

Georg Baum

Aktuelle Herausforderungen für die Krankenhauspolitik

Auch wenn die Namen Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) oder Vertragsarztrechtsänderungsgesetz täuschen, jedes Gesundheitsgesetz der letzten Jahre enthielt immer auch einen Teil, der Auswirkungen auf die Finanzierung oder das Leistungsangebot der Krankenhäuser hatte. Dies gilt auch für das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und natürlich für das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz. Erläutert werden der aus der Vielzahl der gesetzlichen Regulierungen resultierende Status quo sowie Forderungen an die zukünftige Gesundheitspolitik.

Eine Bilanz des aktuellen gesetzlichen Rahmens

In keiner Zeit der letzten 25 Jahre wurden die Grundstrukturen des deutschen Gesundheitswesens so umfassend verändert wie in der 16. Legislaturperiode von Herbst 2005 bis 2009. Mit dem Abschluss des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Frühjahr 2007 war das Schicksal über die mehr als 100 Jahre währende Beitragsautonomie der gesetzlichen Krankenkassen und der gesetzlichen Aufgabenzuweisungen an deren Spitzenverbände durch Abschaffung besiegelt. Für die Krankenhäuser begann die Legislaturperiode mit einer unerwarteten Kostendämpfungsmaßnahme. In dem zunächst ungefährlich erscheinenden Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz AVWG vom 29. April 2006 wurde die für die Krankenhäuser maßgebliche Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V für 2006 und 2007 vom Mitglieder- auf Versichertenbezug umgestellt. Dies hatte zur Konsequenz, dass im Jahr 2006 und 2007 deutlich geringere Raten für die Budget- und Preiserhöhungen (Landesbasisfallwerte) der Krankenhausleistungen zur Verfügung standen. Aus Sicht der Krankenhäuser war dies ein willkürlicher und den Vertrauensschutz verletzender Akt des Gesetzgebers, der wegen des Basiseffektes für alle Zeiten nachwirkt. Im Jahr der Rückumstellung auf Mitgliederbezug (2008) wäre aufgrund der guten wirtschaftlichen Entwicklung der Versichertenbezug für die Krankenhäuser günstiger gewesen. Es wurde dennoch umgestellt. Aus diesem Hin und Her gesetzlicher

Interventionen wurde die Argumentation zur Abschaffung der Grundlohnratensteuerung so gestärkt, dass mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) im März 2009 die Abschaffung der Grundlohnrate als Obergrenze für die Preiszuwächse der DRG-Fallpauschalen (Landesbasisfallwerte) ab dem Jahr 2011 erreicht werden konnte.

Ebenfalls mit dem AVWG wurden Naturalrabatte beim Bezug von Arzneimitteln verboten und damit den Krankenhäusern Möglichkeiten zu Einsparungen erschwert.

Trotz sich bereits 2006 abzeichnender steigender Kostenlasten infolge Tariflohnsteigerungen und Mehrwertsteuererhöhung wurden die Krankenhäuser mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Frühjahr 2007 erneut von Kostendämpfungsmaßnahmen heimgesucht. Die mit diesem Reformgesetz beschlossene Sparliste von einer Milliarde Euro im Jahr 2007 forderte 280 Millionen Euro alleine den Krankenhäusern ab. Die Kürzung aller an die gesetzlichen Krankenkassen gerichteten Krankenhausrechnungen (Ausnahme Psychiatrie) um 0,5 Prozent in den Jahren 2007 und 2008 hat sicherlich zur erfolgreichen Sanierung der Krankenkassen beigetragen. Die Krankenhäuser sind in Verbindung mit den eingetretenen massiven Kostenlasten in eine fast ausweglose Finanzierungsmisere gebracht worden. Ohne AVWG und GKV-WSG hätten den Krankenhäusern 2007 und 2008 etwa zwei Milliarden Euro mehr Finanzmittel zur Verfügung gestanden. Sie hätten sich deutlich besser selbst helfen können. Verfangen in den von der Gesetzgebung bewirkten Kürzungen auf der einen, der Mehrwertsteuererhöhung und den von der Politik ausdrücklich befürworteten Tariflohnsteigerungen andererseits, waren die Krankenhäuser zur Abwendung einer Finanzierungskaustastrophe auf die Hilfe des Gesetzgebers angewiesen. Noch lange vor den ersten Anzeichen der weltweiten Finanz- und Wirtschaftskrise hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt im Mai 2008 ein finanzielles Hilfspaket zugunsten der Krankenhäuser in Aussicht gestellt. Am Ende herausgekommen sind zusätzliche, für Kostendeckungszwecke freie Mittel in Höhe von etwa 1,5 Milliarden Euro im Jahr 2009. Größter Posten

