 Mrd. Euro); Berechnung durch den SVR



Quelle: SVR 2018, S.107

Die Umsetzung des Postulats „ambulant vor stationär“ war Gegenstand zahlreicher gesetzgeberischer Initiativen, die teilweise über 30 Jahre zurückreichen. Dennoch ist der Erfolg eher bescheiden. Die Lockerung der Sektorengrenzen ist noch nicht weit fortgeschritten, da nach wie vor eine unsichtbare Mauer zwischen der extramuralen und intramuralen Versorgung besteht. Unter Allokationsaspekten geht damit das Problem der Überversorgung, d.h. eine Versorgung auf einem zu teuren Versorgungsniveau, einher. Dass das Großprojekt zur Umsetzung des Postulats „ambulant vor stationär“ und damit die Einhaltung des § 39 SGB V bei Weitem noch nicht abgeschlossen ist, erkennt die Bundesregierung an, wie der in Punkt 3.1. angeführte Auszug aus dem Koalitionsvertrag der großen Koalition aus dem Jahr 2018 zeigt. Dies führt zu folgender Schlussfolgerung:

Seit 30 Jahren bemüht sich der Gesetzgeber mit mäßigem Erfolg um eine bessere sektorenübergreifende Versorgung.

Diese Meinung teilt auch der deutsche SVR, der in seinem aktuellen Gutachten mit dem programmatischen Titel „Bedarfsgerechte Versorgung“ aus dem Jahr 2018 ein ganzes Kapitel den konkreten Ansätzen der sektorenübergreifenden Versorgung widmet. Der SVR sieht ebenfalls noch einen großen Handlungsbedarf. Der SVR kritisiert, dass es weder eine gemeinsame Planung der versorgungsstufenübergreifenden Behandlungskapazitäten noch einheitliche Qualitätsanforderungen oder eine durchgehend konsistente gemeinsame Vergütung gibt. Aus Patienten- und Patientinnensicht rügt der SVR, dass das derzeitige sektorenübergreifende Angebot nicht im Einklang mit deren Präferenzen stehe. Angebotsseitig weist der SVR, wie das in Punkt 3.1. angeführte Zitat zeigt, darauf hin, dass auf Grund des medizinischen und medizin-technischen Fortschritts das Potential für eine ambulante Leistungserstellung in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen sei. Implizit wird damit suggeriert, dass dieses Potential noch besser genutzt werden könnte.

Wie bereits angedeutet, haftet zahlreichen deutschen Regelungen die Tendenz zur Überbürokratisierung an. Der Weg, zahlreiche Maßnahmen an bestimmten Krankheitsbildern anzusetzen, ist in der Kombination mit dreiseitigen Verträgen auf Bundes- und Landesebene sehr zeitintensiv. Die jeweiligen Partikularinteressen der verschiedenen Vertragsparteien gilt es auf den vertragsrelevanten Ebenen (Bund und/oder Bundesländer) auszubalancieren, was zu komplizierten Regelungen führt. Schiedsstellenverfahren wirken in manchen Anwendungsbe-
reichen zudem verfahrensverlangsamend. Die Neigung, komplizierte Regelungen zu treffen, ist in Deutschland keineswegs nur auf den Gesundheitsbereich beschränkt. Im Vergleich zu Österreich sind auch die steuerrechtlichen Vorschriften in Deutschland komplexer. Zusammenfassend führt dies zu folgender Schlussfolgerung:

Die gesetzgeberischen Anforderungen zur besseren Verzahnung der extra- und intramuralen Versorgung sind häufig kompliziert und neigen zu einer Überbürokratisierung.

