

**15. Juli 2003**

**Konzeptionelle Vorschläge**

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)**

**zu einer Teilöffnung der Krankenhäuser**

**Erläuterung der im Grundsatzprogramm der DKG vom Januar 2003 dargestellten Positionen**

Eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante fachärztliche Leistungen ist zentraler Bestandteil einer Reform der bestehenden Versorgungsstrukturen. Die DKG hat hierzu konzeptionelle Vorschläge in ihrem Grundsatzprogramm vom Januar 2003 unterbreitet. Danach ist eine ambulante Öffnung der Krankenhäuser insbesondere in folgenden Bereichen sinnvoll:

- **Spezialisierte Leistungen**
- **Chronische Erkrankungen (DMPs)**
- **Neue Versorgungsformen (Integrierte Versorgung).**

Dafür spricht:

### **Die freie Arztwahl wird für alle möglich**

Von einer Öffnung der Krankenhäuser würden vor allem Patienten mit seltenen, schweren oder chronischen Erkrankungen profitieren. Gerade bei Krankheiten, die wiederkehrende Krankenhausaufenthalte notwendig machen, ist bislang nur für privat versicherte Patienten eine Versorgung aus einer Hand möglich. Das ist ungerecht. Auch für gesetzlich versicherte Patienten sollte sich die freie Arztwahl auf niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte erstrecken. Das gilt insbesondere für die ambulante Weiterbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt und für komplizierte ambulante Behandlungen, die mit dem Spezialwissen eines Krankenhauses besser durchgeführt werden können.

### **Der Wettbewerb wird gestärkt**

Krankenhäuser können ihre Kompetenz für ambulante Behandlungen bislang nur begrenzt z.B. in der Notfallversorgung unter Beweis stellen. Eine Öffnung mit Augenmaß würde dagegen den Wettbewerb auch in den oben genannten Bereichen erhöhen und gleichzeitig die bestehenden Strukturen im niedergelassenen Bereich nicht gefährden. Fachärzte mit eigener Praxis würden ihren Versorgungsauftrag behalten. Dort wo es jedoch für die Patienten sinnvoll, effizient oder medizinisch notwendig ist, übernehmen Krankenhausambulanzen die ambulante Behandlung. Schließlich muss sich im Wettbewerb zeigen, welche Anbieter von den Patienten bevorzugt werden und welche Versorgungsform die bessere Qualität liefert.

### **Die Kosten bleiben steuerbar**

Die Krankenkassen sitzen immer gestaltend mit im Boot. Egal auf welchem Wege die Öffnung geregelt wird: Die Kassen sind Verhandlungspartner, sowohl für Einzelverträge, als auch für einen Katalog mit spezialisierten ambulanten Leistungen. Natürlich können Einzelverträge auch Vereinbarungen über Leistungsmengen enthalten. Außerdem akzeptieren die Krankenhäuser für alle ambulanten Leistungen gleiche Vergütungen in Praxis und Krankenhausambulanz mit dem Ziel, Komplexgebühren oder Fallpauschalen zu entwickeln. Eine Kostenexplosion ist daher nicht zu erwarten.

### **Das Ausland macht es bereits vor**

Ausländische Erfahrungen belegen Effizienz und Qualität der ambulanten fachärztlichen Versorgung im Krankenhaus. Die Problematik von Wartelisten im Ausland, wie zum Beispiel in Holland, ist keine Folge der Öffnung der Krankenhäuser, sondern eine Folge der Unterversorgung mit Krankenhausbetten. Engpässe in Deutschland sind daher nicht zu erwarten; insbesondere nicht bei einer Öffnung mit Augenmaß.

## **Erläuterung zur Umsetzung der konzeptionellen Vorschläge der DKG zu einer Teilöffnung der Krankenhäuser:**

### **Hochspezialisierte ambulante Leistungen des Krankenhauses**

Die DKG spricht sich dafür aus, die Zulassung der Krankenhäuser für hochspezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen analog § 115 b SGB V auszugestalten – d.h. als institutionellen Zulassungsanspruch und nicht durch Ermächtigung -. Mit der Einführung und Weiterentwicklung der Regelungen zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V sind bereits gesundheitspolitische Ansätze zur wechselseitigen Durchbrechung der strikten Trennung ambulanter und stationärer Leistungsbereiche geschaffen worden. Die Systematik eines gesetzlich verankerten Zulassungsanspruchs sollte für den Bereich hochspezialisierter ambulanter Leistungen weiterentwickelt werden. Auf dieser Grundlage sollen die Selbstverwaltungspartner DKG und GKV-Spitzenverbände zweiseitig vereinbaren, welche hochspezialisierten ambulanten Leistungen von Krankenhäusern als **Institutsleistung** erbracht werden können, die Anforderungen für die Erbringung der in diesem Katalog aufgeführten hochspezialisierten ambulanten Leistungen sowie deren Vergütung. Eine Konfliktlösung ist vorzusehen, z.B. analog § 115 b SGB V. Die DKG hat hierzu bereits erste Vorstellungen zur inhaltlichen Ausgestaltung eines Kataloges hochspezialisierter Leistungen vorgelegt.

