

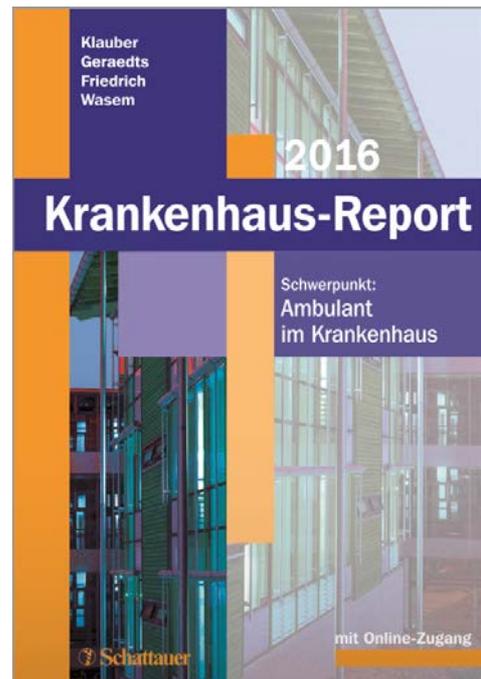
Krankenhaus-Report 2016

„Ambulant im Krankenhaus“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 197-216



12	Neuordnung der fachärztlich-ambulanten Versorgung	197
	<i>Jürgen Malzahn und Klaus Jacobs</i>	
12.1	Ausgangslage: Versorger- statt Versorgungssicht	198
12.1.1	Ständiges Reformfordernis	198
12.1.2	Brüche in der Behandlungskontinuität	198
12.1.3	Zuständigkeitsgerangel in der ambulanten fachärztlichen Versorgung	200
12.1.4	Versorgungsdefizite infolge sektoral bedingter Konflikte	201
12.2	Konsequenz: Neuordnung der fachärztlich-ambulanten Versorgung	202
12.2.1	Konkrete Problemlagen	203
12.2.2	Ordnungspolitische Orientierungen	206
12.3	Bausteine einer Reform der fachärztlich-ambulanten Versorgung	209
12.3.1	Stufe 1: Allgemeine Vorbedingungen	209
12.3.2	Stufe 2: zwei Modellvarianten	212
12.4	Fazit	215

12 Neuordnung der fachärztlich-ambulanten Versorgung

Jürgen Malzahn und Klaus Jacobs

Abstract

Reformen der Versorgungsstrukturen zur Verbesserung von Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der GKV-finanzierten Versorgung zählen zu den Daueraufgaben des Gesetzgebers. Dieser springt dabei jedoch regelmäßig zu kurz, weil die institutionelle Versorgerperspektive eine konsequente Patientensicht dominiert. Das gilt nicht nur sektorübergreifend, sondern speziell auch für den Bereich der fachärztlich-ambulanten Versorgung, der aktuell durch ein ungesteuertes Neben- und Durcheinander von vertragsärztlicher Leistungserbringung und vielfältigen ambulanten Leistungen von Krankenhäusern gekennzeichnet ist. Deshalb wird in dem Beitrag für eine grundlegende Neuordnung der fachärztlich-ambulanten Versorgung plädiert sowie ein zweistufiges Konzept entwickelt. Während Stufe 1 zentrale allgemeine Vorbedingungen betrifft – u. a. Festlegungen zur populationsbezogenen Bedarfsplanung und zum Vergütungssystem –, werden für Stufe 2 zwei alternative Umsetzungsmodelle vorgestellt: ein Zulassungsmodell mit Kontrahierungszwang, das sich stärker am bestehenden Ordnungsrahmen der stationären Versorgung orientiert, und ein vertragswettbewerbliches Modell mit Angebotspflicht der Krankenkassen.

Health care structure reforms with the aim of improving appropriateness, quality and efficiency of SHI-funded health care are among the permanent tasks of the legislature. However, they regularly fall short because the perspective of the institutional provider dominates over a consistent patient's perspective. This applies not only across sectors, but especially in the field of specialist outpatient care which is currently characterized by an uncontrolled juxtaposition and mix of the services of office-based physicians and various outpatient services of hospitals. Therefore, the authors advocate a fundamental reorganisation of specialist outpatient care in a two-step approach. While stage 1 relates to central general preconditions – such as specifications for population-based demand planning and the remuneration system –, there are two alternative implementation models for step 2: an authorisation model with an obligation to contract which focuses on the existing regulatory framework of inpatient care and a competitive model with a bid obligation of the health insurance funds.

12.1 Ausgangslage: Versorger- statt Versorgungssicht

12.1.1 Ständiges Reformfordernis

In jeder Legislaturperiode gibt es mindestens ein größeres Gesetzesvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im Verlauf der letzten Dekade hießen die entsprechenden Gesetze mit regelmäßig wohlklingenden Bezeichnungen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG; Rot-Grün 2003), GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG; Große Koalition 2007), GKV-Versorgungsstrukturgesetz (Schwarz-Gelb 2011) sowie GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG; Große Koalition 2015). Doch damit nicht genug, denn weitere Gesetze wie zum Beispiel das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG; Große Koalition 2006) oder das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG; Große Koalition 2015) tragen ebenfalls dazu bei, zentrale Elemente der Versorgungsstrukturen einem ständigen Reformprozess zu unterziehen.

Was kann man aus diesem nahezu pausenlosen Prozess der Bemühungen des Gesetzgebers schlussfolgern? Obwohl Politiker und Verbandsfunktionäre nicht müde werden zu betonen, dass Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt besitzt, gibt es in der Wahrnehmung der politisch Verantwortlichen offenbar dennoch eine stete Reformnotwendigkeit, um Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der GKV-finanzierten Gesundheitsversorgung durch die fortlaufende Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen zu verbessern. Aber auf noch etwas deutet der schier ununterbrochene Reformprozess hin: Es fehlt augenscheinlich an politischem Mut für wirklich tiefgreifende Strukturreformen mit Selbststeuerungspotenzial, denen zur Entfaltung eine gewisse Zeit eingeräumt werden muss, damit sich die Beteiligten – die Leistungserbringer und ihre Vertragspartner, die Krankenkassen, aber letztlich auch die Patientinnen und Patienten – auf die reformierten Rahmenbedingungen einstellen können. Stattdessen bleiben die Grundstrukturen des deutschen Versorgungssystems bei dem ständigen Reformprozess im Kern unberührt und werden zumeist lediglich in Details modifiziert oder durch einige neue Elemente ergänzt, oder es wird auch einfach nur zusätzliches Geld in die grundsätzlich unangetastet bleibenden Strukturen gesteckt, um kurzfristig aktuellen Problemen auf den Leib zu rücken. Weil damit aber die wesentlichen Ursachen vieler Versorgungsdefizite im Hinblick auf Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht wirklich angegangen werden, wird die Erfahrung „nach der Reform ist vor der Reform“ regelmäßig bestätigt. Ein typisches Beispiel für diesen Prozess sind die dauerhaften Reformbemühungen um die ambulante fachärztliche Versorgung, deren zunehmende Defizite bisher nicht systematisch adressiert wurden.

12.1.2 Brüche in der Behandlungskontinuität

Das Ziel einer engeren Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zählt seit Jahren, wenn nicht Jahrzehnten nahezu unverändert zum Katalog der als vordringlich erachteten Reformmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung. Eng verbunden damit ist als weitere Zielsetzung „ambulant vor stationär“ bzw. „so viel ambulant wie möglich und so viel stationär wie nötig“. Speziell in der akutmedizi-

nischen Krankenbehandlung ist die rechtliche und finanztechnische Abschottung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor jedoch derart ausgeprägt, dass dieser Zielsetzung im praktischen Versorgungsgeschehen häufig nur mit Hilfe von Umgehungsstrategien entsprochen wird, wie sie sich auch in manchen Begriffen widerspiegeln, die mittlerweile jedoch derart vertraut sind, dass sie gar nicht mehr als ungewöhnlich empfunden werden, wie etwa „teilstationäre Leistungen“ oder „Praxisklinik“ oder „Belegbetten“.

Aus versorgungsinhaltlicher Sicht unterscheiden sich ambulant und stationär vor allem darin, dass die medizinische Behandlung entweder „allein“ oder in unmittelbarer Verbindung mit Unterkunft- und Verpflegungsleistungen für die Patienten erfolgt, wogegen sich die medizinische Leistung als der „eigentliche Kern“ der Behandlung aufgrund des mittlerweile erreichten medizinischen und medizintechnischen Entwicklungsstands in vielen Fällen längst nicht mehr nach klaren inhaltlichen Kriterien dem einen oder anderen Versorgungsbereich zuordnen lässt. Die gleichwohl unverändert starre institutionelle und finanztechnische Trennung zwischen beiden Bereichen hat vielfach Konsequenzen im Versorgungsgeschehen, die mit erheblichen Qualitätsproblemen und gesamtwirtschaftlichen Ineffizienzen verbunden sind.

