

Krankenhaus-Report 2012

„Regionalität“

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

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 205-236



13	Spezialärztliche Versorgung – Plädoyer für eine Neuordnung	205
	<i>Uwe Klein-Hitpaß und Wulf-Dietrich Leber</i>	
13.1	Ambulante Versorgung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser	205
13.1.1	Begriffsverwirrung „spezialärztliche Versorgung“	205
13.1.2	Die Sektorengrenze – Ein historischer Abriss	207
13.1.3	Argumentationslinie	209
13.2	Rechtsformen im Überblick	210
13.2.1	Ambulantes Operieren (§ 115 b SGB V)	210
13.2.2	Hochspezialisierte Leistungen, Besondere Erkrankungen (§ 116 b SGB V)	211
13.2.3	Weitere spezialärztliche Rechtsformen	212
13.3	Probleme einer empirischen Bestandsaufnahme	214
13.4	Ordnungspolitischer Handlungsbedarf	217
13.4.1	Einheitlicher Rechtsrahmen für spezialärztliche Leistungen	217
13.4.2	Abgrenzung der spezialärztlichen Versorgung	218
13.4.3	Spezialärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V – Eine Kritik aus Sicht der Krankenkassen	219
13.5	Preis- und Mengenvereinbarungen	222
13.6	Spezialärztliche Gebührenordnung	224
13.7	Spezialärztliche Bedarfsplanung	226
13.7.1	Regionale Disparitäten: Arztmangel trotz Überversorgung?	226
13.7.2	Doppelte Überversorgung“ in der spezialärztlichen Versorgung	227
13.7.3	Ausgestaltung einer spezialärztlichen Bedarfsplanung	227
13.8	Direktverträge für spezialärztliche Leistungen	232
13.9	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	233
13.10	Nächste Schritte	234
	Literatur	235

13 Spezialärztliche Versorgung – Plädoyer für eine Neuordnung

Uwe Klein-Hitpaß und Wulf-Dietrich Leber

Abstract

In den letzten 20 Jahren sind im deutschen Sozialrecht fast zwei Dutzend Rechtsformen für die ambulante Krankenhausbehandlung entstanden. Unter dem Begriff „spezialärztliche Versorgung“ steht eine gesetzliche Neuordnung an, um einen Rechtsrahmen zu schaffen, der gleichermaßen für Krankenhausambulanzen und für Vertragsärzte gilt. Aus Sicht der Krankenkassen gilt es, Verhandlungsstrukturen mit Mengen- und Preissteuerung zu schaffen, die sich an den Stimmenverhältnissen im Gemeinsamen Bundesausschuss orientieren. Vorrangig ist dies im Bereich des ambulanten Operierens. Für Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen und die teilstationäre Versorgung sollten differenzierte Gebührenordnungen entwickelt werden, um die Quartalspauschalen zu ersetzen und so breitflächig die Substitution stationärer Leistungen zu ermöglichen.

In the past 20 years, nearly two dozen legal forms for outpatient medical treatment came into being within the German social legislation. The term “highly specialized medical care” marks the need for a legal reform to set up a regulatory framework which applies to outpatient departments of hospitals as well as panel doctors. From the health insurance funds’ perspective, it is necessary to create negotiating structures with quantity and price control which are based on the proportion of votes in the Federal Joint Committee (G-BA). This refers predominantly to the area of outpatient surgery. A differentiated fee schedule should be developed for outpatient departments of university hospitals, psychiatric outpatient clinics and for partially ambulant care in order to replace quarterly flat rates and to pave the way for a widespread substitution of inpatient services.

13

13.1 Ambulante Versorgung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser

13.1.1 Begriffsverwirrung „spezialärztliche Versorgung“

Das deutsche Recht kennt inzwischen fast zwei Dutzend unterschiedlicher Rechtsformen, in denen Krankenhäuser ambulant tätig sind. Für diesen Bereich, in dem Krankenhäuser und Vertragsärzte gleichermaßen an der Versorgung teilnehmen, hat sich seit Kurzem der Begriff „spezialärztliche Versorgung“ durchgesetzt. Ursächlich hierfür ist, dass sich ein Großteil der Leistungen durch einen hohen Spezialisierungsgrad, durch komplexe Behandlungsroutinen (oft im Umfeld von stationären

Tabelle 13–1

Kategorien ambulanter Krankenhausleistungen

1	Ambulante Krankenhausleistung	Ambulantes Operieren Hochspezialisierte Leistungen, Besondere Erkrankungen Hochschulambulanzen Psychiatrische Institutsambulanzen Sozialpädiatrische Zentren Spezialambulanzen an Kinderkliniken Vor- und nachstationäre Behandlung Teilstationäre Behandlung Stundenfälle im DRG-System Notfallambulanzen
2	(Temporäre) Nebentätigkeit von Krankenhausärzten in ambulanter Versorgung	Ermächtigung Ermächtigung bei Unterversorgung
3	Kooperationen des Krankenhauses	Medizinische Versorgungszentren (MVZ) Integrierte Versorgung
4	Tätigkeit von niedergelassenen Ärzten im Krankenhaus oder „als Klinik“	Belegärzte Praxisklinik Honorararzt
5	Sonderformen	Disease Management Programme (DMP)

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

Krankenhausaufenthalten) und teilweise durch die Notwendigkeit der Behandlung durch fachübergreifende Behandlungsteams auszeichnen. Nimmt man allerdings die Eingangsdefinition, nämlich die Tatsache, dass die Leistungen gleichermaßen durch Krankenhäuser wie durch Vertragsärzte erbracht werden, dann gehören auch einige einfache Operationen zum spezialärztlichen Leistungsspektrum, dann nämlich, wenn diese Teil des Kataloges für ambulante Krankenhausleistungen nach § 115 b SGB V sind.

Der Bereich ambulanter Krankenhausleistung kann in unterschiedliche Kategorien aufgeteilt werden (vgl. Tabelle 13–1). Als „spezialärztlich“ sollen im Folgenden nur solche Tätigkeiten bezeichnet werden, bei denen das Krankenhaus als Institution ambulante Versorgung übernimmt (vgl. Kategorie 1 in Tabelle 13–1). Außerhalb der Betrachtung bleibt die ambulante Versorgung durch einzelne Ärzte, die im Rahmen von Ermächtigungen Teil der vertragsärztlichen Versorgung sind. Auch Kooperationen des Krankenhauses im Rahmen der integrierten Versorgung oder im Rahmen von Medizinischen Versorgungszentren werden im Folgenden nicht unter die spezialärztliche Versorgung subsumiert.¹

Allenthalben wird hier gesetzlicher Handlungsbedarf gesehen, um die widersprüchlichen und zersplitterten Regelungen in einem neuen Ordnungsrahmen zu harmonisieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband haben hierfür erste Konzepte vorgelegt (KBV 2010; DKG 2011; GKV-Spitzenverband April 2011).

¹ Ein Überblick zu allen Rechtsformen inklusive jenen ambulanten Krankenhausleistungen, die im Folgenden nicht als „spezialärztlich“ bezeichnet werden (Kategorie 2 bis 4), findet sich in Leber/Wolff 2011, „Ambulante Krankenhausleistungen – Rechtsformen im Überblick“, 163–180.

Im Entwurf eines Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) (BMG 2011) hat nun die Bundesregierung – anders als in der gesundheitspolitischen Diskussion – den Begriff „spezialärztliche ambulante Versorgung“ in einem sehr viel engeren Sinne und als neue Überschrift für den bisherigen § 116 b SGB V verwendet. Die Diskussion wird auf Weiteres deshalb durch eine begriffliche Unschärfe gekennzeichnet sein: „Spezialärztlich“ wird einerseits im weiten Sinne für den gesamten Versorgungsbereich benutzt, bei dem ambulant tätige Krankenhäuser und Vertragsärzte gleichermaßen tätig sind, und er wird andererseits als enge Begriffsbildung im Sinne der Rechtsform des § 116 b benutzt, also die Versorgung durch hochspezialisierte Leistungen und Versorgung von seltenen Krankheiten sowie solchen mit besonderem Verlauf. Im Verlauf dieser Erörterung wird „spezialärztlich“ im weiten Sinne verwendet.

13.1.2 Die Sektorengrenze – Ein historischer Abriss

Die vielfach diskutierte starre Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung in Deutschland ist ein Paradebeispiel für die Pfadabhängigkeit gesundheitspolitischer Strukturen. Die Anfänge dieser international einmaligen Sektorengrenze reichen weit in die deutsche Geschichte zurück, genau gesagt bis zum Behandlungsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen, das am Ende der Weimarer Republik geschaffen wurde und bis heute die Grundstruktur für die ambulante Behandlung bildet. Am Anfang des letzten Jahrhunderts war die gesundheitspolitische Debatte vor allem von den Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen einerseits und den Kassenärzten andererseits gekennzeichnet. Letztere haben sich zur Durchsetzung besserer Vergütung und zur Durchsetzung einer unbeschränkten Zulassung stark gewerkschaftlich organisiert.² Im sogenannten Berliner Abkommen gelang es den Ärzten 1913 erstmals, die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung in die Hand eines gemeinsam getragenen „Vertragsausschusses“ (später Zulassungsausschuss) zu geben und die Zahl der Zulassungen je Versicherten gesetzlich vorzugeben. Im Gefolge von verlorenem Weltkrieg und Weltwirtschaftskrise kam es Ende der 20er Jahre zu erheblichen Einsparbemühungen. Als eine Art Ausgleich für den Verzicht auf weitere finanzielle Forderungen wurden mit der Brüningschen Notverordnung vom 08.12.1931³ die Kassenärztlichen Vereinigungen gegründet und den Ärzten ein Vertragsmonopol zugestanden. Die Krankenkassen durften fortan weder mit Krankenhäusern noch mit einzelnen Ärzten Verträge zur ambulanten Versorgung ihrer Versicherten abschließen. Im Rahmen der sogenannten Aufbaugesetzgebung der Nationalsozialisten wurde die Position der Kassenärztlichen Vereinigungen weiter verfestigt.

Die Spitze ihrer Machtentfaltung erreichten die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Adenauerzeit der Bundesrepublik Deutschland. Durch das Kassenarztgesetz von 1955⁴ verstetigte sich das Behandlungsmonopol, das beschönigend den Titel „Sicherstellungsauftrag“ trägt. Auch belegärztliche Vergütung und die Vergütung

2 Im Jahre 1900 erfolgte der Zusammenschluss zum Verband der Ärzte Deutschlands (Leipziger Verband – Hartmannbund).

3 Notverordnung des Reichspräsidenten und der Reichsregierung vom 08.12.1931 (RGBl. I, 718).

4 Gesetz über das Kassenarztrecht (GKAR) vom 17.08.1955.

von Hochschulambulanzen waren Teil einer Gesamtvergütung, die „mit befreiender Wirkung“ an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlen war. Durch Ermächtigungen, Hochschulambulanzen und Belegarztwesen reichte die Gestaltungsmacht der Kassenärztlichen Vereinigungen bis in die Krankenhäuser hinein.

Das Behandlungsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde zwar vielfach kritisiert, weil es z. B. die aufwendige „doppelte Facharztschiene“ verursachte (Vorhalten fachärztlicher Kompetenz im Krankenhaus und im niedergelassenen Bereich), wurde jedoch nicht ernsthaft in Frage gestellt. Allerdings brachte der öffentlich-rechtliche Charakter der Kassenarztinstitutionen im Umkehrschluss eine große Zahl staatlicher Regulierungen mit sich (Entwicklung der Gesamtvergütung, Zulassungsrecht, ...), sodass von einer Art staatlich reguliertem Monopol gesprochen werden könnte. Erst Ende des Jahrhunderts setzte eine Gegenbewegung ein.

Die bundesdeutsche Debatte zwischen Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten wird traditionell mit martialischem Vokabular geführt, bei der ein Zustand der Fairness unter der Bezeichnung „gleich lange Spieße“ firmiert.⁵ In diesem Umfeld ist es sprachlich stimmig, die Rückeroberung des ambulanten Territoriums durch die Krankenhäuser als eine Phase der Reconquista zu bezeichnen. Sie wurde maßgeblich unter dem christlich-sozialen Gesundheitsminister Seehofer mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)⁶ initiiert: mit der Einführung von ambulanten Operationen sowie vor- und nachstationärer Versorgung. Die „Territorialgewinne“ der Krankenhäuser sind seit Ende der 80er Jahre eine kontinuierliche Entwicklungslinie des bundesdeutschen Gesundheitswesens:

- 1989 Teilstationäre Behandlung
- 1989 Hochschulambulanzen
- 1989 Sozialpädiatrische Zentren
- 1989 Psychiatrische Institutsambulanzen
- 1993 Ambulantes Operieren
- 1993 Vor- und nachstationäre Behandlung
- 2000 Integrierte Versorgung
- 2004 Disease-Management-Programme (DMP)
- 2004 Hochspezialisierte Leistungen, Besondere Erkrankungen
- 2009 Spezialambulanzen an Kinderkliniken

Es gab seit den 90er Jahren keine einzige gesetzliche Regelung, die den Tätigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung auf Kosten der Krankenhäuser erweitert.⁷ Eine mögliche Fortsetzung könnte die Liste im Bereich der Notfallvergütung von Krankenhäusern finden, die derzeit noch Teil der kassenärztlichen Versorgung ist.