Gerade für hochspezialisierte Leistungen muss aus Sicht der DKG die einheitliche Versorgung aller Versicherten sichergestellt sein. Eine Ausgestaltung dieses Öffnungstatbestands als einen vertragsgebundenen Zulassungsanspruch in einem Einzelvertragssystem – wie im **Gesetzentwurf eines GMG** vorgesehen - stößt daher auf Bedenken.

Aber auch die im **Antrag der Union** vorgesehene Institutsermächtigung erachtet die DKG nicht für sachgerecht. Eine solche Ermächtigung erfordert einen Beschluss des nach § 95 SGB V zuständigen Zulassungsausschusses. In diesem ist der Krankenhausbereich nicht vertreten. Darüber hinaus ist nach § 95 SGB V die Institutsermächtigung gegenüber der persönlichen Ermächtigung subsidiär. Damit würden die bestehenden Blockademöglichkeiten zementiert.

### **Ambulante Leistungen des Krankenhauses in der Integrationsversorgung und im Rahmen von Disease-Management-Programmen**

Mit den Regelungen zu integrierten Versorgungsformen hat der Gesetzgeber die auf eine leistungsübergreifende Versorgung beschränkte Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen eingeführt. Die im **Gesetzentwurf eines GMG** beabsichtigte Neugestaltung der Regelungen der §§ 140a ff SGB V beseitigt die bisherigen gesetzlichen Hindernisse bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Verträge. Darin sieht die DKG eine Chance, ein Einzelvertragssystem zu fördern bei gleichzeitiger Möglichkeit zur Abwägung der tatsächlichen Wirkungen gegenüber der bisherigen Versorgungssystematik. Ein solches Einzelvertragssystem würde der Versorgungssicherheit der Versicherten und den unterschiedlichen Konkurrenzsituationen der Leistungserbringer Rechnung tragen.

Unter diesem Gesichtspunkt ist es sinnvoll, den im **Gesetzentwurf eines GMG** vorgesehenen vertragsgebundenen Zulassungsanspruch des Krankenhauses für ambulante Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen auch in

die Einzelvertragssystematik der Integrationsversorgung nach §§ 140 a ff SGB V einzubinden. Disease-Management-Programme sind von ihrer Intention her ein typischer Fall von integrierter Versorgung. Die im **Gesetzentwurf eines GMG** beabsichtigte Neuregelung der Integrationsversorgung sieht zudem vor, dass die Leistungserbringer in der Integrationsversorgung nicht an ihren Zulassungs- und Ermächtigungsstatus gebunden sind. Die einzelvertragliche Vereinbarung ambulanter Leistungen des Krankenhauses wäre folglich auch in der Integrationsversorgung realisierbar. Schließlich beruht die Teilnahme der Versicherten an einer integrierten Versorgung auf Freiwilligkeit. Dies gilt ebenso für die Teilnahme an Disease-Management-Programmen. Auch dies spricht für eine Ausgestaltung des Öffnungstatbestandes für Krankenhäuser im Rahmen von Disease-Management-Programmen innerhalb der Einzelvertragssystematik der Integrationsversorgung.

Demgegenüber sieht der **Antrag der Union** für Disease-Management-Programme und integrierte Versorgungsformen ein Stufenmodell vor. Aus Sicht der DKG ist dieses Modell in der beabsichtigten Ausgestaltung wenig geeignet, sektorübergreifende Versorgungskonzepte zu fördern. Dies betrifft insbesondere die „zweite Säule“, die kollektivvertragliche Vereinbarungen allein zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ohne Beteiligung des Krankenhausbereiches vorsieht. Bereits die gegenwärtige gesetzliche Vorgabe von Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene (§ 140d und § 140e SGB V) mit unterschiedlichem Rechtscharakter hat die Trennung von vertragsärztlicher und stationärer Versorgung faktisch weiter aufrechterhalten. Aufgrund der für Vertragsärzte unmittelbar rechtsverbindlichen Rahmenvereinbarung nach § 140d SGB V ist der notwendige Gestaltungsspielraum integrierter Versorgungsformen sinnwidrig eingeschränkt worden.

Auch wenn der **Antrag der Union** dem im Gesetzentwurf eines GMG vorgesehenen Einkaufsmodell eine Absage erteilt, ist es kein Fortschritt, eine Öffnung der Krankenhäuser im Rahmen einer gewollten und sinnvollen integrierten Versorgung abzulehnen.

Sinn einer integrierten Versorgung ist die Überwindung der bisherigen Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche und eine medizinische Orientierung des Leistungsgeschehens. Die Vertragspartner von Integrationsverträgen müssen darüber entscheiden können, wo und von wem welche Leistungen eines konkreten integrierten Versorgungsangebotes insbesondere unter dem Gesichtspunkt von Strukturqualität sinnvoller Weise erbracht werden sollen. Diese Gestaltungsfreiheit erfordert auch die ungehinderte, gesetzlich abgesicherte Möglichkeit, dass Krankenhäuser ambulante Leistungen vertraglich vereinbaren können.