

Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen

Welche ambulanten Leistungen sollten Krankenhäuser erbringen können und dürfen

H. F. Weiser

Als Folge einer Vielzahl normativer Regelungen, die der Bundesgesetzgeber zur Reform unseres Gesundheitswesens getroffen hat, werden sich die Strukturen sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich in den nächsten Jahren dramatisch verändern.

Maßgeblichen Anteil wird hieran haben:

1. die Einführung des Fallpauschalensystems im Krankenhausbereich,
2. die Transparenz des Leistungsgeschehens durch gesetzlich vorgegebene strukturierte Qualitätsberichte,
3. die Mindestmengenregelung,
4. die Neugestaltung des Kataloges ambulanter Leistungen und stationärer Eingriffe nach § 115 b SGB V sowie
5. die Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen nach § 116 a/b SGB V und
6. die Einführung sektorübergreifender regionaler Angebotsstrukturen

Um die anstehenden kurz- bis mittelfristigen Veränderungen der Angebotsstrukturen sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich umsetzen zu können, war es erforderlich, die Rahmenbedingungen durch die Selbstverwaltungskörperschaften so zu gestalten, dass auch in Zukunft eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche, leistungsstarke und qualitätsgesicherte Patientenversorgung gewährleistet werden kann.

Diese Aufgabe wurde für den Bereich § 115 b SGB V – Katalog ambulanter Leistungen und stationsersetzender Eingriffe einschließlich der allgemeinen Tatbestände von den Vertragspartnern durch Vertragsabschluss mit Wirkungsbeginn zum 01.01.2004 realisiert.

Einheitliche Rahmenbedingungen

Der Vertrag soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe einschließlich der notwendigen Anästhesie im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern. Er zielt darauf ab, auf der Basis des § 39 SGB V zur Vermeidung nicht

notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung zu sichern und die Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und dem Krankenhausbereich zu verbessern.

Neben dem ambulanten Operieren nach § 115 b und der Notfallversorgung wird es zukünftig weitere Mitwirkungsmöglichkeiten für die Krankenhäuser bei der ambulanten Versorgung geben. Dabei handelt es sich im Rahmen von Kann-Bestimmungen um hochspezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen nach § 116 b Abs. 2, die ambulante Mitwirkung der Krankenhäuser im Rahmen von DMP nach § 116 b, Abs. 1 und bei Unterversorgung nach § 116 a sowie die Beteiligung im Rahmen integrierter Versorgungskonzepte nach § 140 a - d, SGB V. Bei den letztgenannten Möglichkeiten haben die Krankenhäuser allerdings keinen Anspruch auf Teilnahme, sondern sie müssen versuchen, bei den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Vertragspartner zu finden.

Leistungskatalog in zwei Kategorien unterteilt

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben wurden alle im Katalog nach § 115 b aufgeführten Leistungen ausschließlich in zwei Kategorien unterteilt. Diejenigen Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden müssen, wurden mit einem Sternchen gesondert gekennzeichnet. Um auch für einige äußerst strittige EBM-Ziffern einen Kompromiss erzielen zu können, wurde eine ergänzende Kommentarspalte in den Katalog aufgenommen. In diese wurden für einzelne EBM-Ziffern entsprechende Hinweise eingefügt; dies insbesondere immer dann, wenn die Heterogenität der Leistungsbeschreibung eine Einschränkung der Zuordnung der Leistung zum stationären oder ambulanten Bereich unumgänglich machte. Zusätzlich wurde bezüglich der Kategorisierung bei einzelnen EBM-Ziffern eine Differenzierung zwischen der Leistungserbringung bei Kindern und Erwachsenen vorgenommen, da der Leistungsaufwand unterschiedlich sein kann. Die Leistungen der Anästhesie sowie die Zuschläge wurden in eigenen Spalten als solche gekennzeichnet und für das Krankenhaus abrechenbar gemacht.

Die ursprünglichen im Katalog aufgenommenen Leistungen der kleinen Chirurgie mussten aus Krankenhaussicht bedauerlicherweise aus dem Katalog entfernt werden, da weder die GKV noch die KBV bereit waren, diese außerordentlich gering vergüteten chirurgischen Leistungen in den Katalog aufzunehmen.