5 Vergleiche das Titelbild im Deutschen Ärzteblatt zum Thema § 116 b SGB V, Deutsches Ärzteblatt 2009, 106(12), 20.03.2009.

6 Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) vom 21.12.1992, zuletzt geändert am 25.11.2003, BGBl. I, 2304.

7 Einzig die Regelungen im § 122 SGB V zu Praxiskliniken könnten als gegenläufige Entwicklung betrachtet werden. Bezeichnenderweise kam es aber in der Selbstverwaltung zu keinen nennenswerten Umsetzungsaktivitäten.

Die Ausweitung der Krankenhaustätigkeit kann jedoch nicht in allen Regelungsbereichen autonom durch das Krankenhaus entschieden werden. Sie ist z. T. von der Zustimmung des Kassenarztsystems abhängig, wie z. B. beim ambulanten Operieren, wo der Katalog ambulanter Leistungen auf Bundesebene zwischen DKG, KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart wird. Bei der Entscheidung, welches Krankenhaus in welchem Umfang ambulante Operationen durchführt, gibt es allerdings auf der „Ortsebene“ keine Mitspracherechte der Kassenärztlichen Vereinigung (es gibt allerdings auch keine Mitbestimmungsrechte der Krankenkassen – worauf noch einzugehen sein wird). Je weiter der Prozess der Reconquista fortschreitet, desto mehr häufen sich die „mitbestimmungsfreien“ Aktionsfelder der Krankenhäuser.

Etwas unbestimmt ist der gegenwärtige Status des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages. De facto besteht für einige Bereiche wie das ambulante Operieren kein Behandlungsmonopol mehr. Es kann also mit einer gewissen Berechtigung gefragt werden, ob eine Kassenärztliche Vereinigung noch die Versorgung mit ambulanten Operationskapazitäten sicherzustellen hat. Derzeit gibt es eher ein inkonistentes Nebeneinander der Versorgungsformen, woraus sich mannigfaltiger ordnungspolitischer Handlungsbedarf ergibt.

Man muss diese historischen Dimensionen im Blick haben, wenn man den Zeitbedarf zur Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung abschätzen will. Bedenkt man die Zeitumstände, die einst die Reichsregierung dazu bewegten, die Forderung nach einem Kassenarztmonopol zu akzeptieren, dann könnte man überspitzt formulieren: Die deutsche Gesundheitspolitik arbeitet derzeit die Spätfolgen des Versailler Vertrages ab.

13.1.3 Argumentationslinie

Im Folgenden werden zunächst die unterschiedlichen Rechtsformen ambulanter Krankenhaustätigkeit und damit die Formenvielfalt spezialärztlicher Versorgung skizziert (Abschnitt 13.2, für Kundige ggf. selektiv zu rezipieren). Es zeigt sich, dass die statistische Aufbereitung erst am Anfang steht (Abschnitt 13.3), obwohl insgesamt ein beachtliches Volumen von rund vier Mrd. Euro identifiziert werden kann. Der ordnungspolitische Handlungsbedarf, der sich aus Formenvielfalt und unabgestimmten Regularien ergibt, ist Gegenstand von Abschnitt 13.4. Hier wird auch aufgezeigt, dass der Ansatz der Bundesregierung, lediglich § 116 b SGB V zu regeln, aus Sicht der Krankenkassen völlig unzureichend ist (Abschnitt 13.4.3). Vorrangig wäre eigentlich die Einführung einer Verhandlungslösung für den Bereich des ambulanten Operierens nach § 115 b SGB V (Abschnitt 13.5). Eine weitere Handlungsdimension stellt die Harmonisierung unterschiedlicher Gebührenordnungen für ambulante Krankenhausleistungen und vertragsärztliche Leistungen in Form einer neu zu entwickelnden spezialärztlichen Gebührenordnung dar (Abschnitt 13.6). Um eine bundesweit gleichmäßige Versorgung zu gewährleisten, müssen des Weiteren die Grundsätze einer spezialärztlichen Bedarfsplanung und Zulassung entwickelt werden (Abschnitt 13.7). Es ist auch zu diskutieren, welche spezialärztlichen Leistungen sich für selektive Direktverträge der Krankenkassen eignen (Abschnitt 13.8). Nicht zuletzt, weil solche Direktverträge qualitätsgesichert werden sollten, stellt sich die Frage, inwieweit die im Aufbau befindliche sektoren-

übergreifende Qualitätssicherung im spezialärztlichen Bereich ein ideal geeignetes Feld ist (Abschnitt 13.9). Da all dies nur in Stufen realisierbar ist – vergleiche die erwähnte historische Zeitdimension – seien abschließend die nächsten Schritte diskutiert (Abschnitt 13.10).

13.2 Rechtsformen im Überblick

13.2.1 Ambulantes Operieren (§ 115 b SGB V)

Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) haben Krankenhäuser die Möglichkeit, ambulante Operationen durchzuführen. Ziel dieser gesetzlichen Regelung – so ist der Begründung zu entnehmen – ist die Substitution stationärer Leistungen durch weniger ressourcenverbrauchende ambulante Leistungserbringung. Der Erfolg der gesetzlichen Regelung war zunächst gering. Offensichtlich sahen die Krankenhäuser wenig Veranlassung, gegen die eigene ökonomische Interessenlage höher vergütete stationäre Leistungen durch niedriger vergütete ambulante Leistungen zu ersetzen. Ambulantes Operieren war zwar ein Erfolgsmodell, fand aber fast ausschließlich im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung statt. Im Gesundheitsreformgesetz (GKVRefG 2000)⁸ wurde die Öffnungsoption um „stationersetzende Leistungen“ erweitert und eine Art Beweislastumkehr eingeführt: „In der Vereinbarung sind die ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann.“ (§ 115 b Abs. 1 Satz 2 SGB V)

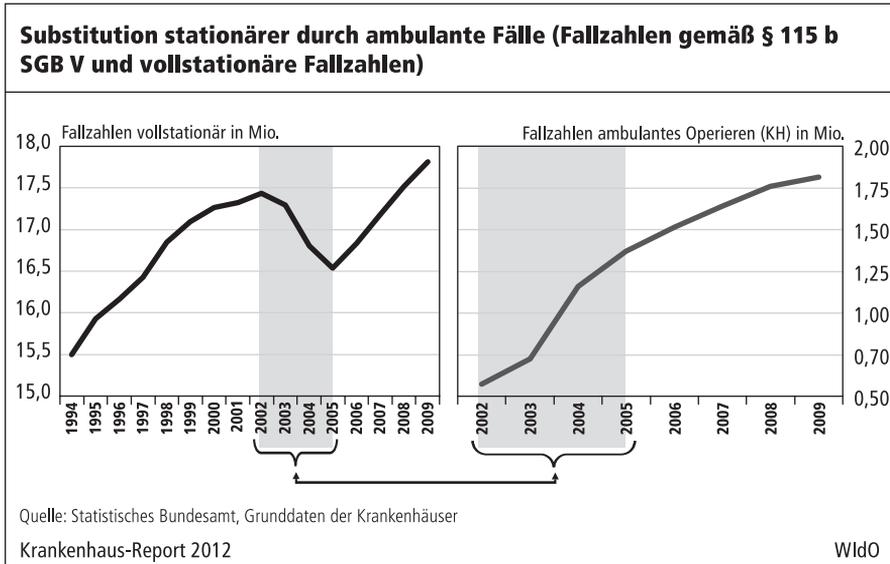
Die entsprechende Katalogerweiterung konnte in der gemeinsamen Selbstverwaltung erst im Vertrag vom 01.01.2004 umgesetzt werden.⁹ Seither verzeichnen die § 115 b-Leistungen ein geradezu explosionsartiges Wachstum mit Steigerungsraten von über 70 % im Jahr 2004 gegenüber 2003. Inwieweit auch die parallele Einführung der DRG-Fallpauschalen für die vollstationären Leistungen ursächlich für den Anstieg war, ist schwer zu beurteilen. Der allseits prognostizierte Fallzahlanstieg im Fallpauschalensystem fand zumindest vor allem im ambulanten Bereich statt. In den Jahren 2003 und 2004 sind fast 600 000 stationäre Fälle in den ambulanten Bereich verschoben worden (vgl. Abbildung 13–1).

Seit der Erweiterung 2004 hat es zunächst keine Fortentwicklung des Kataloges gegeben. Erst zum Jahreswechsel 2011 einigten sich DKG, KBV und GKV wieder auf eine Anpassung. Quantitativ bedeutsamste Änderung ist die Aufnahme der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (ESWL) in den Katalog ambulant durchführbarer Leistungen. Die Ausgabenentwicklung folgt einem ungebrochenen Aufwärtstrend mit einer nahezu Verachtfachung im Zeitraum 1999 bis 2010.

⁸ Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 – GKVRefG 2000) vom 22.12.1999, zuletzt geändert am 15.02.2002, BGBl. I, 684.

⁹ Vergleiche als Fundstelle für Verträge auf Spitzenverbandsebene www.aok-gesundheitspartner.de.

Abbildung 13–1



13.2.2 Hochspezialisierte Leistungen, Besondere Erkrankungen (§ 116 b SGB V)

Eine weitere Form der Öffnung des Krankenhauses für ambulante Leistungen stellt der § 116 b SGB V dar. Er ermöglichte zunächst den Krankenkassen, mit den Krankenhäusern gesonderte Verträge über die Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zu schließen. Ziel der Regelung war, die Erfahrung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu nutzen. „Modern“ war die Regelung des § 116 b SGB V auch, weil sie einen Abschied von den Kollektivvertragssystemen bedeutete: Vertragspartner waren nun das einzelne Krankenhaus und die einzelne Krankenkasse. Es gab weder einen Zwang zum gemeinsamen und einheitlichen Handeln auf Kassenseite noch gab es Vorgaben von den Verbänden auf Landesebene.

Die praktische Bedeutung des § 116 b SGB V war jedoch zunächst gering. Bundesweit existierten zwei Jahre nach der Einführung nur ein paar Dutzend Verträge. Die Ursachen für die zurückhaltende Nutzung des § 116 b SGB V zur Entwicklung von Versorgungsangeboten war vor allem die mangelnde Refinanzierung. Die Krankenkassen bezahlten bereits im Rahmen des Sicherstellungsauftrags eine Gesamthonorierung mit befreiender Wirkung an die Kassenärztlichen Vereinigungen.

In der Konsequenz hat der Gesetzgeber mit Wirkung zum 01.04.2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)¹⁰ ein Zulassungsverfahren eta-

¹⁰ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26.03.2007, gültig ab 01.04.2007, zuletzt geändert am 28.07.2011, BGBl. I, 1622.

bliert, das den Ländern im Rahmen der Krankenhausplanung die Entscheidungskompetenz für die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen überträgt. Ein Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung nach den im Katalog gemäß § 116 b Abs. 3 und 4 SGB V genannten Leistungen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung dazu bestimmt worden ist. In der Regel prüfen die Planungsbehörden lediglich, inwieweit die antragstellenden Krankenhäuser die Voraussetzungen laut Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erfüllen. Die vertragsärztliche Versorgungssituation ist bei der Bestimmung von Krankenhäusern zu berücksichtigen. Eine Bedarfsprüfung im eigentlichen Sinne findet jedoch nicht statt. Infolgedessen werden zahlreiche Genehmigungsbescheide der Planungsbehörden von niedergelassenen Ärzten beklagt.

Mitte 2011 lässt sich konstatieren, dass von etwa 2470 Anträgen ca. die Hälfte das Zulassungsverfahren durchlaufen hat und bestätigt wurde. Die Bestimmung der § 116 b-Krankenhäuser ist ausgesprochen heterogen und gesundheitspolitisch unbefriedigend und letztlich Ursache für die Neuregelung im Versorgungsstrukturgesetz (vgl. Abschnitt 13.4.3).

Voraussetzung für die Genehmigung der Anträge ist in der Regel die Konkretisierung des Krankheits- und Behandlungsspektrums durch den G-BA. Dieser hat zunächst den gesetzlich vorgegebenen Katalog abgearbeitet, allerdings auch neue Krankheiten definiert. Die Hälfte aller Bestimmungen entfällt auf den Bereich Onkologie. Weiterhin bedeutsam sind Multiple Sklerose, schwere Herzinsuffizienz, angeborene Stoffwechselstörungen, rheumatologische Erkrankungen und Mukoviszidose.

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG)¹¹ sind inzwischen auch Arzneimittelverschreibungen durch das Krankenhaus geregelt. Die Ausgabenentwicklung folgt im Wesentlichen der Zahl der § 116 b-Bestimmungen. Für 2011 ist ein Volumen von ca. 120 Mio. Euro zu erwarten. Es ist mit einer Vervielfachung dieses Wertes in den nächsten Jahren zu rechnen.