ist die Tarifhilfe, die die Landesbasisfallwerte um 2,08 Prozent erhöht. Die finanzielle Bilanz der krankenhausbefugten Gesetzgebung der 16. Legislaturperiode mit zunächst Kürzungen und dann Hilfen durch das KHRG ist damit halbwegs ausgeglichen. Es bleibt aber bei vielen Kliniken ein hoher, über die Preiszuwächse nicht gedeckter Kostenüberhang. Fortbestehende Unterfinanzierung ist insbesondere für die etwa ein Drittel aller Kliniken mit roten Zahlen ein großes Problem.

Deutlich besser stellt sich die nicht kostendämpfungsmotivierte Gesetzgebung zum Krankenhausbereich in der 16. Legislaturperiode dar. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), Teile des GKV-WSG und das KHRG haben zu positiven Strukturweiterentwicklungen geführt beziehungsweise das Potenzial dazu geliefert. Die vielfältigen Ansätze der vergangenen 20 Jahre zur besseren Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen haben mit dem VÄndG vom 22. Dezember 2006 einen deutlichen Schub erhalten. Zwar wurde bereits mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) in der vorausgegangenen Legislaturperiode den Kliniken die Möglichkeit zur Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) eröffnet. Erst mit dem VÄndG wird das darin liegende tatsächliche ambulant-stationäre Verzahnungspotenzial freigeschaltet. Seitdem können angestellte Krankenhausärzte auch als Vertragsärzte ambulante Leistungen erbringen und Vertragsärzte aus den Medizinischen Versorgungszentren können in Krankenhäusern als Teilzeitangestellte oder auf Honorarbasis mitwirken. Heute wird jedes dritte der etwa 1.200 ambulanten medizinischen Versorgungszentren von Krankenhäusern getragen.

Zu den Neuregelungen der ambulanten Leistungen

Viele positive Erwartungen hatten die Krankenhäuser an die Neuregelung der ambulanten Leistungen gemäß § 116b SGB V im GKV-WSG aus dem Jahr 2007. Das Grundmodell wurde zwar ebenfalls mit dem GMG in der vorangegangenen Legislaturperiode geschaffen. Per Gesetz wurden die Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen

Krankheitsverläufen zugelassen. Allerdings nur, soweit Krankenkassen zu Einzelverträgen bereit waren. Dabei ist leider wenig herausgekommen. Die Überführung von Einzelverträgen in Institutszulassungen durch das GKV-WSG war die zweite wichtige Weiterentwicklung im ambulanten-stationären Spektrum in der 16. Legislaturperiode. Leider ist derzeit aber festzustellen, dass ein großer Teil der über 1.200 bei den Landesbehörden von Krankenhäusern eingebrachten Anträge auf Zulassung zu diesen ambulanten Leistungen noch nicht abschließend bearbeitet, geschweige denn positiv beschieden sind.

Was folgt auf den Abschluss der Konvergenzphase?