Der neue Vertrag definiert die Schnittstellen der Leistungserbringung bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Maßnahmen exakter als bisher. Der Vertrag beinhaltet einen Katalog von insgesamt 307 EBM-Ziffern, 17 unspezifische Zuschläge und 12 Anästhesieleistungen. Gegenüber dem derzeit gültigen Katalog sind 80 EBM-Ziffern entfallen und 83 neue EBM-Ziffern hinzugefügt. Bei 23 EBM-Ziffern wurde in der Spalte Kommentierung eine Anmerkung aufgenommen, bei 10 EBM-

Ziffern wurde bei der Kategorisierung zwischen Kindern und Erwachsenen differenziert.

Sieht man sich den Leistungskatalog genauer an, so finden wir

- unter B VIII Prävention 6 Leistungen (3 Sternchenleistungen)
- unter B X Empfängnisregelung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (sonstige Hilfen) 14 Leistungen (3 Sternchenleistungen)
- unter D Anästhesie/Narkosen 7 Leistungen (keine Sternchenleistungen)
- unter F IV Gastroenterologie 10 Leistungen (7 Sternchenleistungen)
- unter J Gynäkologie-Geburtshilfe 16 Leistungen (3 Sternchenleistungen)
- unter K Augenheilkunde 31 Leistungen (8 Sternchenleistungen)
- unter L I Nase, Nasennebenhöhlen 14 Leistungen (8 Sternchenleistungen)
- unter L II Mundhöhle-Rachen-Kehlkopf 11 Leistungen (5 Sternchenleistungen)
- unter L III Ohr, Gleichgewichts- und Gehörgang, Stimme und Sprache 13 Leistungen (11 Sternchenleistungen)
- unter M Urologie 17 Leistungen (10 Sternchenleistungen)
- unter N I Wundversorgung 1 Leistung (keine Sternchenleistung)
- unter N II Chirurgie der Körperoberfläche 17 Leistungen (5 Sternchenleistungen)
- unter N III Extremitätenchirurgie 25 Leistungen (10 Sternchenleistungen)
- unter N IV Knochenchirurgie 21 Leistungen (5 Sternchenleistungen)
- unter N V Gelenkchirurgie 32 Leistungen (15 Sternchenleistungen)
- unter N VI Hals- und Abdominalchirurgie 12 Leistungen (5 Sternchenleistungen)
- unter N VII Thorax- und Gefäßchirurgie 11 Leistungen (5 Sternchenleistungen)
- unter N VIII Neurochirurgie 10 Leistungen (8 Sternchenleistungen) und
- unter N VIII Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie 33 Leistungen (27 Sternchenleistungen)

150 Eingriffe sind ambulant zu erbringen

Von den 307 Leistungen nach EBM sind ca. 150 Eingriffe mit einem Sternchen versehen, was bedeutet, dass diese Operationen in der Regel ambulant erbracht werden müssen. Sollte eine derartige Leistung stationär erbracht werden, bedarf es bei Beweislastumkehr der Dokumentation und einer Begründung des Krankenhauses. Die stationäre Durchführung des Eingriffs kann erforderlich sein, wenn bestimmte Kriterien der in einem gesonderten Katalog festgelegten allgemeinen Tatbestände erfüllt sind.

Die allgemeinen individuellen Tatbestände und Kriterien orientieren sich an den G-AEP-Kriterien, die in einer abschließenden Sitzung am 10. November zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DKG konsentiert wurden.

Neben den allgemeinen individuellen Tatbeständen, die sich vornehmlich auf soziale Faktoren gründen, bestehen auch morbiditäts-/diagnosebedingte allgemeine Tatbestände. Auch hier begründet das Vorliegen eines Tatbestandes bzw. Kriteriums die stationäre Durchführung eines Sternchen-Eingriffs.

Zu den Kriterien zählen z. B. klinisch-relevante Begleiterkrankungen, der Schweregrad der Erkrankung bzw. ein erhöhter Behandlungsaufwand. Unerwähnt bleiben leider in diesem Zusammenhang hohes Patientenalter und Multimorbidität des Patienten, die einen ambulanten Eingriff fragwürdig machen.