13.2.3 Weitere spezialärztliche Rechtsformen

Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V). Die heutigen Regelungen für Hochschulambulanzen wurden mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG)¹² eingeführt und 1999 um psychotherapeutische Leistungen ergänzt. Mit den Regelungen sollten die Universitätskliniken ihre ureigenen Aufgaben in Forschung und Lehre auch in der ambulanten Versorgung durchführen können. Eine 2003 vorgelegte Studie (Lauterbach et al. 2003) weist allerdings aus, dass die Hochschulambulanzen tatsächlich in einem Ausmaß ambulante Patienten versorgen, das über den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang deutlich hinausgeht. Die ambulanten Fachärzte weisen offenbar häufig Patienten in die Spezialambulanzen der Universitäten ein, die

11 Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfWG) vom 28.05.2008, BGBl. I, 874.

12 Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) vom 20.12.1988, zuletzt geändert am 27.04.1993, BGBl. I, 512.

einen im Vergleich zum sonstigen Patientenkontext höheren Schwierigkeitsgrad der Versorgung aufweisen.

Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V). Neben den Hochschulambulanzen haben alle psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen einen Anspruch auf Ermächtigung ihrer Institutsambulanzen für die ambulante Versorgung (PIA). Sämtliche fachgebundenen Leistungen können durch diese Spezialambulanzen erbracht werden. Der GKV-Spitzenverband, die DKG und die KBV legen in einem Vertrag die Gruppe der psychischen Krankheiten fest, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung einer ambulanten Behandlung in den Spezialambulanzen der Allgemeinkrankenhäuser bedürfen.

Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V). Neben der durch niedergelassene Ärzte und Frühförderstellen erbrachten Grundversorgung von Kindern können bei Bedarf zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung sozialpädiatrische Zentren zur ambulanten Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Fachübergreifende Teams arbeiten in diesen interdisziplinären Einrichtungen eng mit den niedergelassenen Ärzten und Frühförderstellen zusammen und behandeln Kinder mit verschiedensten Erkrankungen und Entwicklungsstörungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich.

Spezialambulanzen an Kinderkliniken (§ 120 Abs. 1a SGB V). Im Rahmen der ambulanten Behandlung von Kindern und Jugendlichen an Krankenhäusern können seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG)¹³ für bestimmte Fachabteilungen fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen vereinbart werden, die zusätzlich zur regelhaften Vergütung unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden. Es handelt sich hierbei um vertragsärztliche Leistungen, die in den Spezialambulanzen auch von ermächtigten Krankenhausärzten auf Überweisung erbracht werden. § 120 Abs. 1a SGB V sieht keine Definition der Leistungen vor, sondern regelt lediglich eine zusätzliche Vergütung.

Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115 a SGB V). Krankenhäuser dürfen Patienten, die zur stationären Behandlung eingewiesen worden sind, auch zur diagnostischen Vorabklärung und zur Nachbehandlung ambulant versorgen. Es gibt hierfür enge zeitliche Grenzen: drei Tage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung und sieben Tage innerhalb von 14 Tagen nach der stationären Behandlung. Im DRG-Fallpauschalensystem ist die Vergütung für die vor- und nachstationäre Behandlung weitgehend mit der Fallpauschale abgegolten. Bei den Fällen, im Rahmen derer es nach der vorstationären Behandlung nicht zu einer stationären Aufnahme des Patienten kommt, handelt es sich eigentlich um originär ambulante Behandlungen.

¹³ Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17.03.2009, BGBl. I, 534.

Teilstationäre Leistungen (§ 39 SGB V). Mit der Einführung der teilstationären Behandlung durch das GRG sollte den Krankenhäusern eine weitere Möglichkeit zur Substitution vollstationärer Leistungen eröffnet werden. Eine Legaldefinition, wodurch sich teilstationäre Fälle von vollstationären bzw. ambulanten Fällen unterscheiden, fehlt bis heute. Es existieren zwei unterschiedliche Formen: erstens sequentielle Mehrtagesfälle, bei denen der Patient nicht durchgängig 24 Stunden im Krankenhaus ist (bspw. geriatrische Tageskliniken) und zweitens Eintagesfälle, die sich in der Regel als Teil einer „Intervallbehandlung“ wiederholen (z. B. Dialyse). Wahrscheinlich kann die zwitterhafte, rechtlich völlig unscharfe Fallgruppe künftig sehr gut in tagesstationäre Fälle einerseits und ambulante fachärztliche Versorgung andererseits sowie in eine Sonderregelung für geriatrische Tageskliniken aufgelöst werden.

Pseudostationäre Versorgung (Stundenfälle). Im Jahr 2009 gab es ca. 320 000 GKV-Fälle¹⁴, bei denen Aufnahme- und Entlassungstag identisch ist, dies sich jedoch weder durch Tod nach Aufnahme noch durch Verlegung in ein anderes Krankenhaus erklären lässt. Diese Versorgungsform, bei der innerhalb des stationären Budgets offenbar Patienten morgens aufgenommen und nachmittags entlassen werden, soll im Folgenden als „pseudostationär“ bezeichnet werden. Ob es sich bei der pseudostationären Versorgung um eine Art illegale Öffnung der Krankenhäuser handelt oder ob in all diesen Fällen „die Mittel eines Krankenhauses“ vonnöten waren (§ 39 SGB V für stationäre Versorgung wäre dann eine legitime Rechtsgrundlage), ist nicht geklärt.

13

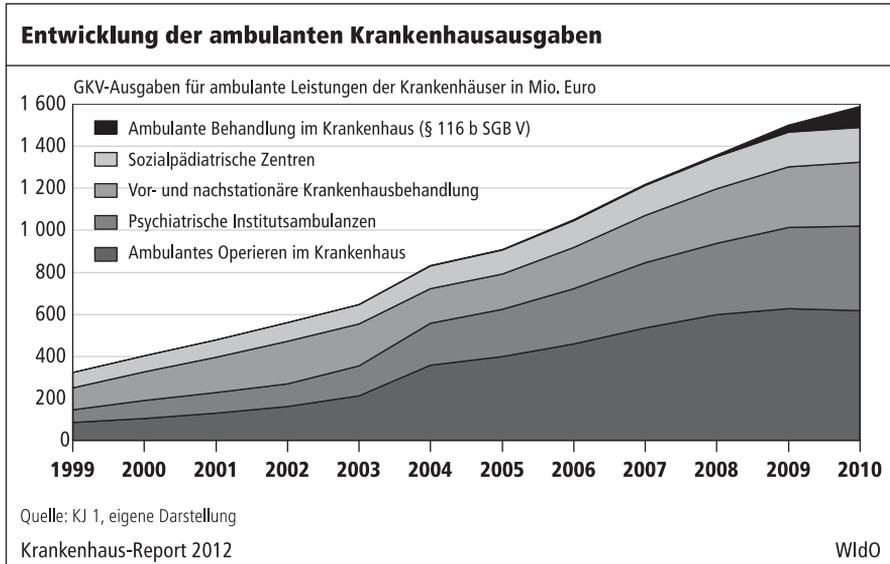
Notfallambulanzen (§ 75 Abs. 1 SGB V). Obwohl die Notfallversorgung dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen zugeordnet ist, sind Krankenhäuser ein zentraler Anlaufpunkt für Patienten in Notfallsituationen. Die ambulante Notfallbehandlung durch Krankenhäuser gilt als vertragsärztliche Leistung, wenn kein Vertragsarzt für die unmittelbare Behandlung des Patienten verfügbar ist. Der ambulante ärztliche Notfalldienst ist für Patienten bestimmt, die wegen akuter Erkrankungen außerhalb der regulären Sprechstunde dringend einen Arzt brauchen. Die Abrechnung der Notfalleistungen erfolgt über die Kassenärztlichen Vereinigungen.

13.3 Probleme einer empirischen Bestandsaufnahme

Bezüglich der Aufarbeitung zentraler Eckdaten, wie bspw. der Ausgaben und Fallzahlen des spezialärztlichen Versorgungsbereiches, existiert eine Vielzahl von Schwierigkeiten. So sind z. B. in der GKV-Finanzstatistik, der sogenannten KJ 1, in der u. a. die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nach Versichertengruppe, Ausgabenart und Kassenart ausgewiesen werden, nicht alle Leistungsbereiche umfassend abgebildet und untergliedert. Die Ausgaben der Hochschulambulanzen

¹⁴ Nach einer Verweildaueranalyse auf Basis der Daten gemäß § 21 KHEntgG.

Abbildung 13–2



werden bspw. nicht getrennt, sondern mit anderen Ausgaben im ärztlichen Bereich gemischt dargestellt und sind dementsprechend schwer identifizierbar. Auch die vor- und nachstationären Leistungen der Krankenhäuser werden lediglich zusammen verbucht. Auf dem Konto „Ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116 b)“ werden neben den hochspezialisierten Leistungen auch die stationären Ausgaben für Leistungen strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) ausgewiesen. Es ist somit keine qualifizierte Aussage über Ausgabenentwicklung differenziert nach den einzelnen Leistungssegmenten möglich. Eine feinere Gliederung wäre hier wünschenswert.

Trotz statistischer Unschärfe ist eine Vervielfachung der Ausgaben im letzten Jahrzehnt nachweisbar (vgl. Abbildung 13–2). Deutlich sichtbar ist der seit 1999 kontinuierlich angestiegene und nun mit 620 Mio. Euro größte Kostenblock des ambulanten Operierens gemäß § 115 b. Darüber hinaus haben sich auch die psychiatrischen Institutsambulanzen im Zeitverlauf zu einem Kostenblock von nunmehr 400 Mio. Euro entwickelt. Von besonderem Interesse ist der ganz oben rechts in der Abbildung angesiedelte § 116 b-Bereich. Derzeit mit rund 100 Mio. Euro eher noch unbedeutend, könnte er sich zu einem stark expandierenden spezialärztlichen Versorgungssektor entwickeln. Beachtenswert dabei ist, dass die Ausgaben für Arzneimittel noch unberücksichtigt sind, die nach Schätzung der GKV zu einem deutlich höheren Ausgabenvolumen für den § 116 b-Bereich führen.

Abbildung 13–2 umfasst nur einen Teil der spezialärztlichen Ausgaben. Hinzu kommen Ausgaben für Hochschulambulanzen, teilstationäre Behandlungen, Stundenfälle und Notfallambulanzen. Das Gesamtausgabenvolumen ambulanter Krankenhausleistungen beläuft sich nach Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes auf ca. vier Mrd. Euro (vgl. Tabelle 13–2). Das Ausgabenvolumen der spezialärztlichen

Tabelle 13–2

Ausgabenvolumen ambulanter Krankenhausleistungen (2009/2010)

Ambulanter Bereich (2009/2010)	Ausgaben
Ambulantes Operieren im KH (2010)*	620 Mio. Euro
Hochspezialisierte Leistungen, Besondere Erkrankungen (2010)*	100 Mio. Euro
Hochschulambulanzen (2009)**	540 Mio. Euro
Psychiatrische Institutsambulanzen (2010)*	400 Mio. Euro
Sozialpädiatrische Zentren (2010)*	170 Mio. Euro
Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (2010)*	300 Mio. Euro
Teilstationäre Behandlung – Somatik (2009)**	750 Mio. Euro
Teilstationäre Behandlung – Psychiatrie (2009)**	500 Mio. Euro
Stundenfälle (2009)**	230 Mio. Euro
Notfallambulanzen (2009)**	380 Mio. Euro
Summe	3 990 Mio. Euro

Quelle: *KJ 1-Statistik, **Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes aus Abrechnungsdaten der Krankenkassen

Krankenhaus-Report 2012

Wido

Leistungen durch Krankenhäuser nähert sich somit dem Komplement in der ambulanten fachärztlichen Versorgung langsam an. Die gesamte ärztliche Honorierung betrug im Jahr 2010 rund 30 Mrd. Euro. Davon waren ca. 60 % Vergütung für fachärztliche Leistungen. Rechnet man ein Drittel davon als spezialärztliche Versorgung, dann ergibt das einen Betrag von ca. sechs Mrd. Euro – eine Größenordnung, die zwar zur Zeit noch klar über den ambulanten Krankenhausleistungen liegt, nach einer Neuordnung aber durchaus in den nächsten Jahren von den Krankenhäusern erreicht werden könnte.¹⁵

Die oben aufgezeigten statistischen Unschärfen führen auch bei der Fallzahlermittlung zu Problemen. Insbesondere in den Bereichen der Hochschulambulanzen und psychiatrischen Institutsambulanzen lässt sich die Fallhäufigkeit nicht ermitteln. Zum Teil ist aufgrund unterschiedlicher bundeslandspezifischer oder hausindividueller Vertragsgestaltungen und hierin festgelegter Abrechnungseinheiten (Quartalspauschalen, Einzelleistungsvergütung) eine stark differierende Fallzählung vorzufinden. Insbesondere das Ausmaß teilstationärer Versorgung ist nicht leicht zu beziffern, da teilweise Quartale, teilweise Kontakte gezählt werden.¹⁶

Die Formenvielfalt der einzelnen Leistungsbereiche erschwert auch den Vergleich zwischen Krankenhausambulanzen und vertragsärztlicher Versorgung. Für keinen dieser Leistungsbereiche gibt es eine übergreifende bzw. integrierte Statistik. Die gutachterliche Standardformulierung „Es besteht weiterer Forschungsbe-

15 Bei einem Vergleich dieser beiden Größen müssten aber noch von den Ausgaben ambulanter Krankenhausleistungen (ca. vier Mrd. Euro) die darin enthaltenen Arzneimittelausgaben abgezogen werden, da diese in der Vergleichsgröße des niedergelassenen Bereiches nicht enthalten sind.