Die nachfolgenden Bewertungen beziehen sich auf eine Bewertung ausgewählter gesetzgeberischer Ansatzpunkte. Während bei den in Punkt 3.2. vorgestellten Formen die Ermächtigungen als versorgungsmäßig irrelevant eingestuft werden können, gilt dies nicht für die Notfallversorgung durch Spitalsambulanzen. Wie bereits ausgeführt, ist es zu Verschiebungen zugunsten der Spitalsambulanzen gekommen. Während historisch gesehen der Versorgungsauftrag bei den kassenärztlichen Vereinigungen lag, ist es in 2015 zu einer Relativierung der Ausschließlichkeit gekommen. Heute ist der ärztliche Notdienst in Kooperation mit den Krankenhäusern durchzuführen. Auch die derzeitigen Vorschläge des gemeinsamen Bund-Länder-Ausschusses zielen eindeutig auf Formen der kooperativen Zusammenarbeit ab. Der Bundesgesetzgeber will die Notfallversorgung umfassend reformieren. Dies schließt die Neuordnung des Rettungswesens, die Erweiterung des Leistungsspektrums der Rettungssanitäter sowie die Reorganisation der Notfallversorgung in den Spitälern mit ein. Da eine Verfassungsänderung notwendig wäre, um die Pläne des deutschen Gesundheitsministers Spahn umzusetzen, wird mit einem längeren Umsetzungszeitraum gerechnet. Ob dies noch in dieser Legislaturperiode (planmäßig bis Herbst 2021) geleistet werden kann, ist fraglich. Die geplante organisatorische Ausgestaltung ist Abbildung 21 zu entnehmen.

Abbildung 22: Modell des deutschen Gesundheitsministeriums zur Reform der Notfallversorgung



Quelle: Homepage des deutschen Gesundheitsministeriums

In Punkto Notfallversorgung lässt sich zusammenfassend festhalten:

Die derzeitige Reform der Notfallversorgung ist ein gesetzgeberisches Großprojekt, das auf das veränderte Nachfrageverhalten reagiert und weiter den Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung relativiert.

Ein Blick auf die Wachstumsraten der vollstationären Spitalsfälle (plus 17,6 %) im Vergleich zu jenen der unter Punkt 3.3. vorgestellten vor- und nachstationären sowie teilstationären Leistungen zeigt, dass letztere deutlich über der Fallzahlsteigerung im vollstationären Bereich liegen und volumenmäßig auch über den Steigerungsraten des extramuralen Angebots liegen dürften, da große Teile der extramuralen ärztlichen Versorgung des Leistungsumfangs mengenmäßig begrenzt sind. Mit der Einführung der DRGs sind vielfältige Formen der Ergänzung der vollstationären Versorgung um ambulante und teilstationäre Leistungen entstanden. Dies hat es den Spitälern erlaubt, ihr Leistungsspektrum um Angebote ohne das Erfordernis der 24-Stunden-Betreuung zu erweitern. Der Handlungsspielraum der deutschen Spitäler hat sich deutlich erhöht. Besonders hohe Steigerungsraten weist in den vergangenen 15 Jahren die vorstationäre Behandlung mit knapp 140 % seit 2005 auf, die unter anderem zum Abklären der Notwendigkeit einer vollstationären Versorgung genutzt werden kann. Durch die Ergänzung der vollstationären Behandlung um die teilstationären und ambulanten Angebote sind die Wahlmöglichkeiten und damit die Erlösoptimierungsmöglichkeiten der Spitäler gestiegen. Im Laufe der Zeit ist eine Reihe von personengruppenbezogenen Spezialambulanzen dazugekommen, die ebenfalls das Leistungsspektrum der Spitäler erweitern. Nicht alle Formen der Spitalambulanzen sind auf das Schließen von Versorgungslücken und damit auf ein zeitlich begrenztes Angebot ausgerichtet. So fehlen entsprechende Vorgaben bei den Hochschulambulanzen und den psychiatrischen Institutsambulanzen. Die Ambulanzen für bestimmte Personengruppen stellen grundsätzlich einen interessanten Ansatz für eine bessere Verzahnung der extramuralen Versorgung mit der intramuralen Versorgung dar. Die besseren diagnostischen Möglichkeiten der Spitäler und auch das in den Spezialambulanzen vereinte fachärztliche Know-how bieten komplementäre Möglichkeiten zur extramuralen Betreuung. Vom Anteil an den Gesamt-GKV-Ausgaben für den stationären Bereich ist der Einnahmeanteil der Spezialambulanzen gering. Zusammenfassend lässt sich festhalten:

Die Spitäler haben vielfältige Formen der Flexibilisierung der vollstationären Versorgung um teilstationäre und ambulante Leistungen hinzugewonnen. Deren Wachstumsraten liegen über denjenigen der vollstationären Fälle.