Qualitätsprobleme infolge der Abschottung von ambulant und stationär sind insbesondere mit der Sicherung der Behandlungskontinuität verbunden, wenn der Bedarf eines Patienten an gleichzeitiger Verpflegung und Unterkunft im Verlauf eines Behandlungsfalles entsteht bzw. nicht mehr besteht: Zunächst besteht u. U. kein Bedarf nach behandlungsbegleitenden Unterkunft- und Verpflegungsleistungen und der Patient ist entsprechend „ein Fall“ für den ambulanten Sektor; von dem Zeitpunkt an, an dem Unterkunfts- und Verpflegungsbedarf besteht, wird der Patient „ein Fall“ für den stationären Sektor. Aber nicht nur die erstmals erforderlichen Unterkunft- und Verpflegungsleistungen werden nun dort erbracht, sondern auch die zuvor von anderen erbrachten ärztlichen und ggf. pflegerischen Leistungen, wodurch die Behandlungskontinuität unterbrochen wird¹.

Dieser Bruch in der Behandlungskontinuität erfolgt genauso auch umgekehrt beim Übergang vom stationären zum ambulanten Versorgungsbereich. Durch das 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz ist den Krankenhäusern die Möglichkeit zur vor- und nachstationären Behandlung ohne gleichzeitige Bereitstellung von Unterkunft- und Verpflegungsleistungen gegeben worden (§ 115a SGB V). Dabei schreibt das Gesetz für die vorstationäre Behandlung eine maximale Dauer von drei Behandlungstagen innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung und für die nachstationäre Behandlung von sieben Tagen innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung vor (außer bei Organübertragungen). Ein älterer Patient, der z. B. nach einem Sturz im Krankenhaus an der Schulter operiert worden ist und eine Nachuntersuchung drei oder sechs Monate nach der Krankenhausentlassung benötigt, kann dazu nicht etwa den Krankenhausarzt aufsuchen, der die Operation durchgeführt hat, sondern ist gezwungen, sich an

¹ Zudem ist die Informationsweitergabe nicht standardisiert; hier könnte die breite Nutzung einer umfassenden Telematikinfrastruktur zu Verbesserungen führen, doch bleibt die Selbstverwaltung in der Umsetzung seit 2003 weit hinter den Erwartungen zurück. Ob das neue E-Health-Gesetz hier Abhilfe schafft, bleibt abzuwarten.

einen ambulanten Vertragsarzt zu wenden, den er nicht kennt und der seinerseits ihn und seine Krankengeschichte nicht kennt – es sei denn, er ist Privatpatient, denn in diesem Fall kann er die Untersuchung auch ambulant von „seinem“ Krankenhausarzt durchführen lassen (oder er bezahlt sie als gesetzlich Versicherter aus der eigenen Tasche).

Schon dieses kleine Beispiel zeigt, dass das Versorgungssystem nicht auf den Bedarf des Patienten an kontinuierlicher Versorgung aus einer Hand ausgerichtet ist, sondern dass der Behandlungsbedarf in einzelne Teil-Fälle zerlegt wird, die entsprechend einer historisch gewachsenen „Zuständigkeit“ von Sektoren behandelt werden. Dabei scheint jedoch nicht einmal die „Übergabe“ des Patienten an der „klassischen“ Schnittstelle zwischen dem stationären und ambulanten Sektoren befriedigend geregelt, denn anders wäre es kaum zu erklären, dass der Gesetzgeber noch im Jahr 2015 – im Rahmen des VSG – neue gesetzliche Regelungen zum Krankenhausentlassmanagement bzw. eine gesetzliche Anweisung an die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung zur Konkretisierung dieser Regelungen für erforderlich gehalten hat (§ 39 Abs. 1a SGB V).²

12.1.3 Zuständigkeitsgerangel in der ambulanten fachärztlichen Versorgung

Historisch gewachsene Zuständigkeitsregelungen konterkarieren das Patienteninteresse an einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Gesamtversorgung aber nicht erst im Hinblick auf eine koordinierte sektorenübergreifende Versorgung – auch dieser noch vergleichsweise neue Begriff verweist im Übrigen auf die Dominanz der institutionell geprägten Sicht gegenüber einer patientenorientierten Versorgungsperspektive; unübersehbare Versorgungsdefizite bestehen vielmehr auch schon „diesseits“ des Erfordernisses von integrierten Versorgungsregimen innerhalb der ambulanten medizinischen Versorgung. Das betrifft keineswegs allein die hausärztliche Versorgung, zu deren systematischer Aufwertung es in der jüngeren Vergangenheit immerhin verschiedene Anläufe gegeben hat,³ sondern vor allem auch die ambulant erbrachte fachärztliche Versorgung.

Wenn eine aktuelle Untersuchung zu ambulant-sensitiven Krankenhausfällen als einem Indikator für die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung zu dem Ergebnis kommt, dass rund 3,7 Millionen Krankenhausfälle in Deutschland als vermeidbar angesehen werden können (Sundmacher et al. 2015), werden damit – unbeschadet möglicher Einwände gegen die Methodik der Studie und ihr konkret beziffertes Ergebnis – der Qualität der ambulanten, insbesondere fachärztlichen Versorgung vom Grundsatz her zunächst einmal erhebliche Mängel attestiert. Die

2 Sollte das Thema „Entlassmanagement“ nach dem dritten Anlauf künftig zufriedenstellend geregelt sein, wird mutmaßlich das „Aufnahmemanagement“ auf die politische Agenda rücken. Beide Maßnahmen sind aber eher Symptombehandlungen als Ursachenbekämpfung, denn beide Sektoren handeln jeweils institutionell nachvollziehbar – aber eben nicht patientenorientiert, weil der Schutz des eigenen Sektors Priorität genießt.

3 Auch wenn diese – wie insbesondere auch die wiederholt veränderten gesetzlichen Regelungen in § 73b SGB V – häufig eher das Prädikat „gut gemeint, aber noch lange nicht gut gemacht“ verdienen.

Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlen Milliardensummen für die ambulante ärztliche Versorgung – insbesondere in Gestalt der Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch im Rahmen diverser Regelungen zur ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser –, bei der laut Sozialgesetzbuch „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen (...) dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (haben)“ (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V), dies aber nicht unbedingt in dem gebotenen Umfang zu tun scheinen.

Die Reaktionen der „Sektoren-Verbände“ auf die genannte Studie fielen insofern typisch aus, als sofort der vertraute Austausch wechselseitiger Schuldzuweisungen samt Zuständigkeits-Gezerre einsetzte: Während die Kassenärztliche Bundesvereinigung (deren wissenschaftliches Institut die Studie finanziell gefördert hatte) auf die Notwendigkeit der verstärkten finanziellen Ausstattung des vertragsärztlichen Versorgungssektors verwies⁴, reklamierte die Deutsche Krankenhausgesellschaft erweiterte ambulante Versorgungskompetenzen für den stationären Sektor. Für eine differenzierte Sicht – zum Beispiel nach unterschiedlichen Regionstypen, wie sie aus der Versorgungsperspektive der Patienten zunehmend bedeutsam erscheint – ist dabei naturgemäß kein Platz, weil es den genannten Verbänden letztlich nicht um die aus Patientensicht primär relevante Sicht „ambulant vor stationär“ und deren nach der Versorgungskonstellation vor Ort jeweils zweckmäßigen Umsetzung geht, sondern immer nur pauschal um die Sicht „KV oder Krankenhaus“. Diese Einschätzung gilt in gleicher Weise für den Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), in dem nach der jeweiligen örtlichen Versorgungskonstellation ganz unterschiedliche Potenziale und Realisierungsoptionen für eine gezielte Verbesserung der Versorgung bestünden, die aber nicht entsprechend differenziert betrachtet und umgesetzt werden, weil die Perspektive der Patienten im Zuständigkeits-Gezerre der institutionellen Akteure auf der Strecke bleibt.