Kein krankenhausspezifisches Gesetz hat die Gemüter so bewegt wie das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz. Zu Beginn der Legislaturperiode wurde es in das Koalitionsarbeitsprogramm mit dem Ziel aufgenommen, den ordnungspolitischen Rahmen für das DRG-System nach Auslaufen der Konvergenzphase zu gestalten. Dieses Ziel ist in vielen wichtigen Punkten auch durchaus erreicht und auf den Weg gebracht worden. Das KHRG schließt die Konvergenzphase halbwegs ordnungsgemäß ab. Die Zeit der hausindividuellen Basisfallwerte ist 2008 zu Ende gegangen. Hausindividuelle Komponenten werden von nun an in Zu- und Abschlägen abgewickelt. Ab 2009 ist der Landesbasisfallwert der für alle DRG-Leistungen einheitliche Preismultiplikator. Für etwa ein Drittel der Krankenhäuser sind die Anpassungen im Rahmen des Konvergenzprozesses mit deutlichen Erlöseinbußen verbunden gewesen. Für diese Häuser ist die aus Kostendämpfungsgründen ins Gesetz gekommene Halbierung des letzten Anpassungsschrittes eine Erleichterung. Für die Häuser, die sich auf die volle Anpassung nach oben verlassen haben, bedeutet die Halbierung der letzten Konvergenzstufe reale finanzielle Minderungen im Jahr 2009. Erst ab 2010 erreichen alle Krankenhäuser den im Jahr 2003 beim Start der Konvergenzphase versprochenen einheitlichen Landesbasisfallwert. Im gleichen Jahr beginnt dann auch schon die Überführung auf den Korridor des bundeseinheitlichen Basisfallwertes mit dann wieder neuen Gewinnern und Verlierern.

Das Geld soll der Leistung folgen – auch diese vergütungspolitische Prämisse ist mit dem KHRG weitgehend zufriedenstellend umgesetzt worden. Erstmals im Jahr 2009 erhalten Krankenhäuser für prospektiv vereinbarte zusätzliche Leistungen 100 Prozent der Fallpauschalen vergütet. In gleichem Umfang gehen allerdings Erlöse verloren, wenn weniger Leistungen vereinbart werden. Mit diesem Rahmen ist von der Vergütungsseite der Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander deutlich intensiviert worden. Nur im Jahr 2009 – wieder aus Kostendämpfungsgründen – wird den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, Preisnachlässe von vereinbarten Mehrleistungen zu verhandeln. Ab 2010 gibt es keine hausindividuellen Vergütungsverhandlungen mehr. Im Mittelpunkt der örtlichen Budgetvereinbarungen stehen dann Leistungsumfang und Leistungsspektrum.

Vergütungspolitisch völlig inakzeptabel für die Krankenhäuser ist die Verschärfung der kollektiven Morbiditätslast durch das KHRG. Bei den Vereinbarungen der Landesbasisfallwerte führen nunmehr nicht nur Fallzahlsteigerungen, sondern auch Schweregradsteigerungen zur Minderung der Basisfallwerte. Die zentrale vergütungspolitische Forderung der Krankenhäuser für die nächste Legislaturperiode ist deshalb die Abschaffung dieser Regelung. Das Morbiditätsrisiko muss von den Krankenversicherern getragen werden. Das ist ihre Funktion. Für Krankenhäuser, die keine Fallzahl- oder Fallschwereveränderungen aufweisen, führen diese Preisabsenkungen zu Erlösminderungen. Dieser Kollektivhaftungsmechanismus kann in verstaatlichten Leistungserbringungssystemen vielleicht akzeptiert werden, nicht aber von einzelwirtschaftliche Verantwortung tragenden Krankenhausbetrieben.

Ablösung der Grundlohnrate

Grundsätzlich in die richtige Richtung geht die Ablösung der Grundlohnrate als Obergrenze für die Landesbasisfallwerte. Damit wurde eine zentrale Forderung der Krankenhäuser dem Grunde nach berücksichtigt. Die Koalition hat erkannt, dass zwischen der Lohnentwicklung auf der einen und der Preisbildung im Krankenhaus auf der anderen Seite