Der Blick auf die Nutzung der Gesetzesreformen, die danach streben, für beide Leistungsanbietergruppen neue Angebotsformen zu schaffen, zeigt, dass nur das ambulante Operieren eine versorgungsrelevante Bedeutung erlangt hat. So entfielen 2016, wie weiter oben dargestellt (Abb. 21), rund 2,6 Milliarden Euro auf ambulante Operationen. Die Mengendynamik hat über die Jahre abgenommen, was angesichts der extramuralen fachärztlichen Versorgung und des medizintechnischen Fortschritts nicht nachzuvollziehen ist. Der deutsche Gesetzgeber will nun hier aktiv werden, wobei zu kritisieren ist, dass der Planungshorizont der angestrebten Ausdehnung des Leistungskataloges über die derzeitige Legislaturperiode hinausgeht. Ein Beitrag zu einer sektorenübergreifenden Versorgung ist nicht gegeben, da beide Sektoren von dieser Angebotsform Gebrauch machen. Hochtechnisierte ambulante OP-Zentren als Leistungsort können potentiell einem unterausgestatteten Krankenhaus überlegen sein. Der in den Anfangsjahren bestehende Qualitätsvorsprung der intramuralen Angebote besteht heute nicht mehr in gleichem Umfang. Zusammenfassend führt dies zu folgender Feststellung:

Das ambulante Operieren ist das einzige in die Jahre gekommene nennenswerte und versorgungsrelevante Beispiel der Leistungserweiterung, das sowohl neue Leistungsmöglichkeiten für den extramuralen als auch intramuralen Bereich geschaffen hat. Allerdings leistet das ambulante Operieren keinen Beitrag zur sektorenübergreifenden Versorgung.

Die anderen unter Punkt 3.4. vorgestellten Versorgungsformen haben noch ein deutliches Steigerungspotential hinsichtlich ihres Anteils an der Patientenversorgung. Weder die besondere Versorgung nach § 140a SGB V noch die strukturierten Behandlungsprogramme führen zu einem versorgungsrelevanten Angebot. Zu einer sehr kritischen Einschätzung der strukturierten Behandlungsprogramme kommt der SVR. Die bisherigen qualitativen Evaluationsergebnisse der DMP sind heterogen. Laut SVR zeigen die Evaluationen von DMP zwar „*einige Verbesserungen medizinischer Parameter und Fortschritte bei der Prozessqualität*“, vermochten aber „*bei uneinheitlichen Ergebnissen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität keinen Nutzenbeleg für DMP erbringen*“.⁷⁰

Mit einem Ausgabenanteil von rund 1 % an den GKV-Ausgaben bleiben die Krankenkassenindividuellen Leistungen im Rahmen der integrierten oder besonderen Versorgung ebenfalls hinter den ursprünglichen Erwartungen des deutschen Gesetzgebers zurück. Kritisch merkt der SVR in seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 zudem die fehlende sektorenübergreifende Versorgung an, da bisher kaum

⁷⁰ SVR 2018, S. 377

Verträge mit Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, pharmazeutischen oder Medizinproduktherstellern im Rahmen der besonderen Versorgung geschlossen wurden.⁷¹ Damit ist die sektorenübergreifende Versorgung de facto nicht gegeben. Zwischenresümierend ist festzuhalten:

Sowohl bei den Disease-Management-Programmen als auch bei den Varianten der besonderen Versorgung gibt es noch ein Steigerungspotential, was den Umfang und die Vernetzung der extra- und intramuralen Versorgung betrifft.