12.1.4 Versorgungsdefizite infolge sektoral bedingter Konflikte

Vor dem Hintergrund der sektoral geprägten institutionellen Sicht auf Kosten einer konsequenten Versorgungs- bzw. Patientensicht erscheint speziell für den Bereich der ambulanten fachärztlichen Versorgung eine grundlegende Neuordnung geboten. Dafür spricht nicht zuletzt, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen faktisch längst ausgehöhlt ist. So hat etwa die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihrer Stellungnahme zum VSG nachvollziehbar festgestellt, dass eine Erweiterung des Versorgungsauftrags von Hochschulambulanzen kritisch zu sehen sei, weil die Universitäten als Träger der Hochschulambulanzen oft in großen Städten lägen und gerade dort ein absoluter Mangel an vertragsärztlich tätigen Fachärzten eher weniger ausgeprägt sei als in ländlichen Gebieten (KBV 2015, 52).

⁴ Dabei ist die Korrelation zwischen Fachärztedichte und dem Umfang ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (ASK) offenbar keineswegs eindeutig, denn während in einem mittleren Bereich der Fachärztedichte das ASK-Ausmaß sinkt, steigt es bei einigen Facharztgruppen bei sehr hoher Fachärztedichte wieder an (vgl. Busse und Sundmacher 2012).

Dieses Beispiel zeigt die grundsätzliche Schwäche bei der Ausgestaltung der Partizipation der Krankenhäuser an der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Der Gesetzgeber hat im Lauf der Jahre – die unterschiedlichen Gutachten des Sachverständigenrats mal mehr und mal weniger beachtend – immer mehr Möglichkeiten für Krankenhäuser eröffnet, an diesem Versorgungssegment teilzunehmen. Damit sollten spezielle Versorgungsdefizite für Kinder, geriatrische Patienten, Patienten mit besonders schweren Krankheiten etc. behoben werden. Die durch Krankenhäuser erbringbaren Leistungen umfassen daher ein breites Spektrum. Derzeit besteht es aus ambulant durchführbaren Operationen, psychiatrischen, psychosomatischen Leistungen und den sogenannten spezialfachärztlichen Leistungen⁵, aber auch Teilen der geriatrischen, pädiatrischen und notfallmedizinischen Versorgung sowie weiteren nicht klar abgegrenzten Leistungen. So ist in den letzten zwanzig Jahren ein stetig wachsendes Leistungssegment entstanden, das sich einer bedarfsorientierten Steuerung, einer systematischen Qualitätssicherung und einem einheitlichen Vergütungssystem vollständig entzieht. Diese Entwicklung kann als die gesundheitspolitische Variante eines Marktverständnisses gewertet werden, in dem die Deregulierung der Anbieterseite zu einer Befriedigung der Nachfrager führen soll. Dazu passend sind Maßnahmen, durch die Vertragsärzte sich neben der Sicherstellung der fachärztlich-ambulanten Versorgung weitere Betätigungsfelder suchen können, die ökonomisch nachvollziehbar sind. Von besonderer Bedeutung sind dabei die honorarärztlichen Leistungen, die es Vertragsärzten ermöglichen, neben dem Betreiben ihrer Praxen zusätzlich in der stationären Versorgung zu arbeiten. Das führt zur Verkürzung von Praxis-Öffnungszeiten, zudem sind in mengensensitiven Segmenten der stationären Versorgung medizinisch schwer zu begründende Leistungsausweitungen zu beobachten. In bestimmten fachärztlichen Disziplinen wie Gynäkologie und Augenheilkunde spielen auch Selbstzahlerleistungen (IGeL) eine quantitativ bedeutsame Rolle (vgl. Zok 2015) und verknappen die Ressourcen für die „normale“ fachärztlich-ambulante Grundversorgung.

12.2 Konsequenz: Neuordnung der fachärztlich-ambulanten Versorgung

Mit kleinen Systemanpassungen, die naturgemäß stark an den bestehenden Zuständigkeiten ausgerichtet sind, wird eine nachhaltige Ausrichtung der ambulanten fachärztlichen Versorgung an Patienteninteressen kaum gelingen. Um die Qualitäts-

5 Der Katalog des § 116b SGB V umfasst eine nur politisch, nicht aber medizinisch begründete Auswahl von fachärztlichen ambulant erbringbaren Leistungen. Fast jede medizinische Fachdisziplin umfasst Behandlungen, die spezielle medizinische Kenntnisse erfordern und in diesem Katalog nicht gelistet sind. Ohne Zweifel könnten zahlreiche kardiologische Leistungen neben der Behandlung der schweren Herzinsuffizienz dem Segment spezialfachärztlich zugeordnet werden. Dies gilt ebenso für interventionelle Radiologie, Gynäkologie und Gastroenterologie sowie zahlreiche aufwendige diagnostische und therapeutische Leistungen, die mit zunehmendem medizinischem Fortschritt aus medizinischen Gründen ambulant durchgeführt werden könnten. Die Gründe für den schleppenden Ausbau dieses Bereichs liegen in sektorspezifischen Interessen und ökonomischen Konsequenzen für die Vergütungshöhe dieser Leistungen.

und Effizienzhemmnisse der fachärztlich-ambulanten Versorgung zu vermindern, bedarf es vielmehr einer mutigen weitreichenden Neugestaltung, die zunächst bestehende Defizite transparent und damit adressierbar macht.

12.2.1 Konkrete Problemlagen

Betrachtet man die aktuelle Situation dieses nicht scharf abzugrenzenden Leistungssegments, das im Weiteren als fachärztlich-ambulante Versorgung bezeichnet werden soll, unter Erfolgskriterien, ist die Bilanz wenig ermutigend. Im OECD-Vergleich befindet sich Deutschland mit gut vier Ärzten je 1 000 Einwohner in der Spitzengruppe der OECD-Länder (Abbildung 12–1) und das Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten wird von Experten gemeinhin als zu facharztlastig beschrieben. Trotzdem zeigen sich in Teilen des ländlichen Raums Versorgungsdefizite im fachärztlich-ambulanten Bereich. Dafür sind nach OECD aber auch Defizite in der Krankenhauspolitik verantwortlich. Mit 8,3 Betten je 1 000 Einwohner ist die Anzahl der Krankenhausbetten fast doppelt so hoch wie der OECD-Durchschnitt (Abbildung 12–2). Zwar ist das Durchschnittsalter der Ärzteschaft in Deutschland vergleichsweise hoch und die Ausbildungsquote anpassungsbedürftig, doch scheint die aktuelle Situation eher durch Struktur-, Allokations- und Steuerungsprobleme als durch Ärztemangel verursacht zu sein.

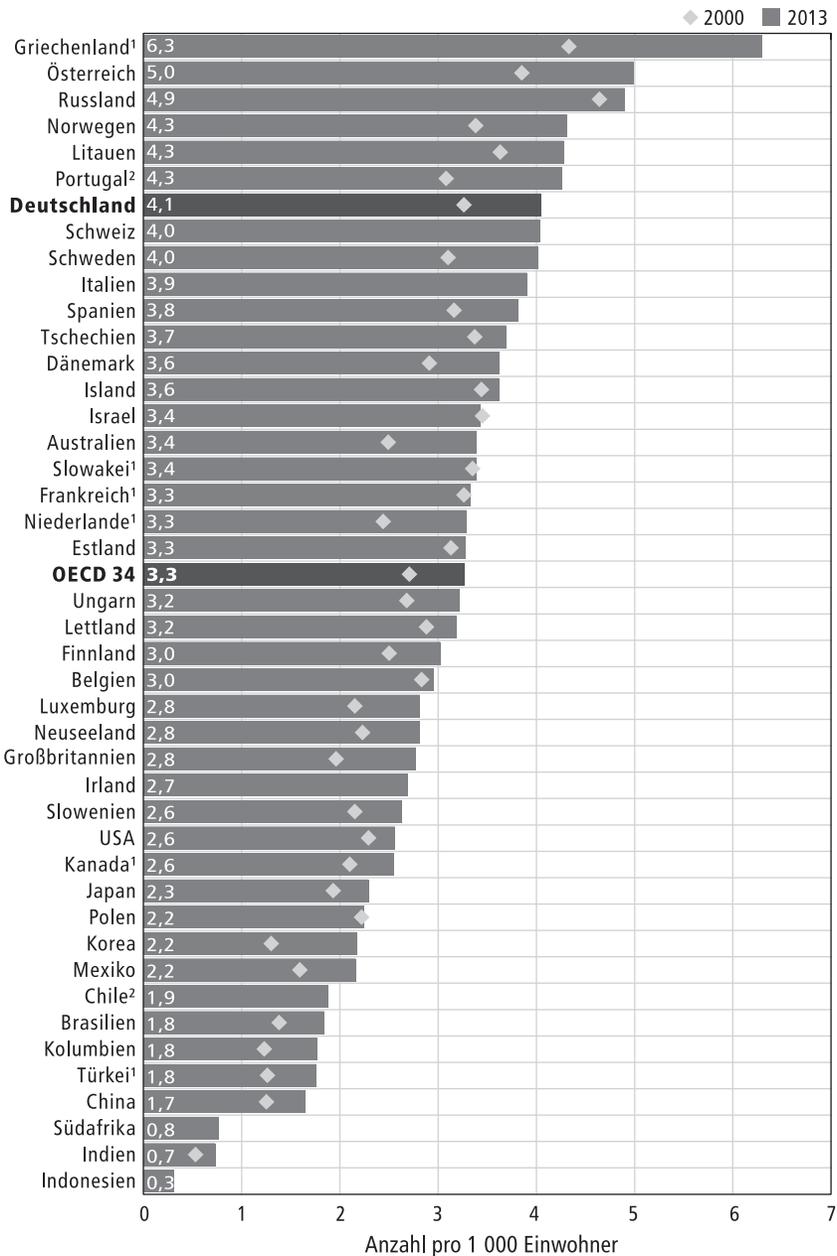
Einige dieser Grundprobleme seien im Folgenden kurz benannt:

- **Fehlende Kenntnis über das konkrete Leistungsgeschehen**
Für die Verschlüsselung von Krankheitsverläufen gibt es außerhalb der stationären Versorgung keine geeignete Grundlage. Das Fehlen von Kodierrichtlinien für Vertragsärzte, aber auch für alle Formen der durch Krankenhäuser erbrachten fachärztlich-ambulanten Leistungen führt zur Intransparenz des Versorgungsgeschehens.
- **Vielfalt der unterschiedlichen Versorgungsvarianten ohne Bedarfsorientierung**
Exemplarisch existieren für die Erbringung einer ambulanten Chemotherapie mehr als sechs unterschiedliche Varianten der Abrechnung⁶. Dabei können sich Vertragsärzte und Krankenhäuser überlegen, welche Varianten aus ökonomischer Perspektive von besonderem Interesse sind. Dieser Zustand wird durch fehlende konkrete operationalisierbare Vertragsprinzipien oft zum Gegenstand intensiver Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen.
- **Legitimationsverlust des Sicherstellungsauftrags**
Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst lediglich die vertragsärztliche Versorgung und geht damit an der Realität der fachärztlich-ambulanten Versorgung vorbei. Die erweiterten Landesgremien nach § 90a SGB V sind kein adäquater Ersatz oder eine umfassende Ergänzung, schon weil es bei der ASV nur um die Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen, nicht aber um eine bedarfsgerechte regionale Versorgungsplanung unter Betrachtung aller Versorgungsangebote geht.

⁶ Beispielhafte Aufzählung: für Krankenhäuser: vollstationär, teilstationär, nachstationär, über Hochschulambulanzen, Ermächtigung von Krankenhäusern nach § 116a SGB V (unterversorgte Regionen); vertragsärztlich: persönliche Ermächtigung von Krankenhausärzten, ASV, klassische vertragsärztliche Versorgung.

Abbildung 12-1

Praktizierende Ärzte je 1 000 Einwohner 2000 und 2013 (oder letztes verfügbares Jahr)

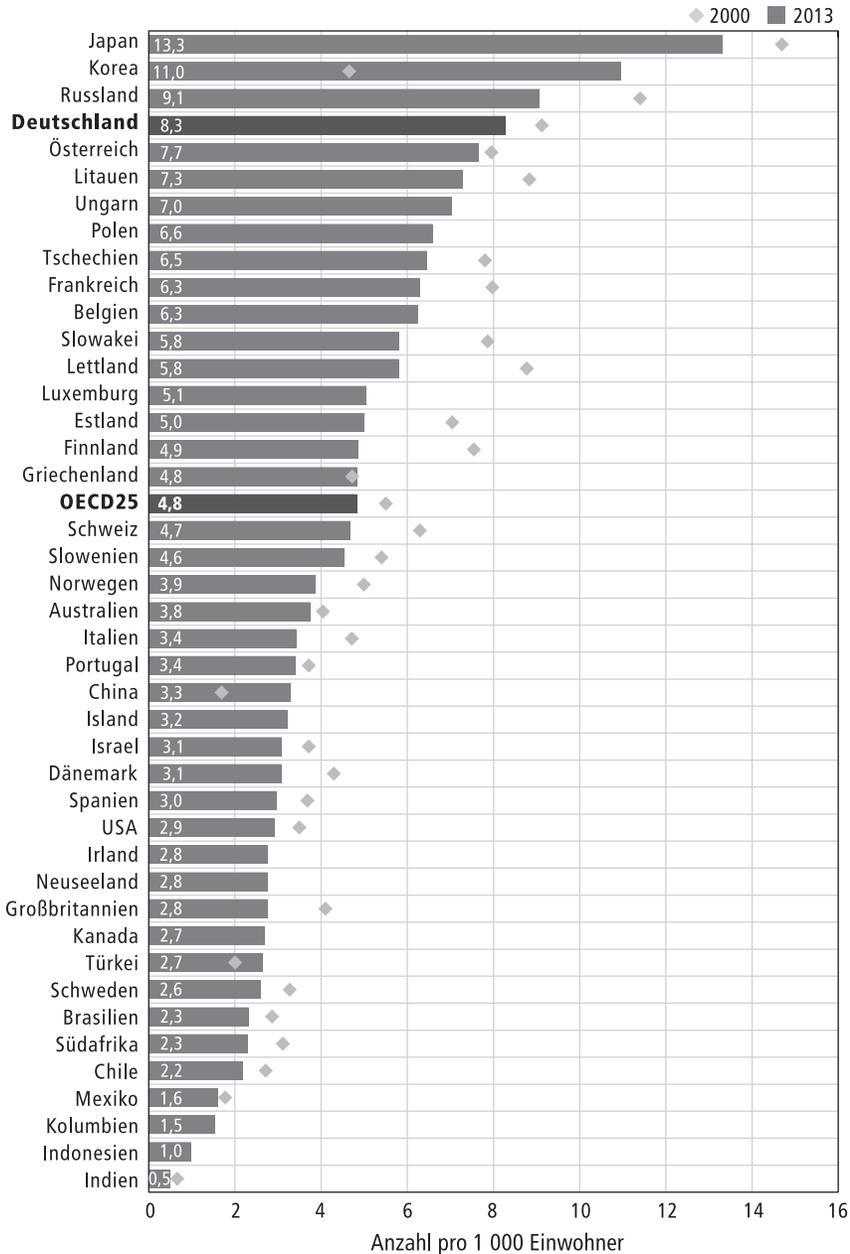


¹ Darunter nicht nur Ärzte, die in der Patientenversorgung tätig sind, sondern auch in anderen Funktionen im Gesundheitssektor oder in der Forschung beschäftigte Mediziner (dies betrifft etwa 5–10 % der Ärzte).

² Die Daten beziehen sich auf alle approbierten Ärzte. Daraus ergibt sich eine Überschätzung der Anzahl praktizierender Ärzte in Portugal um ca. 30 %.

Abbildung 12-2

Krankenhausbetten je 1 000 Einwohner, 2000 und 2013 (oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

- Sektorspezifische Logik als Effizienzhemmnis
Bestehende Unterschiede in den Datenformaten werden von den Leistungserbringern geradezu zelebriert. Während sich Krankenhäuser ohne belastbare Begründung weigern, die für Zwecke der Qualitätssicherung relevante lebenslange Arztnummer freiwillig zu vereinbaren, beharren die Vertragsärzte aus primär klientelbezogenen Gründen auf regelmäßigen Überweisungserfordernissen, die zumindest aus Patientenperspektive die Versorgung nicht verbessern.
- Überholte Aufgabenteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Berufen
Bei Fragen der Delegation ärztlicher Leistungen ist Deutschland im internationalen Vergleich eher restriktiv. Die Debatten um die Umsetzung entsprechender Regelungen sind bei der Delegation ärztlicher Leistungen zäh, bei der Substitution werden noch weniger Fortschritte erzielt. Die Folge ist ein hoher Bedarf an Ärzten, der in zahlreichen anderen OECD-Staaten durch eine andere Grenzziehung zwischen den Berufsgruppen geringer ist. Fortschritte auf diesem Feld würden den Bedarf an Ärzten verringern.
- Bindung fachärztlicher Kompetenz in nicht bedarfsnotwendigen kleinen Krankenhäusern
Zahlreiche Analysen belegen, dass die aktuelle Krankenhausstruktur in Deutschland reformbedürftig ist. Auch wenn Länder und Patienten eine engmaschige Flächenversorgung mit möglichst zahlreichen Krankenhäusern grundsätzlich begrüßen, sind die seit 2004 vom Statistischen Bundesamt regelmäßig veröffentlichten Bettenauslastungszahlen von rund 77% selbst nach den Krankenhausplänen nicht zulässig. In der Folge werden zu viele Fachärzte in der stationären Versorgung gebunden und verschärfen regionale Engpässe in der fachärztlich-ambulanten Versorgung.