kein inhaltlicher Zusammenhang besteht. Es gibt eine statistisch belegte Schere zwischen der Grundlohnrentenentwicklung und der Kostenentwicklung zulasten der Krankenhäuser, die zwangsläufig dazu führt, dass Krankenhäuser, die kein Leistungswachstum haben und die voll von der Preisentwicklung abhängig sind, in die Unterfinanzierung geraten. Der nun vorgesehene Orientierungswert, der die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern zeitnah abbilden soll, ist sachgerechter. Dass das BMG den vom Statistischen Bundesamt zu ermittelnden Wert nachjustieren kann, führt zu Befürchtungen, dass in Zukunft die Kassenlage im Gesundheitsfonds die Vergütungsentwicklung bestimmt. Aus Krankenhaussicht kann die KHRG-Lösung nur ein Zwischenschritt sein. Für die Vergütung in der ambulanten Versorgung spielt die Grundlohnrate bekanntlich keine Rolle mehr und es gibt auch keine andere statistische Obergrenze. Das muss entsprechend für die Krankenhäuser gelten. Der Orientierungswert darf nur eine Orientierung für die Vergütungsvereinbarungen sein. Als scharfe Obergrenze muss er weg.

KHRG-Finanzierungsregelungen nachbessern

Werden diese Positionen in der nächsten Legislaturperiode angepasst, könnte aus Sicht der Krankenhäuser die 2003 gestartete Vergütungsreform als zufriedenstellend abgeschlossen gelten. Schon heute zeichnet sich aber ab, dass weitergehende Diskussionen zu erwarten sind. Die Vergütung der Krankenhausleistungen über das System fester administrierter und durch Kalkulationen ermittelter Pauschalpreise wird als Endpunkt der umfassendsten Vergütungsreform im deutschen Gesundheitswesen offensichtlich nicht allgemein akzeptiert. Die Kostenträger treiben gemeinsam mit Akteuren in der Politik in Richtung Einzelverträge. Die Diskussion ist von unterschiedlichen Motiven geprägt. Die einen wollen mögliche Erträge, die sich aus der Differenz der hausindividuellen Kosten zu den kalkulierten Pauschalen ergeben, abschöpfen. Rabattverträge für elektive Leistungen, wie sie auch im KHRG-Gesetzgebungsverfahren zunächst vom Ministerium vorgesehen waren, haben diesen Hintergrund. Sie sind aus Krankenhaussicht abzulehnen, weil sie den Anreizmechanismus der DRG-Vergütungen aushöhlen. Am

Ende steht die Revitalisierung des Selbstkostendeckungsprinzips. Die Krankenhäuser werden zur Abwehr von Rabattforderungen ihre Erstellungskosten darstellen, die Kassen werden die Belege darüber detaillierter einfordern. Der Gesetzgeber wird die Offenlegung am Ende vorschreiben. Ähnliches ist zurzeit mit der Offenlegung der Bezugspreise für onkologische Zubereitungen im Rahmen der AMG-Novelle zu beobachten. Die Rabattdiskussion ist ausschließlich auf die Abschöpfung schwerst erarbeiteter Erträge gerichtet. Sie ist emotional und neidgesteuert. Das ist keine Grundlage für ein rationales Vergütungssystem. Deshalb der eindringliche Appell: Schluss mit der Rabattdiskussion bei Krankenhausleistungen.

Differenzierter zu bewerten sind Diskussionsansätze, die die Qualität der erbrachten Leistungen mit Vergütungsaspekten verbinden.

Zur Rolle der Qualität medizinischer Leistungen in der Krankenhausbehandlung

Im gewerblichen Leben ist es selbstverständlich, Qualität über den Preis zu bewerten. In der Welt der medizinischen Leistungen, insbesondere der hochkomplexen Krankenhausleistungen, ist das nicht so einfach möglich, besonders dann, wenn Abschlüsse vollzogen werden sollen. An erster Stelle stehen Messprobleme. Es gibt kaum Indikatoren, die die Qualität medizinischer Leistungen so genau messen und kategorisieren können, dass daran im Sachleistungssystem auf den Behandlungsfall bezogene Vergütungskonsequenzen geknüpft werden könnten. Es ist ja nicht auszuschließen, dass ein Krankenhaus, das zum Beispiel bei Hüftoperationen im Vergleich zu allen Häusern bei durchschnittlich 95 Prozent – eines wie auch immer ermittelten Indikators – liegt, im konkreten Behandlungs- und Abrechnungsfall aber eine 100-prozentige Leistung erbracht hat. Geht man über die einzelnen Leistungen hinaus und versucht Qualitätsparameter für zum Beispiel ganze Abteilungen oder gar Krankenhäuser zum Maßstab für Vergütungs-differenzierungen zu machen, wird es zu massenhaft ungerechten Bewertungen einzelner Leistungen kommen. Eine Klinik mit weniger guter Performance in der