16 In der aktuellen G-DRG-Begleitforschung (IGES, S. 171, Fußnote 118) werden 743 000 teilstationäre Datensätze für das Jahr 2008 ausgewiesen, die zum Teil kontakt- und zum Teil fallbezogen sind.

darf.“ hat im spezialärztlichen Bereich eine unabweisbare Berechtigung. Ziel muss es vor diesem Hintergrund sein, Transparenz zu schaffen und einen bundesweiten einheitlichen Datenbestand aufzubauen (analog zu § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)¹⁷ im stationären Bereich). Eine Verpflichtung zur Lieferung dieser Daten müsste gesetzlich verankert werden.

13.4 Ordnungspolitischer Handlungsbedarf

13.4.1 Einheitlicher Rechtsrahmen für spezialärztliche Leistungen

Die Verankerung eines spezialärztlichen Versorgungsbereiches würde einen gesetzlichen Rahmen schaffen, der gleichermaßen für ambulant tätige Krankenhäuser wie für Vertragsärzte gilt. Die Abgrenzung spezialärztlicher Leistungen ist schon aufgrund der Heterogenität hochkomplex. Wie in Abschnitt 13.4.2 näher erörtert wird, bedarf es einer institutionellen Klärung, wer den Katalog vorgibt bzw. wer ihn nach welchen Kriterien weiterentwickeln hat. Möglicherweise wird dies (zunächst) für jede der Rechtsformen separat geregelt. Ausgehend von einer solchen Abgrenzung sind jeweils die folgenden Rahmenbedingungen zu klären.

1. Preis- und Mengenvereinbarungen

Gegenwärtig sind ganz unterschiedliche Regelungen zur Preis- und Mengenvereinbarung zu finden. Hochgradig unbefriedigend ist aus Sicht der Krankenkassen, dass für wesentliche Bereiche, wie das ambulante Operieren, überhaupt keine Preis- und Mengenvereinbarungen existieren. Die Funktion der Krankenkassen wird auf gestaltungsfreie Rechnungsbegleichung reduziert. Wesentlicher Handlungsbedarf existiert deshalb bei der Etablierung einer Verhandlungslösung, bei der – wie im stationären und ambulanten Bereich – Preise und Mengen zwischen Leistungsanbietern und Kostenträgern vereinbart werden (vgl. Abschnitt 13.5).

2. Spezialärztliche Gebührenordnung

Die Vielfältigkeit der spezialärztlichen Gebührenordnungen ist ein Problem; zum Teil ist auch deren mangelnder Differenzierungsgrad ein Problem. Es dominiert einerseits die vertragsärztliche Gebührenordnung, der EBM, andererseits finden sich sehr archaische Vergütungsformen, wie z. B. undifferenzierte Quartalspauschalen (z. B. bei psychiatrischen Instituts- und Hochschulambulanzen), mit denen weder Transparenz über das Leistungsgeschehen hergestellt, noch wirksam eine Substitution stationärer Leistungen auf den Weg gebracht werden kann (vgl. Abschnitt 13.6).

¹⁷ Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23.04.2002, zuletzt geändert am 28.07.2011, BGBl. I, 1622.

3. Spezialärztliche Bedarfsplanung

Die spezialärztliche Versorgung bewegt sich im Grenzbereich zweier insuffizienter Planungssysteme, denen es beiden nicht gelungen ist, Überversorgung wirksam abzubauen: einerseits die vertragsärztliche Bedarfsplanung, andererseits die Krankenhausbedarfsplanung. Spezialärztliche Bedarfsplanung wird notwendigerweise sektorübergreifend angelegt sein müssen, wobei die Gefahr besteht, die Komplexität aufgrund der Vielzahl spezieller Krankheits- und Behandlerkonstellationen ins Absurde zu steigern (vgl. Abschnitt 13.7).

4. Direktverträge

Zur wettbewerblichen Ausgestaltung der GKV bedarf es Gestaltungsoptionen auf der Vertragsseite. Für den Arzneimittelbereich wurden sie bereits geschaffen (Rabattverträge), für planbare, vollstationäre Leistungen liegen Konzepte vor. Ein Teil der spezialärztlichen Versorgung enthält planbare, standardisierte Massenleistungen mit einer Tendenz zur Überversorgung, sodass auch hier über Ausschreibungsmodelle nachgedacht werden sollte (vgl. Abschnitt 13.8).

5. Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung ist seit dem GKV-WSG sektorenübergreifend auszugestalten, sodass sich formal eigentlich kaum Schwierigkeiten ergeben sollten. De facto ist die sektorenübergreifende Qualitätssicherung noch nicht funktionsfähig. Die spezialärztliche Versorgung ist insbesondere geeignet, sektorgleiche Verfahren als eine der wesentlichen Formen sektorenübergreifender Qualitätssicherung zu etablieren (vgl. Abschnitt 13.9).

13.4.2 Abgrenzung der spezialärztlichen Versorgung

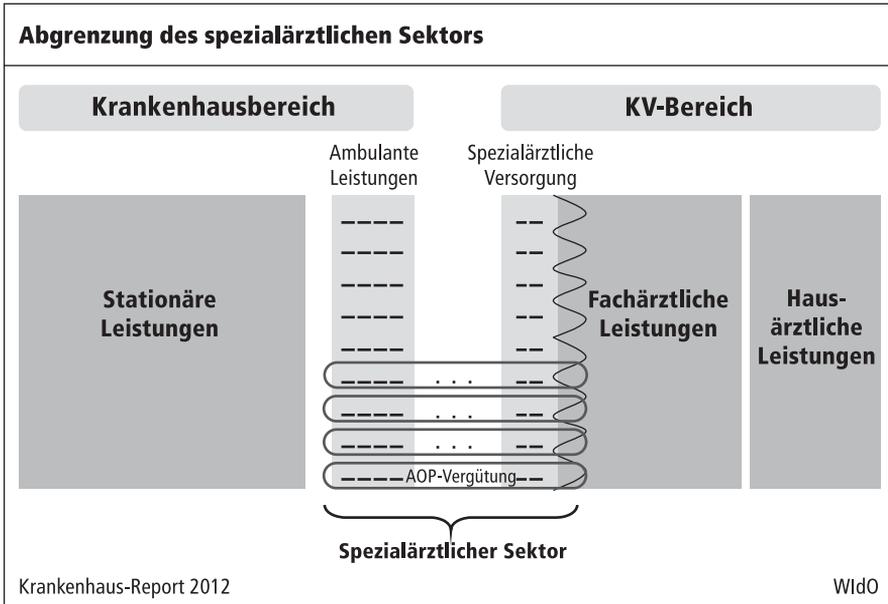
Die Abgrenzung des spezialärztlichen Versorgungsbereiches ist nicht trivial und wird einem steten Wandel unterworfen sein. Sie sollte im Grundsatz gesetzlich vorgegeben und durch Selbstverwaltungsgremien auf Bundesebene konkretisiert werden. Ausgangspunkt für die Abgrenzung der spezialärztlichen Versorgung dürfte der Status quo sein. Dieser ist relativ einfach im Bereich des ambulanten Operierens, weil hier bereits eine Abgrenzung innerhalb des EBM existiert: Der Bereich des ambulanten Operierens liegt im Bereich der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV), also außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).

Man beachte, dass die eigentliche Schwierigkeit einer Abgrenzung des dritten Sektors die Grenzziehung innerhalb der fachärztlichen Versorgung ist. Hier gilt es Trenner zu finden, um allgemeine fachärztliche Leistungen von den spezialärztlichen zu differenzieren (vgl. Abbildung 13–3).

Bei der Abgrenzung gibt es drei Schwierigkeitsgrade:

1. Grad: Die Abgrenzung im EBM ist bereits vorhanden (z. B. § 115 b SGB V).
2. Grad: Die Leistungen des Krankenhauses sind EBM-basiert, aber der Anteil fachärztlicher Versorgung, der komplementär hinzu gerechnet werden muss, ist diffus (§ 116 b SGB V).
3. Grad: Die Leistungsdefinition für die stationäre Leistung fehlt, sodass das fachärztliche Komplement erst nach Definition und Dokumentation definiert werden kann (Hochschulambulanz, psychiatrische Institutsambulanz etc.).

Abbildung 13–3



Als Trenner sind nicht nur bestimmte Leistungen, sondern auch bestimmte Praxismerkmale denkbar. So kann es sich als sinnvoll erweisen, als Facharztkomplement für das weite Feld onkologischer § 116 b-Leistungen das Praxismerkmal „onkologische Schwerpunktpraxis“ als Trenner zu nehmen. Ähnliches gilt für HIV-Schwerpunktpraxen.

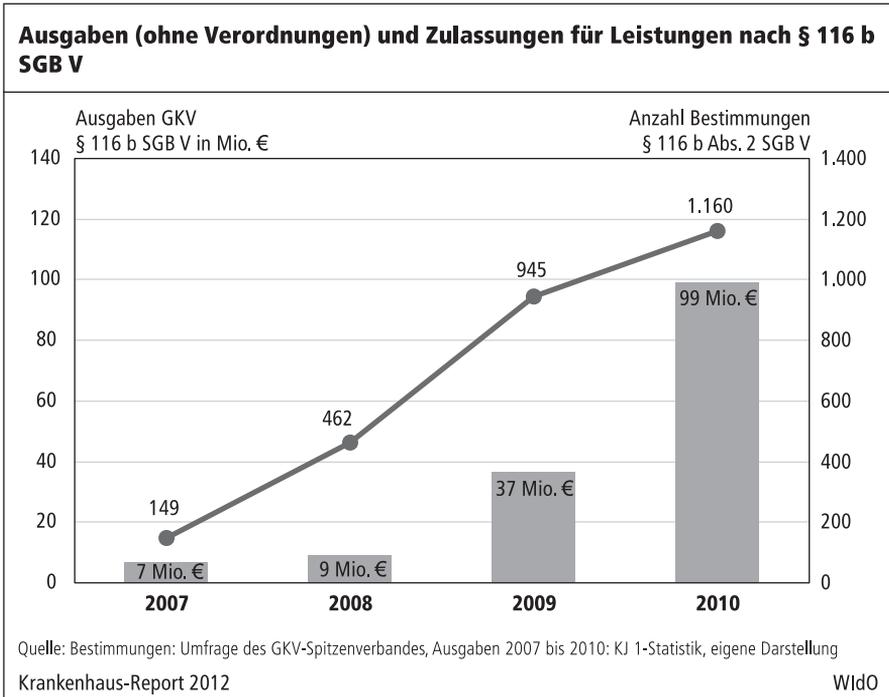
Betrachtet man die Schwierigkeiten in den wenig standardisierten Klinikambulanzen, dann erweist sich der Bereich des ambulanten Operierens als jener Bereich, in dem schnell und unauffällig die neuen Ordnungsprinzipien auf den Weg gebracht werden könnten.

13.4.3 Spezialärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V – Eine Kritik aus Sicht der Krankenkassen

Wie eingangs erwähnt hat sich die Bundesregierung entschieden, im Entwurf eines Versorgungsstrukturgesetzes den Begriff „spezialärztliche Versorgung“ auf den § 116 b SGB V zu verengen. Diese Einengung gilt auch inhaltlich: Alle anderen Rechtsformen spezialärztlicher Versorgung bleiben im vorliegenden Reformwerk quasi unberührt – so groß der Handlungsbedarf auch sein mag.

Im neu formulierten § 116 b SGB V wird erstmals ein Rechtskreis formuliert, dessen Zulassungs- und Abrechnungsregeln gleichlautend für Krankenhäuser und Vertragsärzte sind. Vom bisherigen § 116 b SGB V unterscheidet sich der neue Text vor allem dadurch, dass die vom G-BA definierten Strukturanforderungen an § 116 b-Krankenhausambulanzen nunmehr auch für Vertragsärzte Gültigkeit haben. Dies erfordert allerdings eine komplette Überarbeitung der sogenannten Konkreti-

Abbildung 13–4



sierungen (Anlagen der § 116 b-Richtlinie des G-BA¹⁸). Der Gesetzentwurf umfasst zunächst nur das bisherige § 116 b-Leistungsspektrum, soll allerdings um diejenigen Leistungen des ambulanten Operierens erweitert werden, die komplex sind und die Behandlung durch ein interdisziplinäres Team erfordern.