Wirtschaftliche Leistungserbringung außerhalb des Budgets

Eingeschlossen in die Tatbestände und Kriterien ist auch die Behandlungsnotwendigkeit im Krankenhaus bei fehlenden ärztlichen Versorgungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich zum Zeitpunkt der Eingriffsnotwendigkeit, wobei unklar bleibt, wer in welcher Weise Defizite der ambulanten Versorgung vor Ort zu prüfen oder zu beweisen hat. Neben einer Reihe hier nicht weiter zu besprechender Vertragsinhalte kann zusammenfassend festgestellt werden, dass sich bei der nunmehr klaren Leistungsdefinition und dem umfassenden Katalog ambulanter Leistungen und stationersetzender Maßnahmen für den Krankenhausbereich eine ernstzunehmende Möglichkeit ergibt, Leistungen wirtschaftlich außerhalb des Krankenhausbudgets zu erbringen. Des Weiteren ermöglichen die nun rechtlich abgesicherten Rahmenbedingungen sowie die aktuelle Finanzierungsgrundlage über Einzelvergütungen nach EBM sowie die ab 1. Januar 2005 geplante Abrechnung über Fallpauschalen sowohl im Bereich der freien Praxis wie auch im Krankenhaus eine sachgerechte Vergütung beider Leistungsbereiche.

Bei Durchsicht des GKV-MG fällt zudem auf, dass auch die mehrstufig vorgesehene Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung gemäß § 116 a und b lediglich auf Kannbestimmungen basiert und damit vor allem vom Goodwill der Kostenträger abhängig ist.

Lediglich die Bestimmung des § 116 b Abs. 2 SGB V zeigt akzeptable Umsetzungschancen. Nach dieser Regelung können die Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge zur Teilnahme an der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen schließen. Dabei wurde der Inhalt des aktuellen Kataloges hochspezialisierter Leistungen vom Grundgedanken geleitet, dass sich die fachärztliche ambulante Behandlung am Krankenhaus durch folgende Merkmale auszeichnet:

- Durchgängig abgestimmte Versorgungskonzepte aus einer Hand bei Krankheitsverläufen mit ohnehin häufig intermittierenden stationären Aufenthalten,
- Qualitätsvorteile des Krankenhauses als Ort des kontinuierlichen medizinischen Fortschritts,

- Qualitätsvorteile des Krankenhauses bei spezialisierten und/oder seltenen Leistungen,
- Qualitätsvorteile des Krankenhauses bei Leistungen, die interdisziplinäres Handeln erfordern,
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Abstimmungsproblemen bei Diagnostik und Therapie,
- Vorhaltung und effektive Ausnutzung spezifischer medizinischer Geräte und
- Bündelung von fachlicher Expertise in Form von Spezialistenteams.

Die im Katalog festgesetzten Leistungen bzw. Erkrankungen sind in der Regel komplex und durch ein oder mehrere der folgenden Eigenschaften charakterisiert.

- Chronizität mit abwechselnd ambulanter und stationärer Versorgung
- Schwere Erkrankungen, deren Behandlung stationär begonnen wurde (z. B. Tumore, chronische Schmerzen, etc.)
- aufwendige apparative Diagnostik/Therapie
- aufwendige medikamentöse Therapie
- interdisziplinäre Behandlungsnotwendigkeit

Die Schwachstellen

Allerdings wird der Grad der Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen stark von der Pflege des vorliegenden Kataloges abhängig sein. Diesbezügliche Erfahrungen der Vergangenheit und die Zusammensetzung des neuen Bundesausschusses lassen allerdings befürchten, dass es vor dem Hintergrund angestrebter Besitzstandswahrung der sektoralen Versorgungsschienen nicht zu einer patientenorientierten, weitgehenden und den fachlich-technischen Möglichkeiten der Krankenhäuser entsprechenden Einbeziehung in das Versorgungskonzept kommt.