Orthopädie kann führend in der Herzchirurgie sein. Und innerhalb des breiten Spektrums orthopädischer Leistungen wäre es sicherlich ungerrecht, alle Leistungen der Abteilung mit Abschlägen zu belegen, wenn einigen wenigen unterdurchschnittlich gewesen sein sollten, so dass solche aggregierten Indikatoren kaum Ansatzpunkte insbesondere für Abschläge aufgrund von Qualitätsdefiziten geben können. Die Folge wären massenhaft Streitigkeiten über die Wertigkeit der in jedem Einzelfall erbrachten Leistungen, die die Dimensionen der MDK-Prüfungen von heute um ein Mehrfaches übertreffen würden.

Was denkbar und im DRG-System heute schon eingeführt ist, sind Differenzierungen zur Berücksichtigung besonderer vorgehaltener Strukturen wie zum Beispiel die Stroke-Units beim Schlaganfall. Auch wurde in der Startphase des DRG-Systems ausführlich diskutiert, ob es nach den Versorgungsstufen differenzierte Basisfallwerte geben sollte, was letztlich nicht weiterverfolgt wurde.

Qualitätsorientierte Vergütungsabschläge ungeeignet

Aus Sicht der Krankenhäuser wäre schon viel gewonnen, wenn erhöhte Qualitätsanforderungen, wie sie vom G-BA in Form von Strukturqualitätskonzepten regelmäßig beschlossen werden, auch zu einer den erhöhten Aufwendungen entsprechenden höheren Vergütung führen würden. Insofern kann die Diskussion über Qualität und Vergütung hilfreich sein, das Bewusstsein darüber zu schärfen, dass Qualitätssteigerungen auch mit Vergütungssteigerungen zu verknüpfen sind. Grundsätzlich ist infrage zu stellen, ob – falls dies jemals möglich sein sollte – auf eine objektiv gemessene schlechtere Qualität mit Vergütungsabschlägen sachgerecht reagiert wird. Aus der Sicht eines Patienten dürfte es kaum Trost spendend sein, wenn dieser erfährt, dass die an ihm erbrachte Leistung im Innenverhältnis mit seiner Krankenkasse kostengünstiger abgerechnet worden ist. Bleibt festzustellen: „Pay for Performance“ mit Abschlägen bei der Vergütung einzelner Leistungen führt zu einer Ausweitung der Misstrauenskultur und damit zu einer weiteren Aushöhlung und Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Der Wettbewerb bei

Krankenhausleistungen muss über die Qualität und nicht über Preise und Rabatte stattfinden.

Wie sollte der Vertragswettbewerb ausgestaltet sein?

Einzelverträge und Vertragswettbewerb zielen aber nicht nur auf die Vergütung. Die Kostenträger wollen auf die Leistungserbringungsstrukturen in den Regionen mehr direkten Einfluss nehmen. Eine Provokation für die Krankenhausplanung der Länder und für alle, die die Vorhaltung von Krankenhäusern als allgemeine Daseinsvorsorge verstehen, war der Ruf nach Selektivverträgen bei elektiven Leistungen. Die einzelne Krankenkasse könnte letztlich bestimmen, welche Abteilung oder welches Krankenhaus am Netz bleibt. Das Ergebnis wären Krankenhäuser mit kassenspezifischen Zulassungen beziehungsweise kassenspezifischen Ausschlüssen. Selektivverträge dieser Art können keinen konstruktiven Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in Deutschland leisten. Im Wettbewerb stehende einzelne Krankenkassen können nicht dem Allgemeinziel der flächendeckenden Daseinsvorsorge verpflichtet werden. Deshalb auch hier wieder der eindringliche Appell: Hände weg von Selektivverträgen. Über dieses Instrument ist positiv verstandener Vertragswettbewerb nicht realisierbar.