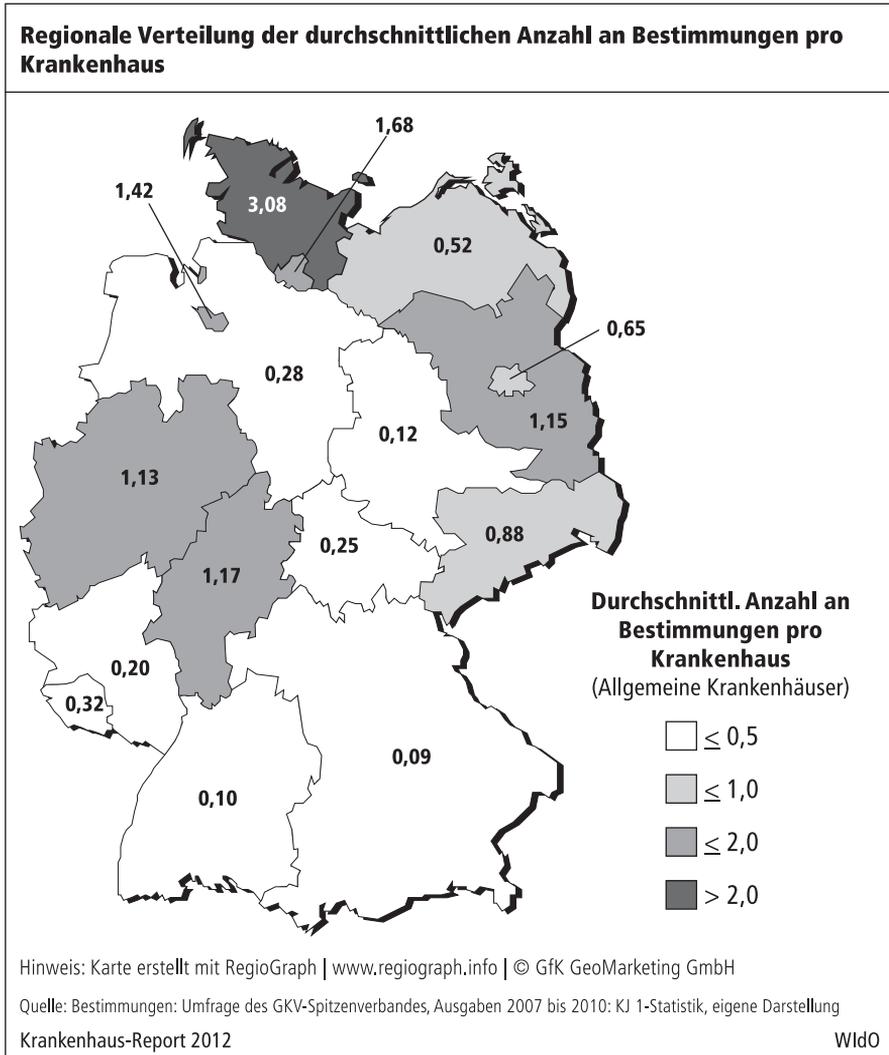
Entscheidend – und aus Sicht der Krankenkassen ordnungspolitisch falsch – ist eine Art Zulassungsanspruch nach dem Motto „Wer kann, der darf.“. Unabhängig vom Bedarf hat jeder Leistungserbringer einen Anspruch auf Zulassung, sodass die bisherige „Länderhürde“ entfällt. Der Gesetzentwurf ist somit eine Reaktion auf die uneinheitliche, bisweilen willkürlich anmutende Bestimmung von § 116 b-Ambulanzen.

Die Bestimmung (sprich: Zulassung) von § 116 b-Ambulanzen durch die Landesplanungsbehörden erfolgte mit großer zeitlicher Verzögerung und uneinheitlich. Bislang sind rund 1 200 § 116 b-Ambulanzen zugelassen, wobei die Ausgabenentwicklung mit einiger Verzögerung folgt (vgl. Abbildung 13–4).

Eine regionale Analyse offenbart dramatische Unterschiede: Bundesweit liegt die durchschnittliche Anzahl der Anträge je allgemeines Krankenhaus bei 1,39, die durchschnittliche Anzahl der Bestimmungen je allgemeines Krankenhaus liegt bei

¹⁸ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus 18.10.2005, zuletzt geändert am 16.09.2010, BAnz Nr. 19, 472 vom 03.02.2011, in Kraft getreten am 04.02.2011, www.g-ba.de/downloads/62-492-497/ABK-RL_116B_2010-09-16.pdf.

Abbildung 13–5



0,68. In Schleswig-Holstein ist die durchschnittliche Zahl der Bestimmungen mit 3,08 je allgemeines Krankenhaus rund 30-mal so hoch wie in Bayern (0,09)! Während manche Länder also aktiv die Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung betrieben, ist die Genehmigungspraxis in anderen Bundesländern (z.B. Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz) extrem restriktiv (vgl. Abbildung 13–5). Man muss den § 116 b-Neuentwurf als Reaktion auf ein verbreitetes Versagen der Landesplanungsbehörden werten.

Der im Regierungsentwurf vorgesehene Verzicht auf jede Form von Bedarfsermittlung bei der Zulassung spezialisierter Leistungsanbieter mag im Bereich der seltenen Krankheiten (Anlage 2 der G-BA-Richtlinie) akzeptabel sein. Der Aufwand, das halbe Dutzend beteiligter Arztgruppen beim Marfan-Syndrom einem Planungs-

prozess zu unterwerfen, würde in der Tat in keinem Verhältnis zum Ergebnis stehen. Problematischer aber ist die bedarfsunabhängige Zulassung schon im Bereich der Krankheiten mit besonderem Verlauf (Anlage 3 der G-BA-Richtlinie). Hier geht es bspw. um Herzinsuffizienz, wo im Bereich von Herzkathetern durchaus mengenmäßig bedenklich Überversorgung entstanden ist oder entstehen kann, während in anderen Bereichen Ärzte fehlen. Gänzlich falsch wäre es, den § 116 b SGB V als Nukleus für die künftige spezialärztliche Versorgung insgesamt zu sehen. Dann würde insbesondere in den Ballungszentren ein für Ärzte lukrativer neuer Sektor entstehen, während auf dem Land die Versorgung weiter ausgedünnt würde.

Nach Ansicht der Krankenkassen ist die gesetzgeberische Einengung der Regelungen zur spezialärztlichen Versorgung auf eine Neuformulierung hochgradig unbefriedigend. Wenn schon keine Gesamtlösung für die spezialisierte Versorgung in einem Schritt formuliert werden kann (Stichwort „115 x“), dann müsste zumindest der quantitativ bedeutsame Bereich des ambulanten Operierens in Angriff genommen werden. Hier kommt es vorrangig darauf an, Preis- und Mengenverhandlungen zu etablieren.

13.5 Preis- und Mengenvereinbarungen

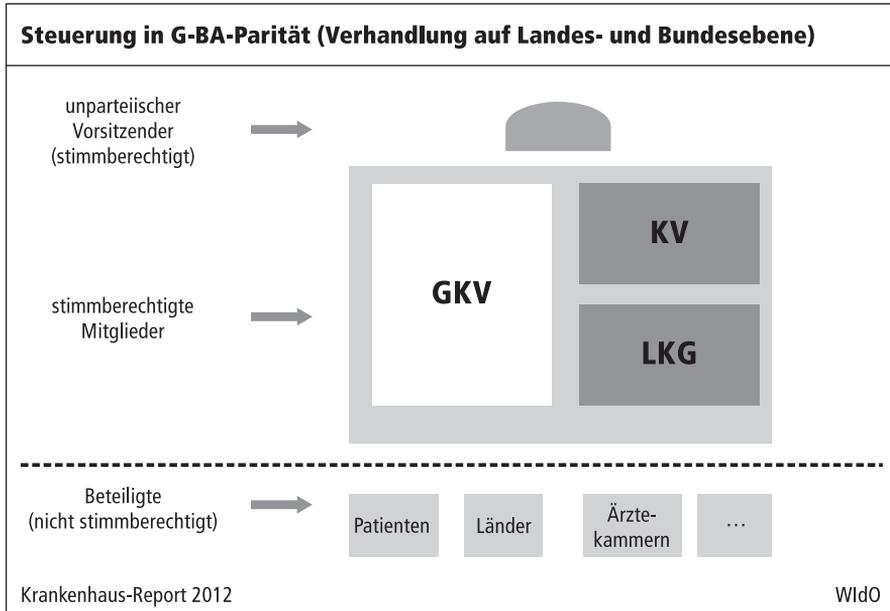
Aus Sicht der GKV ist eine Verhandlungslösung für das ambulante Operieren (§ 115 b SGB V) das dringlichste Problem bei der Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung. Wie beschrieben ist die Abgrenzung der spezialärztlichen Leistungen bereits zufriedenstellend geregelt; es fehlt allerdings eine adäquate Steuerung der Versorgung in gemeinsamer Selbstverwaltung. Dies betrifft

1. die Weiterentwicklung des Kataloges (Bundesebene),
2. die Zulassung zum ambulanten Operieren (Landesebene),
3. die Verhandlung von Preis- und Mengen (Landesebene, ggf. ergänzende Regelung auf Einrichtungsebene) sowie
4. die Qualitätssicherung (Verfahren auf Bundesebene, Umsetzung Landesebene).

Die Grundkonstruktion einer solchen Selbstverwaltungslösung sollte paritätisch sein: auf der einen Seite die gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträger und auf der anderen Seite Vertreter der spezialärztlichen Leistungserbringer, also Kassenärztliche Vereinigungen (KV) und Landeskrankenhausgesellschaften (LKG). Je nach Fragestellung sind als Beteiligte Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV), der Länder, der Pflegeberufe und der Patienten hinzuziehen. Dem Gremium sollte ein neutraler Vorsitzender vorstehen (vgl. Abbildung 13–6). Im Folgenden wird dies vereinfachend als „G-BA-Parität“ bezeichnet.

Während die Verhandlungen zum Katalog wie bisher auf Bundesebene stattfinden, würden die Preis- und Mengenverhandlungen auf Landesebene angesiedelt werden, so wie dies im stationären und ambulanten Sektor auch jetzt die Regel ist. Derzeit fehlen beim ambulanten Operieren Mengenverhandlungen, obwohl sie in der vertragsärztlichen Versorgung üblich sind (morbidityorientierte Gesamtvergütung auf kollektiver Ebene und Regelleistungsvolumina auf Ebene des einzelnen Leistungserbringers). Auch im stationären Sektor gibt es entsprechende Ver-

Abbildung 13–6



handlungen: Landesbasisfallwerte und Budgetverhandlungen mit Mehrleistungsabschlägen auf Ebene der einzelnen Klinik. War es in der Einführungsphase des ambulanten Operierens noch sinnvoll, auf differenzierte Regelungen zu verzichten und den Bereich somit zu fördern, ist es nun an der Zeit, klare und geordnete Rahmenbedingungen für den Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu schaffen. Die durchaus auch seitens der Kostenträger gewollte Attraktivität dieses Leistungssegments wird u. a. durch die deutlichen Fallzahlenstiege der vergangenen Jahre untermauert. Diese Steigerungsraten und das nun erreichte Ausgabenvolumen belegen aber gleichzeitig auch die Notwendigkeit einer Implementierung von Preis- und Mengenverhandlungsmechanismen, um möglichen, insbesondere ökonomisch induzierten Fehlentwicklungen entgegenwirken zu können.

Unabhängig von der Entwicklung einer spezialärztlichen Gebührenordnung auf Bundesebene (vgl. Abschnitt 13.6) sollte ein Gremium auf Landesebene Verhandlungen über einen spezialärztlichen Entgeltwert führen (ähnlich der Landesbasisfallwertsystematik im stationären Sektor). Diese Vergütungsverhandlungen, im Rahmen derer die Kostenträger paritätisch mit Kassenärztlichen Vereinigungen und Landeskrankenhausesellschaften verhandeln, sollten die jetzigen Regelungen ablösen, bei denen ausschließlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung verhandelt wird. Bei der jährlichen Anpassung des Entgeltwertes sind insbesondere die Entwicklung der für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser relevanten Betriebskosten – soweit diese nicht bereits anderweitig finanziert worden sind –, die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Produktivitätsentwicklung zu berücksichtigen. Dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität folgend wäre hierbei die

Grundlohnsummenentwicklung als Begrenzung des Zuwachses des Ausgabenvolumens vorzusehen.

Zu diesen Zwecken sind krankenkassenübergreifend die Leistungsmengen zu erheben und zusammenzuführen. Die jährliche Bestandsaufnahme, die Basis für die Preisverhandlungen auf Landesebene ist, sollte darüber hinaus Grundlage einer ggf. notwendigen Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sein.

13.6 Spezialärztliche Gebührenordnung

Die spezialärztliche Versorgung ist gegenwärtig durch ein Gebührenordnungswirrwarr gekennzeichnet (vgl. Tabelle 13–3). Die gleiche Chemotherapie wird völlig unterschiedlich vergütet, je nachdem ob sie vertragsärztlich, teilstationär, pseudostationär, nachstationär oder in Krankenhausambulanzen erfolgt. Für spezialärztliche Leistungen ist eine eigenständige Gebührenordnung anzustreben, die alle spezialärztlichen Versorgungsformen abdeckt und die gleichermaßen für Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen anwendbar ist.