12.2.2 Ordnungspolitische Orientierungen

Diese Liste von gravierenden strukturellen Mängeln ließe sich noch leicht verlängern. Aber schon jetzt dürfte deutlich geworden sein, dass es zur Beseitigung der vielfältigen Defizite in der fachärztlich-ambulanten Versorgung nicht ausreichen wird, lediglich die bisherigen Ansätze „systemkonform“ nachzubessern. Noch eine weitere neue Versorgungsform zu etablieren oder einen zusätzlichen Vergütungsanreiz für ein spezielles Fachgebiet außerhalb der bestehenden Systeme zu schaffen, wird der Herausforderung nicht gerecht. Stattdessen ist eine grundlegende Neuausrichtung erforderlich. Eine abstrakte Umsetzungshilfe dafür bietet dabei § 2 Abs. 1 SGB V⁷. Hier werden die Krankenkassen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots dazu verpflichtet, den Versicherten umfassende medizinische Versorgung zu ermöglichen. Die Versorgung hat dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

⁷ § 2 Abs. 1 SGB V: Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

sichtigen. Dabei ist es teleologisch nicht von Belang, ob man den ärztlichen Grundsatz „nihil nocere“ (niemals schaden) oder das Subsidiaritätsprinzip bemüht. Relevant ist vielmehr, dass die begrenzten personellen und materiellen Ressourcen im Gesundheitswesen so eingesetzt werden, dass für die Bevölkerung der bestmögliche Outcome erzielt wird. Für eine zukunftsfähige fachärztlich-ambulante Versorgung ist somit die Ausgestaltung der Balance in der gesamten Versorgungskette entscheidend.

Auf den beiden Seiten der fachärztlich-ambulanten Versorgung sind in der Versorgungskette die hausärztliche Versorgung und die „klassische“ stationäre Versorgung angesiedelt, die von ihrer aktuellen Ausgestaltung her zugleich aus ordnungspolitischer Sicht als Orientierungspunkte gelten können.

Dass die hausärztliche Versorgung wirkungsvoll gestärkt und langfristig gesichert werden muss, gehört seit einigen Jahren zu den festen Überzeugungen des Gesetzgebers. Im Rahmen des 2004 in Kraft getretenen GMG wurden mit der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) erstmals Akzente gesetzt, die in unterschiedlichem Ausmaß die aktuelle Versorgungsrealität bestimmen; allerdings gilt seit Einführung der HzV mittlerweile bereits ihre fünfte gesetzliche Ausgestaltung, was mit hinreichender Planungssicherheit der Vertragsakteure erkennbar nicht viel gemein hat. Insbesondere die aktuelle Variante der HzV führt eher zu einem reinen Vergütungssteigerungsmodell für Hausärzte, ohne dabei verpflichtend versorgungsrelevante Steuerungsansätze in der Gesundheitsversorgung zu initiieren und deren Nichterreichung mit Konsequenzen zu belegen. Der Verpflichtung der Kassen zum Vertragsschluss mit Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung vertreten, in Kombination mit einem Schiedsverfahren stehen die Abwesenheit wirksamer Instrumente zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung sowie die fehlende Verpflichtung zur Umsetzung von qualitäts- bzw. effizienzorientierten Versorgungszielen gegenüber. Aufgrund dieses Ungleichgewichts kann der faktische Monopolist Hausärzteverband die Krankenkassen zu Abschlüssen zwingen, bei denen ein echter Interessenausgleich zwischen den Vertragsparteien durch Schiedsentscheidungen weitgehend ausgehebelt wird; eine für „echte“ Selektivverträge kennzeichnende „Win-win-Situation“ kann so kaum zustandekommen.

Mit Abstand am weitesten fortgeschritten sind die HzV-Aktivitäten der AOK Baden-Württemberg, die bereits im Jahr 2008 auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen des WSG⁸ begannen und mittlerweile fast 1,4 Millionen Versicherte und nahezu 4000 Hausärzte umfassen. Nach Erkenntnissen der Begleitforschung profitieren besonders ältere und chronisch kranke Menschen von der HzV. Die Quote unkoordinierter Facharztkontakte liegt deutlich unterhalb der Kontrollgruppe; zudem ist festzustellen, dass die Krankenhauseinweisungen zurückgegangen sind. Darüber hinaus gibt es keine Hinweise auf eine Risikoselektion (Hermann 2015).

⁸ Dieser Hinweis ist deshalb bedeutsam, weil durch nachfolgende Änderungen des Rechtsrahmens die HzV den Charakter eines Selektivvertrags verloren hat, soweit mit diesem Begriff eine (wechselseitige) Auswahloption der Vertragspartner verbunden wird. Neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen sind zudem aber auch die lokalen Mehrheitsverhältnisse in den Kassenärztlichen Vereinigungen beim Thema der Budgetbereinigung von Relevanz.

Die HzV der AOK Baden-Württemberg markiert zugleich eine mögliche Option einer erfolgreichen Gestaltung der fachärztlich-ambulanten Versorgung, die in Baden-Württemberg sukzessive modular auf der Basis von Facharztverträgen nach dem bisherigen § 73c SGB V an die HzV „angedockt“ wird.

Eine andere Option, um die fachärztlich-ambulante Versorgung hinsichtlich der Strukturen neu zu ordnen, orientiert sich an der Grundidee der aktuellen Krankenhausreform. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sollen Qualitätskriterien zum zentralen Gestaltungselement der stationären Versorgung avancieren. Für die strukturelle Betrachtung ist es hier von nachrangiger Bedeutung, ob der finanzielle Mittelaufwand angemessen ist oder ob die im KHSG vorgesehenen Maßnahmen in der konkreten gesetzlichen Textierung zeitgerecht und mit ausreichender Stringenz umgesetzt werden können. Sowohl zum Ausmaß der Mehrkosten für die Beitragszahler als auch zu Tempo, Umfang, verpflichtender Ausgestaltung und Anwendung der Qualitätsvorgaben ließen sich umfänglich kritische Anmerkungen machen. Da die Reform aber gerade erst in Kraft getreten ist, können die intendierten gesundheitspolitischen Ziele nur theoretisch bewertet werden.

Während bei der HzV – zumindest nach der Regelung des WSG – die freie Vertragsgestaltung in kollektiver und selektiver Form mit der Möglichkeit der Entwicklung neuer Vergütungssysteme und freier Vertragspartnerwahl einen breiten Umsetzungsspielraum bot, ist die Krankenhausreform viel enger an den etablierten kollektivvertraglichen und staatlichen Strukturen behaftet. Lediglich bei den vorgesehenen Qualitätsverträgen besteht Spielraum für neue Ansätze und die Möglichkeit, in vier vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgewählten Leistungssegmenten vertragliche Qualitätsinnovationen zu realisieren. Gleichwohl können eine an Qualitätsparametern ausgestaltete Krankenhausplanung sowie eine an Ergebnisqualität orientierte Erteilung bzw. Beendigung von Versorgungsverträgen im Zusammenspiel mit einer Zentralisierung und Spezialisierung der Krankenhäuser zu einer grundlegenden Neuausrichtung führen. Die Qualitätsaspekte der Reform zum jetzigen Zeitpunkt zu verwerfen, weil erhebliche Mehrausgaben damit verbunden sind, die in nicht geringen Teilen der ungelösten Investitionsproblematik angelastet werden können, wäre schon aus pragmatischen Gründen kontraproduktiv. Vielmehr müssen die Krankenkassen bereits aufgrund gesetzlicher Vorgaben alles unternehmen, um die Umsetzung der Reformziele zu unterstützen. Davon unbenommen werden politische Nachsteuerungen unausweichlich, sofern der Reformprozess in den Mühlen der Selbstverwaltung einschließlich des Gemeinsamen Bundesausschusses stecken bleibt. Daneben sind eine erfolgreiche Mengensteuerung und eine nicht an regionaler Wirtschaftsförderung orientierte Krankenhausplanung unverzichtbar.