Zudem muss realisiert werden, dass bei dem jetzt gültigen Katalog hochspezialisierter Leistungen, die im Rahmen der Teilöffnung von Krankenhäusern von diesen oder den hierzu ermächtigten Fachärzten ambulant erbracht werden können, es zu Überlappungen mit dem gemäß § 115 b SGB V erarbeiteten Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Maßnahmen kommt.

Eine weitere Schwachstelle ist die unzureichende Zuordnungsmöglichkeit von Leistungen zu spezifischen Fachgebieten, da eine eindeutige Festlegung aufgrund vorhandener Strukturen und Qualifikationen häufig nicht möglich ist.

Wenn zudem durch das jetzt gültige GKV-MG der Grundstein zu einer wirklichen strukturellen Neuausrichtung des ambulanten und stationären Sektors in Deutschland gelegt werden sollte, dann ist es aus Sicht des VLK völlig unverständlich, warum im Rahmen der Konsensverhandlungen der Weg zur Modernisierung und Effektivitätssteigerung nicht nur nicht nachhaltig beschritten sondern nahezu vollständig verlassen worden ist.

Nach § 140 a - d SGB V wird es zwar künftig die Möglichkeit der integrierten Versorgung geben, die bis 2006 mit bis zu 1 Prozent der kassenärztlichen Gesamtvergütung und der Krankenhausrechnungen finanziert werden soll. Solange aber nicht klar definiert ist, was integrierte Versorgung wirklich darstellt und wie sie in der praktischen Versorgungslandschaft durchgeführt werden kann und welche Vorteile daraus für den einzelnen Leistungserbringer und die Patienten im Sinne der Qualitäts- und Effizienzsteigerung erwachsen, wird nach Einschätzung des VLK die integrierte Versorgung nur ein „Kunstwort“ bleiben, das nur schwer mit Leben gefüllt werden kann.

Beispielsweise sei hier die Frage aufgeworfen, warum in Zusammenhang mit den im Gesetz angedachten Veränderungen im Bereich der fachärztlichen Versorgung das Nebeneinander von Praxis und Krankenhaus geradezu zementiert wurde und nicht konsequenterweise die vollständige Überwindung der streng sektoral getrennten fachärztlichen Versorgungsschienen umgesetzt worden ist. Nur ein solches Vorgehen könnte bei entsprechender Realisierung und nach Ablauf einer notwendigen Übergangszeit zu erheblichen finanziellen Einspareffekten und zu positiven strukturellen und qualitativen Konsequenzen für die Patienten führen.

Fazit

Vor diesem Hintergrund sollte nach Auffassung des VLK die Bereinigung der streng sektoralen fachärztlichen Versorgung unter Wahrung der Freiberuflichkeit angestrebt werden. Der VLK hält als mittelfristig zu realisierende Zielvorstellung eine Gleichberechtigung der Facharztschienen im ambulanten und stationären Bereich hinsichtlich ihrer Einsatzmöglichkeit, ihres Tätigkeitsspektrums und ihrer Vergütung für sinnvoll und notwendig. Diese Zielvorstellung beinhaltet konkret die Möglichkeit zur ambulanten fachärztlichen Versorgung durch Krankenhausärzte unabhängig von Ermächtigungen und gleichzeitig die Mitwirkungsmöglichkeit freiberuflich tätiger Fachärzte bei der Versorgung im Krankenhaus unter Wahrung bewährter Verantwortungsstrukturen, Zielvorstellungen und Clinical pathways.

Gleichzeitig würde ein derartiger Schritt eine Vergütung, die nicht sektoral differenziert gestaltet wird, sondern sich am Prinzip „gleiches Entgelt für identische ärztliche Leistungen, unabhängig vom Ort ihrer Erbringung“ orientiert erfordern. Die Realisierung dieser Vorstellung würde auch bedeuten, dass die aufwendig konsentierten Kataloge nach § 115 b und § 116 b SGB V überflüssig würden, d. h. im Bereich der ambulanten fachärztlichen Versorgung wäre die konsequente Abschaffung der sektoralen Versorgungsschienen gleichbedeutend mit dem Startschuss zu einem echten Qualitätswettbewerb.

Literatur beim Verfasser
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser,
Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.