Was aber könnte Inhalt eines positiven Vertragswettbewerbs sein? Die Integrationsverträge nach § 140a SGB V sind Einzelverträge, die besser verzahnte und besser abgestimmte Versorgung mit Qualitätszielen verbinden und den Vertragspartnern Vergütungsgestaltungsmöglichkeiten geben. Die Integrationsverträge sind aber mit vielen Bedingungen verknüpft, insbesondere mit der Einwilligung der Versicherten zur Behandlung in einem solchen Vertragsrahmen. Sie sind viel zu starr.

Versorgungsgestaltungsverträge als Lösung

Nachdenkenswert ist die Weiterentwicklung zu einem gesetzlichen Vertragsrahmen, der Krankenhäusern und Krankenkassen erlaubt, die Versorgung losgelöst von Restriktionen der jeweiligen sektoralen Vergütungs- und Zulassungsordnungen zu organisieren. Damit könnten

zum Beispiel stationäre und teilstationäre Behandlungsepisoden kombiniert werden, ohne mit der unteren oder oberen Grenzverweildauer der Abrechnungsbestimmungen in Konflikt zu geraten. Sinnvoll könnte auch die Kombination von vollstationären Leistungen mit nach § 116b definierten ambulanten Leistungen sein, für die Komplexvergütungen gebildet werden könnten. Zugleich wäre bei solchen Verträgen immer auch Qualitätszielen Rechnung zu tragen und dies bei der Vergütungsfindung zu berücksichtigen. Bei einem so verstandenen Vertragswettbewerb bestünde die Herausforderung für die Krankenkassen darin, passgerechte, innovative und qualitätsverbessernde Versorgungskonzepte für die Versicherten zu organisieren. Wenn Vertragswettbewerb aber von dem Ziel getrieben ist, medizinische Leistungen billigst einzukaufen oder kassenspezifischen Angebotsstruktureinschätzungen freie Bahn zu gewähren, wäre dies kein konstruktiver Wettbewerb. Das kann auch nicht durch Ausschreibungen oder andere Auswahlverfahren geheilt werden. Im Mittelpunkt eines akzeptablen und fairen Vertragswettbewerbs muss die medizinische Versorgung der Patienten aller Kassen stehen. Dies kann nur erreicht werden, wenn solche Verträge für alle Beteiligten freiwillig sind. Sie könnten Versorgungsgestaltungsverträge genannt werden.

Verzahnung muss weitergehen

Die Krankenhäuser behandeln etwa siebzehn Millionen Patienten stationär und eine etwa gleich große Zahl ambulant. Inzwischen hat das ambulante Leistungsspektrum der Krankenhäuser eine kaum noch überschaubare Vielfalt unterschiedlicher Regelungskreiszuordnungen erreicht. Eine ordnende und systematisierende Neukodifizierung des gesamten ambulanten Leistungsspektrums der Krankenhäuser wäre eine durchaus sinnvolle Vorgehensweise. Am unkompliziertesten geregelt ist noch die ambulante Behandlung von Privatpatienten. Hier ist im Grundsatz alles möglich. Dennoch findet nicht die ambulante haus- und fachärztliche Behandlung von Privatpatienten ausschließlich in Kliniken statt. Womit deutlich wird, dass Niedergelassene und Krankenhäuser keine Gegensätze sind. In vielen Regionen wäre aber die medizinische

Versorgung der Bevölkerung ohne die ambulanten Leistungen der Krankenhäuser nicht mehr gewährleistet. Selbst dort, wo nach den Verhältniszahlen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung formal keine Unter-versorgung besteht, existiert sie faktisch. Die Klagen vieler Patienten und Kommunalpolitiker über Wartezeiten und weite Wege für fachärztliche ambulante Untersuchungen und Behandlungen werden immer häufiger. Die ambulante Notfallversorgung wird an Wochenenden und außerhalb der Praxisöffnungszeiten heute in großem Umfang von den Kliniken getragen. Vielerorts ist sie über Kooperationsvereinbarungen an den Krankenhäusern angesiedelt und wird gemeinsam von Niedergelassenen und Krankenhausärzten durchgeführt. Gleichwohl liegt der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Auch als Träger von medizinischen Versorgungszentren leisten Krankenhäuser wichtige Beiträge zur Sicherung der ambulanten und hier insbesondere fachärztlichen Versorgung.