Die dominierende Vergütungssystematik für ambulante Leistungen ist der EBM. Er dürfte deshalb auch Ausgangsbasis für eine spezialärztliche Gebührenordnung sein. Diese sollte allerdings um Elemente des DRG-Systems ergänzt werden. Konkret bedeutet dies einen stärkeren Fall- und Patientenbezug (und damit weniger Arztgruppenbezug), die Einbeziehung von Sachkosten und ein Prinzip der jährlichen empirisch basierten Systemweiterentwicklung. Am Ende dürfte die spezialärztliche Leistung durch eine Art EBM-DRG-Hybrid gekennzeichnet sein.

Spezialärztliche Vergütungsbereiche, die differenzierte, komplexe Behandlungsvorgänge mit archaischen Vergütungsformen wie Quartalspauschalen finan-

Tabelle 13–3

Vergütungssysteme für ambulante Krankenhausleistungen nach SGB V

	Versorgungsform	§§	Vergütung
1	Ambulantes Operieren	115 b	EBM
2	Hochschulambulanzen	117	frei vereinbart, Einzelleistung und Quartalspauschalen
3	Psychiatrische Institutsambulanz	119	Quartalspauschalen und Einzelleistungen
4	Vor- und nachstationär	115 a	Teil der DRG, sonst abteilungsbezogene Pauschale
5	Teilstationär	39	vereinbart bzw. fallpauschaliert
6	Ermächtigungen	116 ff.	EBM
7	Unterversorgung	116 a	EBM
8	Hochspezialisierte Leistungen	116 b	EBM
9	DMP	137 f.	frei vereinbart
10	Pseudostationäre Behandlung		DRG oder tagesgleich
11	Integrierte Versorgung	140 a – f	frei vereinbart
12	Medizinisches Versorgungszentrum	95	EBM

zieren, müssen sukzessive in die neue Gebührenordnung integriert werden. Dazu gehören insbesondere

- teilstationäre Ambulanzleistungen,
- Leistungen von Hochschulambulanzen sowie
- Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen.

Eine elaborierte Gebührenordnung muss insbesondere in der Lage sein, die noch weitverbreiteten Quartalspauschalen zu ersetzen, auch wenn diese sich bei Krankenhäusern und Krankenkassen noch einer gewissen Beliebtheit erfreuen. Krankenhäuser schätzen die methodische Unbestimmtheit, Krankenkassen erhoffen sich eine einfache Budgetkontrolle. Aber die undifferenzierten Pauschalen haben zwei schwerwiegende Nachteile:

Erstens schaffen Quartalspauschalen für das Krankenhaus Anreize, jene Fälle zu attrahieren, die gut mit den vereinbarten Pauschalen behandelbar sind. Solche „Verdünnerrfälle“ sind jedoch oft jene Fälle, die gut von niedergelassenen Ärzten versorgt werden können. Krankenhäuser werden also in einem Bereich tätig, der eher dem fachärztlichen als dem spezialärztlichen Bereich zuzuordnen ist.

Zweitens gelingt die Substitution stationärer Fälle nicht, wenn die Quartalspauschale den Schweregrad dieser Fälle nicht berücksichtigt. Das Potenzial ambulanter Substitution bleibt ungenutzt, wenn keine adäquate, ambulante Vergütungsregelung zur Verfügung steht. Mit einer gewissen Berechtigung verweigern sich dann Krankenhäuser, der gesetzlichen Vorgabe des § 39 SGB V „ambulant vor stationär“ Folge zu leisten. Eine spezialärztliche Gebührenordnung muss also das umsetzen, was im DRG-Bereich zur Selbstverständlichkeit geworden ist: die adäquate Berücksichtigung des Schweregrades der Fälle.

Ein aktuelles Beispiel für den Handlungsbedarf in puncto Gebührenordnung sind die psychiatrischen Institutsambulanzen. Im Rahmen der Neuordnung der Psych-Entgelte gemäß § 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)¹⁹ haben die Selbstverwaltungspartner zu prüfen, inwiefern die psychiatrischen Institutsambulanzen in das neue Entgeltsystem einzubeziehen sind. Es existieren jedoch in den Bundesländern sehr unterschiedliche Vergütungsregelungen, sodass gegenwärtig keinerlei Transparenz bezüglich des Leistungsgeschehens besteht. In rund zwei Dritteln der Republik gibt es Quartals- und Kontaktpauschalen, die kaum Rückschlüsse auf das Versorgungsgeschehen zulassen. Im restlichen Drittel wird gemäß einem bayerischen Einzelleistungssystem vergütet, das zumindest ansatzweise die Versorgungswirklichkeit abbildet. Allerdings fehlt auch hier die Verbindung zur stationären Versorgung, sodass unklar ist, ob bspw. die psychiatrische Institutsambulanz eine Art poststationäre Versorgung oder eine von der stationären weitgehend unabhängige ambulante Versorgung darstellt. Um den Prüfauftrag im Rahmen des § 17 d KHG abarbeiten zu können, bedarf es deshalb einer bundesweit einheitlichen Leistungsdokumentation, über die bislang auf Spitzenverbandsebene keine Einigung erzielt werden konnte. Der GKV-Spitzenverband hat hierfür ein Konzept vor-

¹⁹ Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) vom 29.06.1972, in der Fassung vom 10.04.1991, zuletzt geändert am 17.03.2009, BGBl. I, 534.

gelegt, das alternativ eine medizinisch differenzierte Abbildung ermöglicht („Bayern medical“) oder aber eine Art Basisdokumentation („Bayern light“) als Einstieg empfiehlt.²⁰ Unabhängig vom gesetzlichen Prüfauftrag bedarf es einer Reform der Vergütung der psychiatrischen Institutsambulanzen, die durch ein differenziertes Vergütungssystem bundesweit eine Substitution stationärer Leistungen ermöglicht.

13.7 Spezialärztliche Bedarfsplanung

13.7.1 Regionale Disparitäten: Arztmangel trotz Überversorgung?

Der wesentliche Anlass für das Versorgungsstrukturgesetz 2011 ist die regionale Ungleichverteilung von Ärzten. Insbesondere der drohende Mangel an Hausärzten auf dem Lande ist der Grund für zahlreiche gesetzliche Fördermaßnahmen. Inwieweit ein genereller Arztmangel existiert, ist strittig. So deutet schon die bloße Entwicklung der Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, die sich von 1990 mit 97 690 Ärzten auf 138 472 Ärzte im Jahr 2010 deutlich erhöht hat, auf eine Überversorgungssituation hin.²¹ Empirisch genauer aufgearbeitet wird die aktuelle Versorgungssituation u. a. im *Ärzteatlas 2011* (Klose und Rehbein 2011). Demnach ist z. B. in der hausärztlichen Versorgung lediglich in einem der 395 Planungsbereiche eine Unterversorgung, d. h. ein Versorgungsgrad unter 75 % festzustellen. Eine Überversorgung mit einem Versorgungsgrad von über 110 % ist hingegen in 182 Planungsbereichen vorzufinden. Anders sieht die Situation im fachärztlichen Bereich aus: So weisen z. B. im Bereich der Augenärzte 341 der 395 Planungsbereiche eine Überversorgung auf und lediglich ein Versorgungsbereich gilt als unterversorgt (Versorgungsgrad < 50 %).

Statt von einem generellen Arztmangel muss von regionalen und arztgruppenspezifischen Fehlverteilungen ausgegangen werden. Es gibt eine fachärztliche Überversorgung in Ballungsgebieten und eine ausgedünnte primärärztliche, d. h. insbesondere hausärztliche Versorgung in einigen ländlichen Regionen. Demnach gibt es also kein grundsätzliches Arztmangelproblem, sondern ein Verteilungsproblem.^{22 23}

Die Grundproblematik der „klassischen“ Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich ist das fehlende funktionsfähige Instrument, die Überversorgung abzubauen. So bestehen zwar aufgrund der Versorgungssituation für die einzelnen Arztgruppen in einem Großteil der 395 Planungsbereiche Zulassungssperren. Nichtsdesto-

20 Vgl. PIA-Dokumentation – Konzept des GKV-Spitzenverbandes und des KompetenzCentrums für Psychiatrie und Psychotherapie (KCCP), Haas et al. 2011.

21 Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): „Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2001“ und „Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister“ (Stand: 31.12.2010), <http://www.kbv.de/themen/125.html>.

22 Pressestatement des Stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes J.-M. v. Stackelberg vom 26.04.2011: „Wir haben in überversorgten Gebieten 25.000 niedergelassene Ärzte zu viel und in Mangelregionen lediglich 800 niedergelassene Ärzte zu wenig“.

23 Zur weiteren Vertiefung dieser Thematik sowie der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung vgl. u. a. GKV-Spitzenverband Januar 2011 sowie Schönbach et al. 2011.

trotz haben die Vertragsärzte bei Ausscheiden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V in einem übertersorgten Gebiet die Möglichkeit, ihre Praxis einem Nachfolger zu übertragen. So ist es aufgrund der Vererbbarkeit von Kassenarztzulassungen bislang nicht gelungen, die einmal entstandenen Ungleichgewichte zu beseitigen. Neben dem Aufkauf von Arztpraxen²⁴ sollten Zulassungen künftig grundsätzlich befristet werden (vgl. Abschnitt 13.7.3).

Es wird deutlich, dass der regionalen Ungleichverteilung der Ärzte nur mit einem wie auch immer gearteten Abbau der Überversorgung in Ballungszentren begegnet werden kann, und dass Über- und Unterversorgung zwei Seiten einer Medaille darstellen. Für die spezialärztliche Versorgung sollten insbesondere funktionsfähige Instrumente zur Vermeidung von Überversorgungssituationen implementiert werden.

13.7.2 „Doppelte Überversorgung“ in der spezialärztlichen Versorgung

Will man eine gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung mit spezialärztlichen Leistungen garantieren, dann bedarf es einer sektorübergreifenden Analyse sowie entsprechender Steuerungsinstrumente. Eine sektorübergreifende Analyse der deutschen Versorgungssituation steht erst ganz am Anfang. So existieren zwar zahlreiche grafische Darstellungen zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung und auch zur Krankenhausplanung, eine regionale Darstellung der spezialärztlichen Leistungserbringer, die aggregiert Krankenhausambulanzen und spezialisierte Fachärzte in räumlicher Verteilung darstellt, existiert aber bisher nicht.²⁵

Es gibt starke Indizien dafür, dass es in der spezialisierten Versorgung eine Art doppelte Überversorgung gibt: Zum einen sind die meisten spezialisierten Fachärzte in den Ballungszentren angesiedelt, zum zweiten sind auch die Krankenhäuser und deren Ambulanzen vorrangig in den Ballungszentren vorzufinden. Die statistische Analyse, ob hier eine Ungleichverteilung existiert, die über die Disparitäten der allgemeinen Facharztverteilung hinausgeht, muss noch geleistet werden.

Selbst wenn die analytische Aufbereitung noch in großem Umfang geleistet werden muss, besteht – aufbauend auf den Erfahrungen der bisherigen Bedarfsplanung – die Chance, in einem neuen Leistungsbereich von Anfang an einen funktionsfähigen Mechanismus zur Vermeidung von Über- und Unterversorgung zu implementieren.

13.7.3 Ausgestaltung einer spezialärztlichen Bedarfsplanung

Eine spezialärztliche Bedarfsplanung muss notwendigerweise sektorübergreifend sein. Teilweise werden bereits im Rahmen der jetzigen gesetzlichen Regelungen – sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich – die jeweils anderen Sek-

24 Vergleiche Prognos-Gutachten „Der Aufkauf von Arztpraxen als Instrument zum Abbau der regionalen Ungleichverteilung in der vertragsärztlichen Versorgung“ im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes (Prognos 2011).

25 Die Autoren müssen zugeben, dass der Versuch, die nicht unerheblichen datentechnischen Hürden zu überspringen und in diesem Krankenhaus-Report eine erste regionale Analyse vorzulegen, nicht von Erfolg gekrönt war.

toren mit im Planungsprozess berücksichtigt. So sind einerseits in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung gemäß § 99 SGB V die „Ziele und Erfordernisse der Krankenhausplanung zu beachten“ und andererseits erfolgt bspw. im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V die Zulassung bzw. Bestimmung der Krankenhäuser durch die Bundesländer „unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“. Insbesondere der hier zuletzt genannte Bereich, in dem Krankenhäuser verstärkt in die ursprünglich ambulanten Versorgungsgebiete Einzug erhalten, ist dabei nicht frei von gerichtlichen Auseinandersetzungen, in denen den Bundesländern im Rahmen der § 116 b-Zulassungsverfahren oftmals eine unzureichende Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation vorgeworfen wird. Daneben sind wiederum zentrale Bestandteile der spezialärztlichen Versorgung, wie bspw. das ambulante Operieren im Krankenhaus gemäß § 115 b SGB V, frei außerhalb jeglicher Planungsstrukturen angesiedelt. Auch hier fühlen sich Vertragsärzte zum Teil benachteiligt und es kommt aufgrund aktuell unterschiedlicher Regelungen der Leistungsmengenbegrenzung zu gerichtlichen Auseinandersetzungen.²⁶

Eine spezialärztliche Zulassungs- und Bedarfsplanung muss über die gegenseitige Berücksichtigung des jeweils anderen Sektors hinausgehen. Sie muss Zulassungsbedingungen definieren, die für Vertragsärzte und Krankenhäuser gleichermaßen gültig sind.