12.3 Bausteine einer Reform der fachärztlich-ambulanten Versorgung

12.3.1 Stufe 1: Allgemeine Vorbedingungen

Zur Adaptation des fachärztlich-ambulanten Sektors an die gesundheitspolitischen Erfordernisse sind erhebliche Anpassungen durch den Gesetzgeber unerlässlich, um die oben beschriebenen Grundprobleme zu beheben. Insofern wird diese Reform wahrscheinlich die zentrale gesundheitspolitische Herausforderung der nächsten Legislaturperiode, soweit es die Weiterentwicklung einer patientenorientierten Gestaltung der Gesundheitsversorgung betrifft. Nichts weniger sollte jedoch der Anspruch einer nachhaltigen Reform der fachärztlich-ambulanten Versorgung sein, denn die Vergangenheit zeigt eindrücklich, dass kleine Systemänderungen wenig bis nichts Positives bewirken. Zu bedenken ist dabei, dass eine umfassende Änderung der Rahmenbedingungen zumindest bei Teilen der Ärzte und Krankenhäuser kaum auf Zustimmung treffen wird. Denn im Ergebnis wird die bestehende asymmetrische Konstellation zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen – Deregulierung ohne Mengenbegrenzung, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung mit Wahloptionen bei der Vergütung für Ärzte und Krankenhäuser bei kollektivem Kontrahierungszwang für die Kassen – in einen funktionalen ordnungspolitischen Rahmen überführt.

Die im Folgenden näher skizzierte erste Stufe ist bei diesem Vorhaben die Voraussetzung für die grundlegende Transformation, die in einem zweiten Schritt in ein stärker planerisch oder wettbewerblich ausgerichtetes System überführt wird. Denn erst auf Basis von Leistungs- und Datentransparenz und einer gesundheitspolitischen Diskussionsphase kann entschieden werden, ob die mittelfristige Zukunft der fachärztlich-ambulanten Versorgung eher dem offeneren Weg der hausärztlichen Versorgung (in der Ausgestaltung des WSG) oder dem stärker planerischen Ansatz des stationären Bereichs folgen soll.

Populationsbezogene Bedarfsplanung

Obwohl die populationsbezogene Bedarfsplanung erst für die zweite Stufe der Reform der fachärztlich-ambulanten Versorgung erforderlich ist, wird der Gemeinsame Bundesausschuss bereits zu Beginn des Prozesses damit beauftragt, Richtwerte für populationsbezogene Leistungsbedarfe zu entwickeln. Dies ist erforderlich, weil die populationsbezogene Bedarfsplanung keineswegs im Wesentlichen auf Modellen der Fortschreibung bestehender Leistungsentwicklungen aufsetzen darf. Weder die Zukunftsprojektionen von Beske, in denen altersadjustiert Morbiditätsdaten zu einer Bedarfsermittlung hochgerechnet werden (z. B. Beske et al. 2012), noch die in Krankenhausplanungsgutachten gern genutzten Befragungen von Fachleuten zur Mengenentwicklung überzeugen als tragfähige Methoden. Beide Ansätze führen auf der Basis bestehender medizinischer Möglichkeiten, der aktuellen Leistungsanreize der Vergütungssysteme und der allgemeinen Lebensgewohnheiten zu Prognosen, die einerseits politischen Gestaltungsspielraum und andererseits medizinischen Fortschritt ignorieren⁹.

⁹ Es wäre wissenschaftlich interessant auszuwerten, wie zielgenau Prognosen der zukünftigen Leistungsentwicklung retrospektiv betrachtet gewesen sind.

Kaum jemand hätte vor 20 Jahren behauptet, dass HIV-Kranke eine fast normale Lebenserwartung haben, die meisten Magengeschwüre medikamentös behandelbar sind, aber Adipositas mit ihren Folgeerkrankungen zu einem Massenphänomen wird. Die aktuelle Debatte um die „richtige Behandlung“ von Herzkrankheiten und die damit verbundenen Fragestellungen bzgl. der notwendigen herzchirurgischen Kapazitäten im Verhältnis zur interventionellen Kardiologie sind ein aktuelleres Beispiel für diese relevante Frage. Aus diesen Überlegungen wird deutlich, dass die Entwicklung einer populationsbezogenen Versorgungsplanung einige Zeit in Anspruch nehmen wird, sofern man nicht einfach auf der Basis bestehender Leistungs- und Morbiditätsdaten extrapoliert. Für eine Reform mit der fachärztlich-ambulanten Versorgung im Zielfokus ist eine Lösung dieser Frage erforderlich. Mutmaßlich wird man sich einem ausreichend validen System nur schrittweise annähern können, was aber nicht als K.-o.-Kriterium missverstanden werden darf, denn schließlich sind alle Versorgungssysteme notwendigerweise dynamischer Natur.

Leistungs- und Datentransparenz

Zur Verbesserung der Leistungstransparenz werden die zur Abrechnung zu nutzenden Klassifikationen für Diagnosen und Prozeduren festgelegt. Deren Anwendung wird durch Kodierrichtlinien vorgegeben. Die korrekte Anwendung der Klassifikationen und Kodierrichtlinien wird zur Abrechnungsvoraussetzung. Damit wird eine ausreichend schnelle Durchdringung der Versorgungsrealität sichergestellt.

Parallel dazu werden die Vorschriften zur Datenübermittlung vereinheitlicht. Wie beim Entlassungsmanagement sind die Regelungen für veranlasste Leistungen nach einem Standard auszugestalten. Durch dieses Maßnahmenbündel kann das Leistungsgeschehen in der fachärztlich-ambulanten Versorgung umfassend dargestellt werden. Auf dieser Basis können wirkungsvolle Mechanismen für eine moderne Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung entwickelt und implementiert werden¹⁰.

Erlaubnis- oder Verbotsvorbehalt

Gegenwärtig wird bei zunehmender Beteiligung von Krankenhäusern an der fachärztlich-ambulanten Versorgung der für Krankenhäuser geltende Verbotsvorbehalt nach § 137c SGB V sukzessive auch für das fachärztlich-ambulante Leistungsspektrum normgebend, beispielweise bei der ASV. Obgleich der Gesetzgeber zuletzt mit dem VSG den in der vertragsärztlichen Versorgung maßgeblichen Erlaubnisvorbehalt weiter liberalisiert hat, steht dieses Vorgehen im Widerspruch zu den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin. Dies hat das Bundessozialgericht im Vorfeld des VSG mehrfach in Urteilen insoweit klargestellt, als es den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse nach § 2 Abs. 1 SGB V für alle GKV-Leistungen als entscheidungsrelevant einstufte. Da es ein unsystematisches Nebeneinander von Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt in einem konsistent neugeordneten

10 Zu diskutieren wäre, ob zur Vermeidung einer „gematik-artigen“ IT-Falle auch für die Umsetzung dieses Schritts eine Sanktionsbewährung erforderlich ist. Der Fortschritt bei der Einführung der Telematik-Infrastruktur ist so enttäuschend, dass beim Thema IT-Umsetzung im Gesundheitswesen „Negativanreize“ sofort hohe Konjunktur bekommen.

System der fachärztlich-ambulanten Versorgung aus Gründen der Systemkohärenz nicht geben kann, sollte deshalb durchgehend der Erlaubnisvorbehalt das Leistungsgeschehen in diesem Versorgungsbereich bestimmen.¹¹

Vergütungssystem

Die Vergütungssystematik ist für alle an der fachärztlich-ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser zu vereinheitlichen, um allen Leistungserbringern gleiche Wettbewerbschancen einzuräumen. Daher müssen alle Leistungserbringer und die Kassen an der Konzeption und Weiterentwicklung des Vergütungssystems beteiligt sein. Für die operative Umsetzung wird dabei auf die Kompetenzen der Institute zurückgegriffen, die für die Abrechnungssysteme der vertragsärztlichen und stationären Versorgung zuständig sind und sich dabei in der Vergangenheit bewährt haben.

Wie ein Vergütungssystem perspektivisch auszugestalten ist, wird unnötig intensiv diskutiert, wohl auch weil letztlich vor allem sektorenbezogene Gewohnheiten zementiert werden sollen. Grundsätzlich gilt: Alle Vergütungssysteme beeinflussen die Leistungserbringung. Eine klassische Einzelleistungsvergütung, ob mit oder ohne Mengendegression, bewirkt erfahrungsgemäß eine Mengenausweitung. Ein festes Budget kann bis zur kompletten Leistungsverweigerung führen, wie die Zahnärzte in der Vergangenheit verschiedentlich unter Beweis gestellt haben. Insofern ist die Diskussion, ob ambulante DRGs oder der EBM der richtige Ausgangspunkt für ein Vergütungssystem sein sollten, eher politisch überhöht, denn letztlich kommt es auf die Mischung an.