Wendet man sich den gesetzgeberischen Maßnahmen zur Erweiterung der Leistungsangebote für die Vertragsärzte zu, so befindet sich das Belegarztwesen seit vielen Jahren auf dem Rückzug. Wie bereits in Punkt 3.1. ausgeführt, sind Ursachen für die mangelnde Attraktivität des Belegarztwesens vielfältig. Ohne substantielle Reformen ist dies ein Auslaufmodell. In Bezug auf die in Punkt 3.5. vorgestellten Formen ist Folgendes festzuhalten:

Weder die Idee der Praxiskliniken noch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung konnten sich bisher durchsetzen.

Besonders negativ fällt der Implementierungsstand bei den Praxiskliniken aus. Hierbei handelt es sich um eine Versorgungsform, die de facto trotz mehrfacher gesetzgeberischer Initiativen nie vom Boden abgehoben hat. Der Abbruch der Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der bundespolitischen Interessenvertretung der Praxiskliniken war dabei (in 2011) ein Tiefpunkt. Seitdem hat der Gesetzgeber keine Initiativen zur Wiederbelebung ergriffen.

Die AVS ist, laut SVR, ein sehr sinnvoller Ansatz zur Lösung der Schnittstellenprobleme, der aber weit hinter den ursprünglichen Erwartungen zurückbleibt.⁷² Regional konzentrieren sich die ASV-Teams primär auf Großstädte (mehr als 50.000 Einwohner) in den alten Bundesländern und sind somit bisher regional unausgewogen.⁷³ Die Implementierung der AVS verläuft schleppend, was unter anderem an den hohen Qualifikationsanforderungen und dem Antragsumfang (im Durchschnitt zwischen 300 und 500 Seiten) liegt.⁷⁴ Rund zwei Drittel der Leistungen der AVS werden in stationären Einrichtungen erbracht, bei den onkologischen ASV-Krankheitsbildern sind es sogar 75 % (bezogen auf 2016).⁷⁵ Ob

71 vgl. SVR 2018, S. 376

72 vgl. SVR 2018, S. 317

73 vgl. SVR 2018, S. 370

74 vgl. SVR 2018, S. 271

75 vgl. Nagel u.a. 2017, S. 34

die Spitalslastigkeit eine Kinderkrankheit zu Beginn dieser Versorgungsform ist, lässt sich nicht abschätzen. Bei dem unter Versorgungsaspekten bedeutsameren medizinischen Versorgungszentren war dies so, wie das 2018-er Gutachten des SVR zeigt. Um einen nachhaltigen Beitrag zur sektorenübergreifenden Versorgung zu leisten, müsste die Teilnahmeanforderungen entbürokratisiert und die Schlagzahl der krankheitsspezifischen Bestimmungen des gemeinsamen Bundesausschusses deutlich erhöht werden. Empfehlenswert wäre, dass man sich zunächst auf sehr häufige Krankheiten fokussiert und dort ein Best-practice-Lernen initiiert.

Die Planung der Versorgungskapazitäten im intra- und extramuralen Bereich erfolgt bisher getrennt. Es gibt keine sektorenübergreifende populations- und morbiditätsbezogene regionale Bedarfsplanung. Somit ist festzuhalten:

Bisher fehlt es an einer gemeinsamen Planung des sektorenübergreifenden Leistungsangebots. Dies begünstigt Überkapazitäten.