Diskussionswürdig ist die Frage, ob eine Bedarfsplanung für alle spezialärztlichen Leistungen notwendig ist. Die Bundesregierung hat im Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes die Sinnhaftigkeit einer Bedarfsplanung für § 116 b-Leistungen verneint und einen generellen, unbeschränkten Zulassungsanspruch geschaffen (vgl. Abschnitt 13.4.3). Es gibt aber im Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung eine ganze Reihe an Leistungen mit Potenzial zu einer ökonomisch motivierten Mengenausweitung. Einzelne Beispiele hierfür sind Arthroskopien, Koronarangiographien und humangenetische Diagnostik. Ohne jede Zulassungssteuerung würde hier ein attraktiver Versorgungsbereich entstehen, der wiederum die Arztmangelsituation auf dem Land verschärft.²⁷

Geht man davon aus, dass für einige spezialärztliche Leistungen eine Bedarfsplanung sinnvoll ist, für andere aber nicht, dann folgt daraus ein Steuerungsinstrumentarium, das je nach Leistung ein einfaches Zulassungsverfahren (ohne Bedarfsplanung) oder ein erweitertes Zulassungsverfahren (mit Bedarfsplanung) vorsieht. In beiden Fällen würden die Vorgaben durch den G-BA erfolgen. Dies sei im Folgenden näher erläutert.

1. Abgrenzung im Leistungskatalog

Es besteht grundsätzlich keine Notwendigkeit der Implementierung einer Bedarfsplanung für alle Leistungen des spezialärztlichen Leistungskataloges. Insbesondere für Leistungssegmente mit einer geringen Fallzahl bzw. in Spezialgebieten mit ei-

26 Vergleiche „Ambulante Operateure ziehen vors Verfassungsgericht“, Ärzte Zeitung online, 28.07.2011.

27 Die diesbezügliche pointierte Warnung der Krankenkassen lautet: „Wir wollen kein Gesundheitswesen, bei dem die Leute auf dem Land dahinsiechen und in den Ballungszentren die Gesunden operiert werden.“

ner bundesweit niedrigen Anzahl an dort tätigen Leistungserbringern ist eine umfangreiche Bedarfsplanung nicht zu rechtfertigen.²⁸ Lediglich wesentliche Leistungsbereiche – insbesondere diejenigen mit Potenzial zur ökonomisch motivierten Mengenausweitung – sollen in dieser Systematik einer Bedarfsplanung unterliegen. Die Leistungen im Leistungskatalog, die einer Bedarfsplanung unterliegen, sind dementsprechend gesondert zu kennzeichnen. Nur für die Erbringung dieser gekennzeichneten Leistungen soll ein erweitertes Zulassungsverfahren mit Mengenzuteilungen für die einzelnen Leistungserbringer eingeführt werden.

Durch die Differenzierung der Leistungen des Leistungskataloges wird der Aufwand, der mit einer Bedarfsplanung, einer erweiterten Zulassung und Mengenzuteilungen einhergeht, auf die wesentlichen Leistungsbereiche eingegrenzt und bietet die Möglichkeit, auch im Zeitverlauf flexibel einzelne Leistungen durch Kennzeichnung oder Löschung der Kennzeichnung dem Bedarfsplanungsprozedere zuzuführen bzw. zu entziehen.

Für etliche bezüglich ihrer Menge und ihres Ausgabenvolumens relevanten § 115 b-Leistungen (z. B. Arthroskopien oder Koronarangiographien) erscheint eine Bedarfsplanung vor diesem Hintergrund sinnvoll. Ebenso kann dies in Teilbereichen des § 116 b, d. h. der Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, wie z. B. Herzinsuffizienz, der Fall sein. Es gibt aber auch Teilbereiche des § 116 b, wie die seltenen Erkrankungen, in denen eine umfangreiche Planung nicht erforderlich ist und der entstehende Mehraufwand einer Bedarfsplanung mit gesonderten Zulassungsverfahren und Mengenzuteilungen auf die einzelnen Leistungserbringer nicht zu rechtfertigen wäre. Hier wird auf eine Kennzeichnung der Leistungen und damit auf eine Bedarfsplanung verzichtet.

2. G-BA-Vorgaben zur Grundstruktur

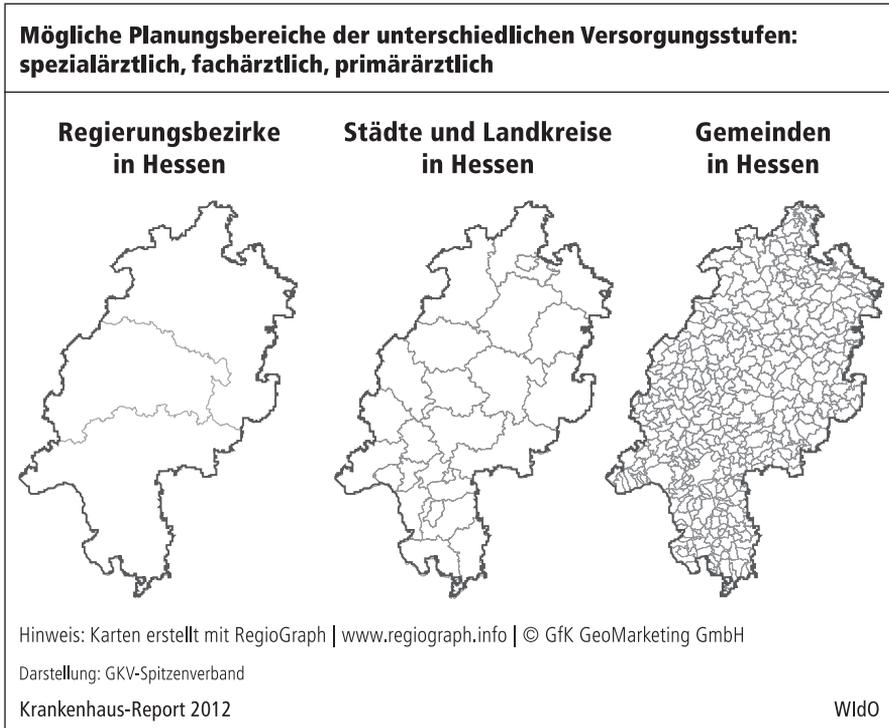
In der bisherigen vertragsärztlichen Bedarfsplanung wird eine Verhältniszahl Einwohner je Arzt vom G-BA je nach raumordnungsspezifischer Planungskategorie und Arztgruppe festgelegt.²⁹ Basis der spezialärztlichen Bedarfsplanung sollten wie auch im Vertragsärzterbereich bundesweit einheitliche Vorgaben des G-BA sein. Wesentlich ist die Frage, wie die Krankenhäuser bzw. Krankenhausärzte in die Bedarfsplanung und die zu schaffenden spezialärztlichen Verhältniszahlen einzubeziehen sind. Die konkrete Ausgestaltung sollte entweder auf die Anzahl der Arztvollzeitäquivalente oder auf entsprechend festzulegende Leistungskennzahlen erfolgen. Eine in Bezug auf die altersstandardisierte Einwohnerzahl festzulegende Anzahl an Kataraktoperationen könnte z. B. als Indikator für eine Über- oder Unterversorgung einer Planungsregion in der spezialärztlichen Augenversorgung herangezogen werden.

Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt der spezialärztlichen Bedarfsplanung ist die Festlegung der räumlichen Struktur, d. h. der relevanten Planungsbereiche.

28 Auch in der jetzigen vertragsärztlichen Bedarfsplanung werden Arztgruppen gemäß § 101 Abs. 2 Nr. 2 SGB V erst in die Bedarfsplanung einbezogen, falls die Anzahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit 1 000 übersteigt.

29 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 15.02.2007, zuletzt geändert am 15.07.2010, in Kraft getreten am 27.11.2010, BAnz 2010, 3954.

Abbildung 13–7



Die bisherigen Planungsbereiche sind gemäß § 2 Abs. 3 der Bedarfsplanungsrichtlinie die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion. Es ist sinnvoll, im Rahmen der spezialärztlichen Versorgung die Planungsbereiche großräumiger anzulegen. Sinnvoll wären Planungsbereiche ab ca. einer Mio. Einwohner. Je nach Struktur des Bundeslandes (u. a. Bevölkerungsverteilung, Flächenstruktur) könnten so für spezialärztliche Planungsbereiche bspw. Regierungsbezirke, falls in dem Bundesland existent, als Aggregationsebene dienen. In der Grafik werden am Beispiel des Bundeslandes Hessen mögliche unterschiedliche Planungsbereichsgrößen der primärärztlichen, fachärztlichen und spezialärztlichen Versorgung dargestellt (vgl. Abbildung 13–7). Eine wie auch immer ausgestaltete kleinräumige Planung ist dabei lediglich für die primärärztliche, d. h. insbesondere hausärztliche Versorgung zweckmäßig. Die Festlegung der Kriterien zur räumlichen Strukturierung der Planungsbereiche hat im G-BA zu erfolgen.

3. Einfaches und erweitertes Zulassungsverfahren auf Landesebene

Sowohl das einfache als auch das erweiterte Zulassungsverfahren sollten durch ein Gremium auf Landesebene erfolgen. Dazu wird der spezialärztliche Zulassungsausschuss aus stimmberechtigten Vertretern der Kostenträger (Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen) und Leistungserbringer (Kassenärztlichen Vereinigungen und Landeskrankenhausesellschaften) gebildet. Der Zulassungsausschuss soll zunächst für alle Leistungsbereiche die Erfüllung der vom G-BA vorge-

Abbildung 13–8



gebenen Voraussetzungen (personell, sächlich, Qualitätssicherung, Mindestmengen) der Leistungserbringer prüfen und bei Erfüllung dieser Kriterien eine entsprechende Zulassung erteilen. Zur Vermeidung einer langfristigen Überversorgung in der spezialärztlichen Versorgung bedarf es unabhängig vom Leistungssegment einer Befristung der Zulassung. Grundsätzlich sollten die Zulassungen auf fünf bis zehn Jahre befristet werden. Eine solche zeitliche Befristung erhält auch die Handlungsfähigkeit der Gesundheitspolitik, weil andernfalls die bereits absehbaren Veränderungen der spezialärztlichen Versorgung als Eingriffe in Eigentumsrechte beklagt werden könnten.

Beim erweiterten Zulassungsverfahren für gekennzeichnete Leistungen erfolgt eine Zuweisung von Leistungsmengen bzw. eine Festlegung von leistungsbezogenen Grenzwerten für den einzelnen zugelassenen Leistungserbringer (vgl. Abbildung 13–8). Basis der Verteilungen entsprechender Leistungsmengen sind Vorgaben und Anhaltswerte des G-BA zur sektorübergreifenden Bedarfsplanung. Die Leistungsmenge wird hierbei nach einer einheitlichen Zuordnungssystematik auf die spezialärztlichen Leistungserbringer verteilt. Ein Leistungserbringer ist mit dieser erteilten erweiterten Zulassung berechtigt, ein bestimmtes Volumen zu einem festen Preis zu erbringen. Bei Überschreitung dieses Volumens bzw. der leistungsbezogenen Grenzwerte erfolgt ein einheitlich auf Bundesebene festzulegender prozentualer Abschlag von der Vergütung.³⁰

30 Im Vertragsärztlichbereich existieren bereits Abwertungsmechanismen in überversorgten Gebieten (§ 87 Abs. 2e SGB V) zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens, die allerdings durch das

13.8 Direktverträge für spezialärztliche Leistungen

Durch das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)³¹ werden die Krankenkassen in einen harten Wettbewerb um Zusatzbeiträge geschickt. Dieser ergibt ordnungspolitisch nur Sinn, wenn die Krankenkassen auch Möglichkeiten haben, zum Wohle der Versicherten Zusatzbeiträge zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. Neben dem kollektiven Vertragsregime wird deshalb ein zunehmend bedeutsamer Bereich selektiver kassenspezifischer Verträge zu definieren sein. Bei der Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung ist dies zu berücksichtigen.

Für den Krankenhausbereich liegen GKV-Konzepte zur Ausgestaltung des Wettbewerbs vor (vgl. Leber et al. 2008). So wird auch für die spezialärztliche Versorgung zu entscheiden sein, welche Bereiche kollektivvertraglich bleiben und welche für „Direktverträge“ (Selektivverträge) geöffnet werden. Überträgt man die Argumentationsmuster auf die spezialärztliche Versorgung, so sollten Notfallleistungen und Bereiche mit der Gefahr von Patientenselektion (insbesondere seltene Krankheiten) kollektivvertraglich bleiben. Elektive Leistungen hingegen, insbesondere jene, die standardisierte Massenleistungen mit Tendenz zur Überversorgung und häufig sind, sollten für Direktverträge geöffnet werden. Der Abschluss von Direktverträgen sollte in einem geregelten Ausschreibungsverfahren unter Einbeziehung qualitätssichernder Maßnahmen erfolgen. Krankenhäuser und Vertragsärzte sollten sich gleichberechtigt an den Ausschreibungen beteiligen können. Den Ländern kommt eine Aufsichtsfunktion im Sinne des Verbraucherschutzes zu.