Dabei ist es wichtig, mit einem Vergütungssystem für fachärztlich-ambulante Behandlung sicherzustellen, dass ausreichende Leistungen in hoher Qualität erbracht werden und dass ein Anreiz dazu besteht, vollstationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden. Das Qualitätsziel zu erreichen und gleichzeitig Einweisungen zu vermindern kann bei an der fachärztlichen ambulanten Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern problematisch werden¹². Auf der anderen Seite besteht je nach Vergütungsniveau bei vertragsärztlich tätigen Ärzten die Tendenz, eigentlich von ihnen zu erbringende Leistungen in die stationäre Versorgung zu verlagern – insbesondere, wenn aus der individuellen Perspektive das Vergütungsvolumen als nicht aufwandsgerecht gesehen wird.

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte können die Vertragspartner auf Bundesebene mit der Entwicklung eines Vergütungssystems beauftragt werden. Die grundsätzliche Orientierung am EBM hätte den Vorteil, dass mit diesem Vergütungssystem praktische Erfahrungen vorliegen. Für ambulante DRGs ist dies zumindest in

11 Diese Problematik ist auch beim Thema Beleg-/Honorarärzte anzutreffen. Ein klassischer Belegarzt ist den Regelungen vertragsärztlicher Ordnung verpflichtet – ein Honorararzt, der die gleichen Leistungen unter intransparenten Bedingungen erbringt, unterliegt nur aufgrund seines Beschäftigungsverhältnisses dem Verbotsvorbehalt, was Fragen nach ausreichendem Patientenschutz aufwirft.

12 Ein vergleichbarer Tatbestand liegt bei der Bewertung des Belegarztwesens vor. Für die einen ist das Belegarztwesen die am besten funktionierende integrierte Versorgung – für die anderen ist die Selbstzuweisung über die Sektorengrenzen immer vom Verdacht der Überversorgung begleitet.

Deutschland nicht der Fall. Die Relevanz des Vergütungssystems richtet sich zudem danach, ob es in der zweiten Stufe der Reform zur allgemeinen Abrechnungsgrundlage werden soll oder ob die Vergütungssystematik für weite Teile des Leistungsgeschehens ein verhandelbarer Vertragsbestandteil wird. Aber auch im letzteren Fall ist das Vergütungssystem nicht bedeutungslos, weil keineswegs alle Bestandteile der fachärztlich-ambulanten Versorgung dem Vertragswettbewerb zugänglich gemacht werden können bzw. sollten.

Richtlinien des G-BA und Qualitätssicherung

Die bestehenden Richtlinien des G-BA, die derzeit das Leistungsgeschehen in der vertragsärztlichen Versorgung konkretisieren, werden auf alle Formen der fachärztlich-ambulanten Versorgung ausgedehnt. Ziel dieser Maßnahme, die bereits die Leistungsveranlassung beim Entlassmanagement der Krankenhäuser begleitet, ist es, gleiche Bedingungen für die unterschiedlichen Träger der fachärztlich-ambulanten Versorgung herzustellen.

Weiterhin ist eine wirkungsvolle und einheitliche (Mindest-)Qualitätssicherung erforderlich. Dabei sind Ansätze zur Herstellung von Qualitätstransparenz neben der Ebene der einzelnen Leistungserbringer vor allem auch in versicherten-/populationsbezogener Sicht zu formulieren. Parameter wie zum Beispiel die Wiederaufnahme nach stationärer Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz werden risikoadjustiert auf der Basis von Routinedaten erfasst. Konsequenzen für den Fall, dass bestimmte Qualitätsziele nicht erreicht werden, würden von der Etablierung intensiver Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsmaßnahmen bis zum Ausschluss von der Teilnahme an der fachärztlich-ambulanten Versorgung reichen. Bei diesem Thema ist eine frühzeitige Einbindung des IQTiG anzustreben.

Sonstiges

Als eine Art Nebenbedingung ist der Wegfall des Praxisverkaufs im vertragsärztlichen Bereich vorzubereiten. Das bestehende System der Praxisverkäufe passt nicht zu ordnungspolitischen Modellen, in denen die Standortfragen in relevantem Umfang entweder durch sektorenübergreifende Planungsinstitutionen oder durch Vertragsabschlüsse mit Krankenkassen entschieden werden. Grundsätzlich werden Zulassungen nur zeitlich und räumlich befristet vergeben, jedwede Form eines Eigentumsanspruchs auf die „Abrechnungslizenz“ kollidiert mit dieser Prämisse. Wie eine angemessene Entschädigung für Vertragsärzte aussehen könnte, ist politisch festzulegen.

12.3.2 Stufe 2: zwei Modellvarianten

Nach Umsetzung der ersten Phase sollte Leistungs- und Strukturtransparenz hergestellt sein, sodass die zweite Stufe einer Neujustierung erfolgen kann. Dabei sind vom Grundsatz her zwei Varianten denkbar, die sich entweder an einem eher wettbewerblichen Ordnungsrahmen oder einem zentralplanerisch ausgerichteten Grundkonzept orientieren.

Für die Entscheidung, welche Ausrichtung für die Neuordnung der fachärztlich-ambulanten Versorgung am besten geeignet erscheint, sind die Erkenntnisse über die Inhalte und Strukturen sowie die Qualität des Leistungsgeschehens aus der ers-

ten Stufe unerlässlich. Was sich unabhängig davon schon jetzt abzeichnet, ist die Notwendigkeit von Vertragsprinzipien, mit deren Hilfe die Einhaltung der Rechte und Pflichten von Leistungserbringern und Krankenkassen kodifiziert werden. In beiden Modellen müssen Mechanismen zur Durchsetzung von Vertragskonformität implementiert werden, die dem steuerungsunfähigen Prinzip des „Wer kann, der darf“ in jedem Fall den Boden entziehen. Mögliche Ausgestaltungsvarianten der beiden alternativen Modellvarianten im Sinne von Orientierungspolen werden im Folgenden dargestellt.

Zulassungsmodell mit Kontrahierungszwang

Auf Basis der populationsbezogenen Leistungsdichte wird durch zu bildende Gremien auf der regionalen Ebene festgelegt, wo konkret welche Behandlungskapazitäten benötigt werden. In diesen Regionen, die sicher kleinräumiger als die Ebene der Bundesländer sein müssen, können sich geeignete Leistungserbringer unabhängig von ihrer Ausprägung auf eine Zulassung bewerben – denn das Erbringen der Leistung zählt, nicht die Art des Trägers. Der Auswahlprozess erfolgt kriterienbasiert. Neben dem quantitativen Bedarf aus der populationsbezogenen Leistungsdichte und klar formulierten Strukturanforderungen an die einzelnen Leistungserbringer kommen Aspekte der Flächenversorgung in den Regionen dazu. Das bedeutet, dass bei ansonsten gleichwertigen Leistungserbringern derjenige die Zulassung erhält, der die größte Entfernung zu Leistungserbringern des gleichen Segments hat. Zwar ist Flächenversorgung außer in der Notfallversorgung kein Qualitätsindikator für Ergebnisqualität, aber sie beachtet die Interessen der Patienten. Außerdem sollte das Kriterium der Vielfalt von Versorgungsformen Berücksichtigung finden, schon weil zum heutigen Zeitpunkt nicht geklärt ist, welche Versorgungsform den besten Outcome und die höchste Akzeptanz bei den Patienten hat. Da Vergütungssysteme einen erheblichen Einfluss auf die konkrete Leistungserbringung haben, würden Qualitätsmessungen auf Basis aktueller Versorgungsstrukturen im Übrigen von einem erheblichen Bias belastet und könnten somit diese Frage kaum ausreichend klar beantworten. Dies wird nur ein Ergebnismonitoring nach der Systemanpassung leisten können.

In den Gremien, die zwingend mit ausreichenden Kapazitäten für die Erledigung ihrer Tätigkeiten auszustatten sind, sind Ärzte und Krankenhäuser primär in der Rolle der Antragsteller und die Krankenkassen in der Position der Nachfrager. Der Sicherstellungsauftrag wird in diesem Modell von den Ländern übernommen, die unter Beteiligung der Kommunen die Versorgung ausgestalten. Dies würde große Teile der Sicherstellung bzw. Daseinsvorsorge auf der Landesebene bündeln, weil für die Krankenhausversorgung der Sicherstellungsauftrag bereits auf der Landesebene angesiedelt ist. Dabei sollte die Planung Versorgungsstrukturen jenseits der Landesgrenzen deutlicher als in der Vergangenheit berücksichtigen. Abweichend von der heutigen Praxis der Krankenhausplanung wird der Entscheidungsspielraum der Planungsgremien aber durch die Richtwerte für populationsbezogene Leistungsbedarfe erheblich reduziert. Auch wird es keine Elemente einer dualen Finanzierung für die fachärztlich-ambulante Versorgung geben. Bis der Bedarf an Versorgungsleistungen gedeckt ist, werden geeignete Leistungserbringer zugelassen.