Im ambulanten Bereich geht die Grundstruktur der Bedarfsplanung auf das Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahr 1992 zurück und sieht eine Bedarfsplanung auf Basis definierter Verhältniszahlen vor.⁷⁶ Die Anpassungen des Versorgungsbedarfs werden auf Basis diagnosebezogener und demografischer Faktoren vorgenommen. Die stationäre Bedarfsplanung erfolgt in Deutschland durch die Bundesländer in Form von Landeskrankenhausplänen, die nach verschiedenen Versorgungsstufen sowie nach den bettenführenden Abteilungen differenzieren. Zwischen den Bundesländern bestehen teilweise deutliche Unterschiede hinsichtlich des angewendeten Planungsverfahrens und der Planungszyklen. Sowohl der extramurale als auch der intramurale Bereich haben systemimmanente Anreize, den Bedarf möglichst hoch anzusetzen. Ohne eine gemeinsame Bedarfsplanung ist auch kein stufenweises Verfahren möglich, das als Regelform die Leistungserbringung im extramuralen Bereich vorsieht und die ambulante Leistungserbringung im stationären Bereich auf kompliziertere Leistungen oder auf jene Personengruppen mit einem erhöhten Behandlungs- und Betreuungsbedarf begrenzt. Wünschenswert wäre, wenn das Prinzip der Subsidiarität zugunsten des extramuralen Bereichs stärker zum Einsatz kommen würde.

Nachdem die Beurteilung sich bisher auf die mengenmäßige Versorgungsrelevanz bezogen hat, sollen abschließend noch die Vergütungsregelungen für ambulante Spitalsleistungen betrachtet werden. Die Vergütungsregelungen für im Spital erbrachte ambulante Leistungen sind historisch gewachsen und heterogen, wie Tab. 5 deutlich macht.

⁷⁶ vgl. Nagel u.a. 2017, S. 13

Tabelle 5: Vergütungssysteme für ambulante Krankenhausleistungen

Quelle: in Anlehnung an Leber und Wasem (2016), S. 20

Versorgungsform	SGB V	Vergütung
Notfallambulanz	§ 75	EBM plus Zuschläge
Ambulantes Operieren	§ 115b	EBM
Hochschulambulanzen	§ 117	Frei vereinbart, überwiegend Quartalspauschalen oder Vergütung nach dem bayerisches Einzelleistungssystem
Vor- und nachstationäre Leistungen	§ 115a	DRGG-Fallpauschalen oder abteilungsbezogene Pauschalen
Teilstationäre Leistungen	§ 39	Hauspezifische Tages- und Fallpauschalen
Ermächtigungen	§ 116 ff.	EBM
Leistungen bei Unterversorgung	§ 116a	EBM
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	§ 116b	EBM mit Ergänzungen
Strukturierte Behandlungsprogramme	§ 137f	Frei vereinbart
Pseudostationäre Behandlung		DRGs
Integrierte/besondere Versorgung	§ 140a	Frei vereinbart

Dabei kommt dem EBM zwar eine gewisse Bedeutung zu, er ist aber keineswegs die einzige Vergütungsform für ambulante Spitalsleistungen. Spitäler können aus einem breiten Spektrum wählen, was Ansatzpunkte zur Erlösoptimierung bietet. Der SVR fordert in seinem aktuellen Gutachten, einen Katalog von ambulanten Prozeduren zu definieren, die im ambulanten und im stationären Sektor in gleicher Höhe abgerechnet werden können, und schlägt vor, den Spitälern zunächst eine Vergütung oberhalb des EBM zu bezahlen und diese im Laufe der Zeit degressiv abzusenken.⁷⁷ Zwischensummierend lässt sich festhalten:

Deutschland sieht für eine Reihe von ambulanten Spitalsleistungen bereits den EBM vor. Andere ambulante Spitalsleistungen werden nach DRGs oder individuell abgegolten. Damit gibt es noch kein durchgängiges, vom Leistungsort unabhängiges Vergütungssystem für ambulante Leistungen.