Der spezialärztliche Bereich weist einen bedeutsamen Anteil standardisierbarer Elektivleistungen aus, so z. B. weite Bereiche des ambulanten Operierens. Gleichwohl wird die spezialärztliche Versorgung nicht ausschließlich selektivvertraglich geregelt werden können. Das Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen bedarf deshalb klarer gesetzlicher Regelungen. Die Ausschreibung von Leistungen ist insbesondere dann sinnvoll, wenn dem Bedarf ein Übermaß an Leistungserbringern gegenübersteht. Überversorgungssituationen könnten deshalb Auslöser für eine Direktvertragsausschreibung sein.

Ausgangspunkt für Direktverträge könnte eine Neufassung des § 115 b SGB V sein. Wie bisher würde der Katalog für ambulantes Operieren (AOP-Katalog), der derzeit rund 2 600 Positionen enthält, dreiseitig verhandelt werden, allerdings in der oben beschriebenen G-BA-Parität. Innerhalb dieses Katalogs könnten bestimmte Leistungen, die sich für Direktverträge eignen, gesondert gekennzeichnet werden. Krankenkassen hätten dann die Möglichkeit, diese Leistungen in Ballungsgebieten auszuschreiben, wobei der Versicherte die Mehrkosten zu tragen hätte, wenn er Leistungserbringer wählt, die nicht den Zuschlag im Ausschreibungsverfahren erhalten haben. Im Rahmen eines bundesweiten Meldeverfahrens würde Transparenz über Ausschreibung und Verträge hergestellt.

GKV-FinG ausgesetzt wurden und durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (Gesetzesentwurf) vollständig gestrichen werden.

31 Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 22.12.2010, BGBl. I, 2309, gültig ab 01.01.2011.

13.9 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

In der Politik und im Kreise der Qualitätssicherungsexperten besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass wesentliche Aspekte medizinischer Versorgungsqualität nur mit sektorenübergreifenden Instrumenten beurteilbar sind. Der gesetzgeberische Schritt zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (QS) im GKV-WSG war deshalb zukunftsweisend. Die Fortschritte bei der Einführung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sind allerdings ernüchternd. Es ist derzeit absehbar, dass frühestens 2016 erste belastbare Zahlen diskutiert werden können – immerhin neun Jahre nach dem parlamentarischen Beschluss (Inkrafttreten des GKV-WSG am 01.04.2007). Nimmt man die Etablierung neuer Verfahren zum Maßstab, dann muss man von verlorenen Jahren in der Qualitätssicherung sprechen. Ursächlich für die quälend langsame Entscheidungsfindung im zuständigen G-BA sind die sektoralen Anbieterorganisationen DKG und KBV, die sektorübergreifende Prozesse als Bedrohung der eigenen Organisationsmacht sehen. Konzeptionelles Neuland und die in der Tat nicht trivialen Datenprozesse sind willkommener Anlass, die Phase sektoraler Qualitätssicherung ad infinitum zu perpetuieren.

Zur Verzögerung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung trägt auch bei, dass, u. a. getrieben vom neuen QS-Institut AQUA, die sektorenübergreifende Qualitätssicherung als Neukonstruktion neben die bestehenden sektoralen Verfahren gesetzt wird. Wesentlich schneller wäre es, die bestehenden sektoralen Verfahren in Richtung sektorgleicher Anwendung und in Richtung sektorenübergreifender Verlaufsbeobachtung zu erweitern. Paradebeispiel für ein insuffizientes sektorales Verfahren, das in Richtung Verlaufsbeobachtung und sektorgleicher Anwendung erweitert werden müsste, ist das von der Kassenärztlichen Vereinigung dominierte Qualitätssicherungsverfahren der Dialyse. Ein erster Versuch, das Zeitfenster zu öffnen und fallübergreifende Qualitätssicherungsmessung zu ermöglichen, wird derzeit für Hüft- und Kniegelenkersatz beschränkt.

Gesetzgeberischer Weiterentwicklungsbedarf besteht bei der Einbeziehung von Routinedaten zwecks aufwandsarmer Qualitätsmessung. Aussichtsreichster erster Schritt dürfte die Verwendung von Kassendaten zur Messung von Mortalität sein. Mittelfristig sind auch weitere Behandlungsdaten in die Qualitätssicherungsmessung einzubeziehen. Insgesamt bleibt die Qualitätssicherung ein vieldimensionaler Prozess, der auch zur Grundlage einer ergebnisorientierten Vergütung (P4P) werden könnte. Eine Übersicht über mehr als 2000 Indikatoren bietet der Qualitätsindikatorenthesaurus Quinth des GKV-Spitzenverbandes.³²

Die größten Fortschritte sind derzeit im Bereich Transparenz identifizierbar. Der Qualitätsbericht der Krankenhäuser wird gemäß Änderung im Infektionsschutzgesetz³³ künftig jährlich erscheinen und aufgrund des G-BA-Beschlusses vom 19.05.2011 182 statt bislang 28 Indikatoren enthalten. Für den spezialärztlichen Bereich besteht gesetzgeberischer Handlungsbedarf, damit alle Leistungserbringer gleichermaßen ihre Leistungen und ihre Qualität darstellen. Bisher ist die Veröffentli-

32 Vergleiche <http://quinth.gkv-spitzenverband.de>.

33 Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom 20.07.2000, zuletzt geändert durch Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28.07.2011, BGBl. I, 1622.

lichungspflicht auf Krankenhäuser beschränkt. Künftig müssten Vertragsärzte im spezialärztlichen Bereich zu einem vergleichbaren Qualitätsbericht verpflichtet werden. Grundlage für die Qualitätsberichte müssten vor allem „sektorgleiche“ Qualitätsverfahren sein, also eine identische Anwendung von Qualitätsverfahren unabhängig vom Rechtsstatus. Eine Qualitätsdokumentation müsste also verpflichtend sein, unabhängig davon, ob die Leistung im Rahmen einer stationären, einer teilstationären oder einer ambulanten Leistung erbracht wird.

13.10 Nächste Schritte

Die Darstellung des fast 100-jährigen deutschen Sonderweges lässt vermuten, dass die Neugestaltung des Grenzbereichs zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht mit einem kurzen Federstrich erledigt werden kann. Es bedurfte zweier Jahrzehnte, um seit Anfang der 90er Jahre ambulante Krankenhaustätigkeit im deutschen Gesundheitswesen zu etablieren. Es dürfte ähnlich lange dauern, bis in diesem nunmehr „spezialärztlich“ benannten Bereich gleiche Rechtsbedingungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte geschaffen worden sind. Unklar ist, ob dabei ein neuer umfassender Paragraf entsteht, der alle Leistungsbereiche – vom ambulanten Operieren über die psychiatrische Institutsambulanz bis hin zur Hochschulambulanz – einheitlich regelt. Sofern es weiterhin unterschiedliche Paragrafen gibt, sollte es allerdings gelingen, einige Strukturprinzipien einheitlich zu verankern:

1. Bundeseinheitliche Abgrenzung des Leistungsspektrums
2. G-BA-paritätische Verhandlungsstrukturen über Preise und Mengen auf Landesebene
3. Differenzierte Gebührenordnungen
4. Geordnete Zulassungsverfahren sowie eine spezialärztliche Bedarfsplanung
5. Wettbewerbslich ausgerichtete Direktverträge für ausgewählte spezialärztliche Leistungen

Der vordringlichste Bereich, den es gesetzlich zu regeln gilt, ist das ambulante Operieren. Dieser kann vergleichsweise schnell reguliert werden, weil bereits in Form des AOP-Katalogs eine einheitliche Leistungsabgrenzung existiert. Adäquate Verhandlungsstrukturen können quasi ohne Vorarbeiten etabliert werden.

Die Entwicklung neuer, differenzierter Gebührenordnungen auf empirischer Basis ist eher ein Prozess mit mittelfristiger Perspektive. Dies gilt insbesondere dann, wenn bislang keine Dokumentation vorhanden ist, auf die aufgebaut werden könnte (psychiatrische Institutsambulanzen, Hochschulambulanzen, teilstationäre Leistungen). Entscheidend ist hier eine klare gesetzliche Vorgabe für eine mehrstufige Entwicklung des Vergütungssystems.

Kompliziert und erst mit längeren Vorarbeiten zu bewältigen ist die eng mit der Gebührenordnung verbundene Frage von Innovationen. Für Krankenhäuser gilt im Wesentlichen der sogenannte Verbotsvorbehalt, d. h. Leistungen können auch ohne Nutznachweis erbracht werden, es sei denn, sie sind per Verbot ausgeschlossen. Für Leistungen in der ambulanten Versorgung wird hingegen – vor Aufnahme in die Gebührenordnung – ein Nutznachweis verlangt (sogenannter Erlaubnisvorbe-

halt). Welches Prinzip für die spezialärztliche Versorgung gilt, ist nicht ganz eindeutig, weil zwar für Krankenhäuser prinzipiell kein Nutznachweis verlangt wird, die Verwendung des EBM (zumindest bei § 115 b- und § 116 b-Leistungen) das Methodenspektrum jedoch wieder auf Verfahren mit Nutznachweis einschränkt. Die Krankenkassen sprechen sich langfristig für einen kontrollierten Innovationsprozess aus, bei dem neue Verfahren zunächst unter Studienbedingungen überprüft werden, bevor sie flächendeckend Teil der Versorgung werden. Der erste gesetzgeberische Schritt wäre hier allerdings eine bundesweite Dokumentation (insbesondere bei Hochschulambulanzen und teilstationären Leistungen), die Aussagen darüber erlaubt, welche Leistungen eigentlich in der spezialärztlichen Versorgung erbracht werden. Hier steht die empirische Aufbereitung erst am Anfang.

Literatur

- Ärzte Zeitung online. „Ambulante Operateure ziehen vors Verfassungsgericht“, 28.07.2011. http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/recht/article/664560/ambulante-operateure-ziehen-vors-verfassungsgericht.html?sh=2&h=-639600403.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin, 05.09.2011. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/069/1706906.pdf>
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG). „Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung – Vorschläge der DKG im Überblick“, Berlin, 15.02.2011. http://www.dkg-ev.de/dkg.php/cat/103/aid/2610/title/Positionen_der_DKG.
- Deutsches Ärzteblatt 2009, 106(12), 20.03.2009.
- GKV-Spitzenverband. Zukunft der ambulanten Versorgung: differenzierte, sektorübergreifende Versorgungsplanung – Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten der vertragsärztlichen Versorgung. Berlin, Januar 2011. http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2011-01-24_Positionspapier_Bedarfsplanung_17161.pdf.
- GKV-Spitzenverband. Spezialärztliche Versorgung – GKV-Positionen zur Neuordnung ambulanter Leistungen von Krankenhäusern und spezialisierten Vertragsärzten. Berlin, April 2011. http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2011-04-23_Positiospapier_Spezialaerztliche_Versorgung_17162.pdf.
- Haas A et al. PIA-Dokumentation – Konzept des GKV-Spitzenverbandes und des Kompetenzzentrums für Psychiatrie und Psychotherapie (KCCP) zur Erfassung der Leistungen in den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), Berlin, 20.04.2011, http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Psychiatrie_PIA_Dokumentation.gkvnet.
- IGES. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG „Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008)“, Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK), Berlin, Juni 2011. http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung_gem_17b_Abs_8_KHG/Begleitforschung_gem_17b_Abs_8_KHG6#bgl_zykl.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Neuausrichtung der ambulanten medizinischen Versorgung – Gesundheitspolitische Vorschläge der KBV. 12.01.2010. <http://www.kbv.de/25545.html>.
- Klose J, Rehbein I. Ärzteatlas 2011 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2011.
- Lauterbach K et al. Bestandsaufnahme der Rolle von Ambulanzen der Hochschulkliniken in Forschung, Lehre und Versorgung an ausgewählten Standorten (Hochschulambulanzenstudie), Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), St. Augustin, 2003. http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Gutachten_Ambulanzen_26.pdf.

- Leber WD. „§ 115 x: Spezialärztliche Versorgung – Ein Reformprojekt ab 2011“, In f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 6/2010, Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Mel-sungen; 572 ff.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv wird selektiv – Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H. Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 81–106.
- Leber WD, Wolff J. G-DRG-Entwicklung aus Sicht der Krankenkassen. In: Roeder N, Bunzemeier H. Kompendium zum G-DRG-System 2011 – News und Trends. Düsseldorf: Deutsche Kranken-hausverlagsgesellschaft 2011; 61–190.
- Prognos. „Der Aufkauf von Arztpraxen als Instrument zum Abbau der regionalen Ungleichverteilung in der vertragsärztlichen Versorgung“, Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Basel, 30.05.2011. http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Gutachten_Aufkauf_Arztpraxen_110630_16991.pdf.
- Schönbach KH, Wehner C, Malzahn J. Zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2011. Stuttgart: Schattauer 2011; 173–196.