Unter den aktuellen Systembedingungen kommt es bei der Verteilung der Leistungserbringer der fachärztlich-ambulanten Versorgung zu regionalen Disparitäten,

was sich beispielsweise in Unterschieden zwischen städtischen und ländlichen Regionen zeigt. Um diesen Disparitäten begegnen zu können, sind verschiedene Steuerungsmöglichkeiten festzulegen. Über unterschiedliche Entgelthöhen in den Regionen können die regionalen Gremien Anreize schaffen, Leistungserbringer für Versorgungsaufträge in den Regionen zu motivieren, in denen Unterversorgung droht. Dafür sollten aber bestimmte Korridore festgelegt werden, und es sind gleichzeitig Mechanismen zu schaffen, die einen reinen Bieterwettbewerb unterbinden. Dazu könnte dem Grad an kurzfristig zu erwartender Unterversorgung ein maßgeblicher Einfluss auf die Nutzungsmöglichkeit des Korridors eingeräumt werden. Als Folge solcher Regelkreise wäre in der aktuellen Situation zu erwarten, dass die Entgelte in ländlichen Regionen zumeist höher ausfallen als in urbanen Regionen. Wenn die Verteilungswirkungen das gewünschte Ergebnis erreicht haben, wird der finanzielle Anreiz schrittweise reduziert, um eine Übersteuerung zugunsten ländlicher Regionen zu vermeiden.

Vertragswettbewerbliches Modell mit Angebotspflicht

Auch bei einer stärker wettbewerblich ausgestalteten Umsetzung wäre eine populationsbezogene Leistungsplanung mit den oben genannten Kriterien eine Voraussetzung. Der Sicherstellungsauftrag würde aber auf die Krankenkassen übergehen. Den Ländern kommt dann eine Aufsichtsfunktion zu. Dabei müssen die Krankenkassen gegenüber der Aufsicht belegen, dass sie ausreichende Behandlungskapazitäten für die Versicherten unter Vertrag genommen haben. Der Maßstab für die Vertragsbewertung wird aus der populationsbezogenen Leistungsplanung in Hinblick auf die jeweiligen Versichertenkollektive abgeleitet.

Der Vertragsabschluss kommt durch Ausschreibung geeigneter Leistungsvolumina zustande. Dabei schreiben Kassen gemeinsam oder einzeln Versorgungsverträge aus, die quantitativ an den populationsbezogenen Leistungsvolumina orientiert sind und den Anforderungen der Regionen entsprechen. In den Verträgen soll darüber hinaus die Zusammenarbeit der andernfalls nach wie vor unverbunden nebeneinander stehenden Sektoren auf der Basis von regionalen Versorgungsnotwendigkeiten geregelt werden. Nur so sind patientenorientierte Versorgungsprozesse zu erreichen, denn diese sind durch bundesweite Vorgaben nicht zu realisieren.

Die Notfallversorgung sowie Leistungen für seltene Krankheiten sind aus übergeordneten Überlegungen kassenartenübergreifend auszuschreiben. Schon aus medizinisch qualitativen Gründen, die sich beispielsweise aus Mindestfallzahlen ableiten, aber auch aufgrund hoher Vorhaltekosten, die bei zu starker Zersplitterung des Leistungsgeschehens entstehen können, ist diese Begrenzung der Vertragsfreiheit sachgerecht. Die anderen Leistungen können die einzelnen Kassenarten auch direktvertraglich vergeben.

In der Folge ist die Bedeutung eines einheitlichen Vergütungssystems deutlich geringer, weil die Art und Höhe der Vergütung in den Ausschreibungen geregelt werden kann. Dies darf allerdings nicht dazu führen, dass eine einheitliche Kodierung von Krankheiten und medizinischen Prozeduren unterbleibt, weil ansonsten die gerade erst geschaffene Transparenz wieder zur Disposition gestellt würde. Außerdem kann eine systematische, bürokratiearme Qualitätssicherung nur auf der Basis von Routinedaten gelingen.

12.4 Fazit

Obwohl in Deutschland im internationalen Vergleich eine hohe Arztdichte vorliegt (vgl. Abbildung 12–1), kommt es in der fachärztlich-ambulanten Versorgung regional zu Kapazitätsproblemen, die unter anderem im VSG zur Einführung der Terminservicestellen geführt haben. Zwar gibt es in Städten eher selten Beschwerden von Patienten, die über viele Wochen auf Facharzttermine warten müssen – in ländlichen Regionen sieht das zum Teil ganz anders aus. Darüber hinaus gibt es neben Zugangsproblemen vor allem aber auch gravierende Zweifel am aktuell erreichten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsniveau der fachärztlich-ambulanten Versorgung. Daraus entsteht Änderungsdruck auf die bisherigen Strukturen, der aber entgegen der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte nicht in beschaulichen Systemanpassungen oder gar einem „Weiter so“ nach dem Muster der ASV liegen kann.

Es ist vielmehr erforderlich, nicht zu kurz zu springen und wesentliche Themen wie das asymmetrische Verhältnis der Vertragspartner – Deregulierung bei Ärzten und Krankenhäusern und Vertragszwang bei Krankenkassen – zu verändern. Ebenso muss die Aufgabenteilung zwischen Ärzten, Pflegepersonal und anderen medizinischen Berufsgruppen den Erfordernissen eines modernen Gesundheitssystems angepasst werden. Stellvertretend für diese Fragestellung steht die Auseinandersetzung über den Umfang von Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen, der in Deutschland im internationalen Vergleich deutlich zu restriktiv ausgerichtet ist. Nicht zuletzt muss die Verschwendung ärztlicher Ressourcen in nicht bedarfsnotwendigen Krankenhäusern beendet werden, damit dem Phänomen „hohe Arztdichte bei gefühltem Ärztemangel“ erfolgreich begegnet werden kann.

Mit dem vorgestellten zweistufigen Modell können die notwendigen Strukturreformen für den fachärztlich-ambulanten Bereich schrittweise umgesetzt werden, sodass innerhalb des Zielkorridors ordnungspolitischer Anpassungsspielraum bis zum Beginn der zweiten Stufe verbleibt. Der Umfang des Erfolgs der Länder bei der Umsetzung der Ziele der Krankenhausreform mag ein guter Indikator dafür sein, ob eine starke Planungskomponente sich mit Wettbewerbsmechanismen messen kann. Ohne den Ergebnissen der ersten Stufe der Neuordnung der fachärztlich-ambulanten Versorgung vorgreifen zu wollen, spricht entgegen der aktuellen gesundheitspolitischen Tendenz hin zu einer Renaissance kollektivvertraglicher und aufsichtsorientierter Einheitsregelungen einiges dafür, dass sich patientenorientierte Versorgungsziele zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit einem stärker wettbewerblich orientierten Ordnungsrahmen besser erreichen lassen. Doch auch wenn der politische Mut zu einem verstärkt vertragswettbewerblichen Steuerungskonzept für die fachärztlich-ambulante Versorgung fehlen sollte, darf dies kein Grund dafür sein, die notwendige konsistente Neuordnung dieses Versorgungsbereichs weiter auf die lange Bank zu schieben.

Literatur

- Beske F, Brix F, Katalinic A, Peters E, Pritzkeleit R. Versorgungsprognose 2060. Leistungs- und Ausgabenentwicklung in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger. Kiel: Schmidt & Klaunig 2012.
- Busse R, Sundmacher L. Der Einfluss der Ärztedichte auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2012, Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer 2012; 183–202.
- Hermann C. Sicherstellung und Organisation der gesundheitlichen Versorgung. Monitor Versorgungsforschung 2015; 8 (5): 34–8.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 19. März 2015 zum Regierungsentwurf für ein Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG). Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Ausschuss-Drucksache 18(14)0091(13) zur öffentlichen Anhörung am 25.03.2015.
- OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing 2015; http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en (20. November 2015).
- Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C. Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. Ludwig-Maximilians-Universität München, Fachbereich Services Management. Endbericht vom 28.07.2015; http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/3-Endbericht_Sundmacher_2015-10-27.pdf (20. November 2015).
- Zok K. Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WIdOmonitor. Ausgabe 1/2015; http://www.wido.de/wido_monitor_2_20140.html (20. November 2015).