Vorteile für die Patienten

Wenn sich die Krankenhäuser noch stärker im ambulanten Leistungsspektrum betätigen wollen, stehen dahinter keine marktimperalistischen Ziele. In vielen Industrienationen ist es selbstverständlich, dass spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen in und vom Krankenhaus erbracht werden. Die doppelte Facharztschiene ist eine Besonderheit unseres Gesundheitswesens. Sie wird durch den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulanten ärztlichen Leistungen in Verbindung mit der fortbestehenden ambulanten Vergütungsbudgetierung verfestigt. Diese drei Säulen – oder besser Gitterstäbe – behindern die Herausbildung besserer ambulant-stationär verzahnter Versorgungsstrukturen. Aus Patientensicht ist medizinische Versorgung aus einem Guss mehr als wünschenswert. Die bei stationärem Aufenthalt im Krankenhaus durchgeführte Diagnostik und Behandlung kann in der Hand des Krankenhauses ohne zeitliche Brüche und im Rahmen einer abgestimmten medizinischen Konzeption ambulantfachärztlich weitergeführt werden. Wie Privatpatienten wollen auch GKV-Patienten die besonderen Erfahrungen

und die Sicherheit des Krankenhauses im Notfall in Anspruch nehmen können. Das Krankenhaus ermöglicht Interdisziplinarität, Mehraugenprinzip und bietet systemische Qualitätssicherung. Die Krankenhäuser müssen zum Beispiel bei den ambulanten § 116b Absatz 2 SGB V-Leistungen extrem hohe Qualitätsauflagen erfüllen, die weit über die Anforderungen hinausgehen, die an die niedergelassenen Praxen gestellt werden. Verständlich, dass auch die Patienten der gesetzlichen Krankenkassen diese ambulanten Behandlungen in den Krankenhäusern wählen können wollen. Der gesetzliche Auftrag zu einer Sektor übergreifenden Qualitätssicherung sollte deshalb dazu genutzt werden, die nach wie vor nicht vom G-BA festzulegenden Qualitätssicherungsmaßnahmen des vertragsärztlichen Systems dorthin zu übertragen. Und im Interesse der niedergelassenen Fachpraxen sollten deshalb alle Qualitätsanforderungen, die vom G-BA an die Krankenhäuser gestellt werden, immer auch für die niedergelassenen Praxen beschlossen werden.

Viele weitere Gründe sprechen für die erleichterte Zulassung von Krankenhäusern zur fachärztlichen spezialisierten ambulanten Versorgung. Neben den medizinischen Aspekten spielt auch die Erschließung von Effizienzreserven eine große Rolle. Praxen und Krankenhäuser halten medizinische Apparate und Einrichtungen vor, die viel Geld kosten und nach optimierter Nutzung rufen. Vergütungsstrukturen für medizinisch-technische Leistungen könnten bei intensiverer Nutzung anders ausgestaltet sein.

Heute können erforderliche Investitionsmittelbereitstellungen von Einzelpraxen zu überschaubaren Risikobedingungen kaum noch getätigt werden. Auch zur Bewältigung der sich ausweitenden Personalknappheit bei Medizinerinnen kann die Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante fachärztliche Versorgung beitragen. Der mit jedem Absolventenjahrgang wachsende Frauenanteil erfordert Beschäftigungsmöglichkeiten im Angestelltenverhältnis, die Krankenhäuser viel leichter bereitstellen können. Trotz dieser und vieler weiterer guter Gründe für ambulante fachärztliche Leistungen durch Krankenhäuser überwiegen

im Alltag noch viele Hindernisse, Hemmnisse und Restriktionen. Sie müssen in der nächsten Legislaturperiode weiter abgebaut werden.