⁷⁷ vgl. SVR 2018, S. 772

Die kritische Bewertung zeigt, dass noch ein großer Handlungsbedarf besteht, was die Überwindung der Sektorengrenzen betrifft. In Deutschland ist zurzeit die Neuordnung der Notfallversorgung ein hochaktuelles Thema. Obwohl in Teilbereichen Schritte zu einem Honorierungssystem unabhängig vom Leistungsort gegangen wurden und die diesbezüglichen Regelungen umfassender als die derzeitige Situation in Österreich sind, sind auch in Deutschland noch weitere gesetzgeberische Schritte notwendig, damit die noch bestehenden Mauern zwischen der intra- und extramuralen Versorgung abgebaut werden. Eine sektorübergreifende Versorgung bedarf einer gemeinsamen Bedarfsplanung, eines einheitlichen Honorierungssystems und einheitlicher Qualitätsstandards. Bei allen drei Ansatzpunkten besteht in Deutschland mit seinen föderalen Strukturen und den systemimmanenten Interessensgegensätzen in der Selbstverwaltung noch ein Handlungsbedarf.

Literaturverzeichnis

- Augurtzky, Boris und Adam Pilny (2019), Wer wird wie gefördert? Eine kritische Analyse der KHG Investitionsdaten, in: Krankenhausreport 2019, hrsg. von Jürgen Klauber u.a., Stuttgart, S. 185-199.
- Bölt, Ute (2019), Statistische Krankenhausdaten: Grunddaten der Krankenhäuser 2017, in: Krankenhausreport 2019, hrsg. von Jürgen Klauber u.a., Stuttgart, S. 247-270.
- Bundesregierung (2018), Ein Aufbruch für Europa, eine neue Dynamik für Deutschland, Ein neuer Zusammenhalt für unser Land, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 12. März 2018, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019), So soll, die Notfallversorgung reformiert werden, online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/notfallversorgung.html#c15889> (Abruf: 16. Oktober 2019).
- Deutsches Krankenhausinstitut (2018), Krankenhausbarometer 2018, Düsseldorf.
- Drähter, Hendrik und Tobias Schäfer (2017), Die ambulante Notfallversorgung in Notfallambulanzen und bei Vertragsärzten im Zeitraum 2009 bis 2014, in: Krankenhausreport 2017, hrsg. von Jürgen Klauber u.a., Stuttgart, S. 25-40.
- Geraedst, Max (2017), Personalausstattung der Krankenhäuser: Entwicklung der letzten 25 Jahre, in: Krankenhausreport 2017, hrsg. von Jürgen Klauber u.a., Stuttgart, S. 79-94.
- Greiling, Dorothea (2019), Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, in: Gut versorgt? Ökonomie und Ethik im Gesundheitsbereich, hrsg. von Michael Fuchs, Dorothea Greiling und Michael Rosenberger, Baden-Baden 2019, S. 23-44.
- IGES (2015), Ambulantes Potential in der Notfallversorgung. Ergebnisbericht zur Projektphase I, online verfügbar unter: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e10849/e11992/e11996/e11998/attr_objs12650/IGES_Ambulantes_Potential_Notfaelle_WEB_ger.pdf (Abruf: 25. September 2019).
- Korzilius, Heike (2019), Belegärzte: Die letzten ihrer Art, in: Deutsches Ärzteblatt, 2019, 116. Jg., Heft 33-34, S. 1459-1461.
- Leber, Wulf-Dietrich und Jürgen Wasem (2016), Ambulante Krankenhausleistungen – Ein Überblick, eine Trendanalyse und einige Anmerkungen, in: Krankenhaus-Report 2016: Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus, hrsg. von Jürgen Klauber u.a., Stuttgart, S. 3-29.
- Nagel, Eckhard u.a. (2017), Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland, Gutachten im Auftrag des ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland), Berlin.
- Neubauer, Günther (2016), Kritische Analyse des „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenanalyse und Strukturanalyse“, Expertise für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, München.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2018), Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden.

Slowik, Michael u.a. (2018), Sektorenübergreifende Neuordnung der Notfallversorgung, in: Krankenhausreport 2019, hrsg. von Jürgen Klauber u.a., S. 233-255.

Schmedders, Mechthild, Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (AVS) – eine ordnungspolitische Einordnung, Vortrags auf der Jahrestagung der Sozialmedizinischen Expertengruppe 2019 des Medizinisches Dienstes der Kranken am 29. Jänner 2019, Stuttgart.