DKG-Forderungen zugunsten ambulanter Krankenhausleistungen

Die DKG hat dazu in ihren Forderungen an die Gesundheitspolitik der 17. Legislaturperiode konkrete Punkte genannt (DKG 2009):

- Bei den ambulanten Leistungen nach § 116b Absatz 2 SGB V ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich. Bei Vorliegen der qualitativen Anforderungen ist die Zulassung durch die Landesbehörden unabhängig von der vertragsärztlichen Bedarfsdeckung zu erteilen. GKV-Spitzenverband und DKG müssen ermächtigt werden, ergänzende Regelungen zur Vergütung, zu Arzneimittelverordnungen und zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen eigenständig zu vereinbaren. Es kann nicht länger hingenommen werden, dass durch Verweigerung von Rezeptblöcken für die Arzneimittelverordnung die Leistungserbringung durch das Krankenhaus behindert wird.
- In den Sicherstellungsauftrag der ambulanten Notfallversorgung sind die Krankenhäuser gleichberechtigt mit den niedergelassenen Ärzten einzubeziehen. Die Krankenkassen müssen auch mit den Krankenhäusern vertragliche Beziehungen zur ambulanten Notfallversorgung unterhalten.
- Die Krankenhäuser müssen bei der Weiterentwicklung der ambulanten Vergütung im Bewertungsausschuss in der vertragsärztlichen Versorgung durch Sitz und Stimmrecht der DKG beteiligt werden.
- Die mit dem KHRG geschaffene vertragliche Option zur Wahl zwischen Beleg- und Hauptabteilung soll zu einem Kooperationsarztmodell (Wegfall der vertragsärztlichen Zulassung als Belegarzt und freie Vergütungsvereinbarung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt) weiterentwickelt werden. In jedem Falle ist der 20-prozentige Abschlag von den Fallpauschalen im Optionsmodell aufzuheben.
- Die Möglichkeiten zur Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren durch Krankenhäuser dürfen nicht eingeschränkt werden. Diskussionen, die zum Ziel haben, Krankenhäuser in der Unternehmensform

von Kapitalgesellschaften auszuschließen, sind kategorisch zurückzuweisen. Nur wenn es gelingt, Investitionsmittel umfassend in das Gesundheitswesen zu bringen, kann die Versorgung auf dem neuesten Stand der medizinischen Entwicklung gesichert werden.

- Besondere Regelungen für Praxiskliniken nach § 122 SGB V sind nicht erforderlich. Die dort erbrachten Leistungen können wirtschaftlich und qualitativ hochwertig ebenso von Krankenhäusern erbracht werden. Die diesbezügliche KHRG-Regelung ist zu streichen.

Erfreulicherweise findet auch im vertragsärztlichen Lager eine Diskussion zur Neugliederung der ambulanten Versorgung statt (KBV 2009). Dabei werden spezialisierte fachärztliche ambulante Leistungen krankenhausnah zugeordnet. So weit besteht über die Richtung einer Neugliederung durchaus Übereinstimmung zwischen niedergelassenem und Krankenhausbereich. Nicht akzeptabel – und auch nicht bedenkenswert – ist eine Ausweitung des Sicherstellungsauftrages des KV-Systems auf die bislang von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen. Das Bild von den oben genannten Gitterstäben ist an dieser Stelle in Erinnerung zu rufen. Mehr Freiraum und weniger Gitter sollte das gesundheitspolitische Credo für das zweite Jahrzehnt dieses Jahrtausends sein.

Literatur

Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG (2009): Für eine hochwertige und flächendeckende Patientenversorgung, fortschrittliche Medizin und innovative Arbeitsplätze in Krankenhäusern. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages. Vorstandsbeschluss vom 23. Juni 2009. www.dkgev.de/media/file/6211.2009-07-15_DKG-Positionspapier2009.pdf (Download 22. Juli 2009).

Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2009): Strategie und Forderungspapier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Stand 18. Mai 2009. Berlin. www.kbv.de/23390.html (Download 22. Juli 2009).