

**Die immer noch ungelösten Probleme an der  
Schnittstelle ambulant/stationär im deutschen  
Gesundheitswesen**

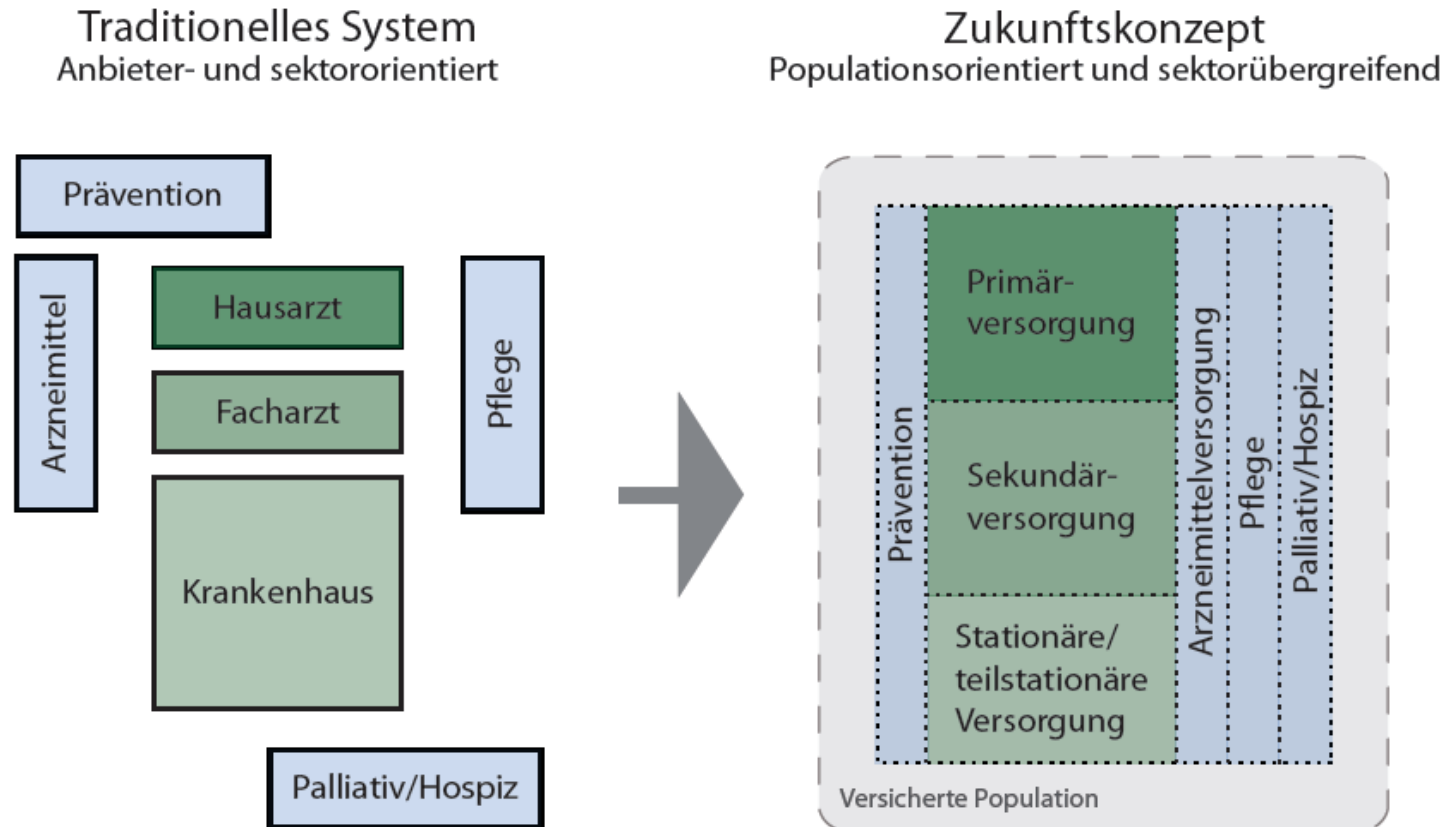
**Referat im Rahmen des Gesundheitspolitischen  
Kolloquiums des Fördervereins für ärztliche Fortbildung  
in Hessen e.V. am 01.06.2016 in Frankfurt**

## **Die immer noch ungelösten Probleme an der Schnittstelle ambulant/stationär im deutschen Gesundheitswesen**

**Referat im Rahmen des Gesundheitspolitischen Kolloquiums  
des Fördervereins für ärztliche Fortbildung in Hessen e.V.  
am 01.06.2016 in Frankfurt**

1. Die Schnittstelle ambulant/stationär als potentieller Ansatzpunkt eines innovativen Qualitätswettbewerbs
2. Ambulante versus stationäre Behandlung
3. Die ambulant-sensitiven Krankenhausfälle
4. Gestaltungsmöglichkeiten von Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten
5. Rahmenbedingungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb an der Schnittstelle ambulant/stationär
6. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
7. Reformperspektiven bei den besonderen Versorgungsformen und der selektiven Vertragsgestaltung
8. Weitere Empfehlungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb an der Schnittstelle ambulant/stationär

## Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung



Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2009, Ziffer 1179.

## **GKV-Modernisierungsgesetz zur Schnittstellenproblematik (Gesetzentwurf)**

„Sinn einer integrierten Versorgung ist vor allem, die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme so besser in den Griff zu bekommen. Die medizinische Orientierung des Leistungsgeschehens hat Priorität. Anstrengungen zur Qualitätssicherung und zur optimierten, die Leistungssektoren übergreifende Arbeitsteilung unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgesichtspunkten sollen gefördert und nicht durch bestehende Zulassungsschranken behindert werden“  
(S. 352).

## Ambulante versus stationäre Behandlung

- Sofern zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor substitutive Beziehungen vorliegen, fordert § 39 Abs. 1 SGB V eine ambulante Behandlung. Versicherte besitzen erst dann einen Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung, wenn sich das Behandlungsziel „nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung“ erreichen lässt.
- Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen betonte vor allem in seinem Sondergutachten 2012 (Ziffer 290ff.), dass in Deutschland auch im Vergleich zu ähnlich entwickelten Gesundheitssystemen noch ein beachtliches nicht ausgeschöpftes ambulantes Substitutionspotential existiert.
- Leistungsverlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich sollten im Sinne von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung immer dann stattfinden, wenn sie
  - die gesundheitlichen Outcomes, d.h. Lebenserwartung und –qualität, verbessern,
  - den Präferenzen der Patienten mehr entsprechen oder
  - kostengünstiger erfolgen.

## Verweildauer von aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten nach Verweildauern im Jahre 2014

VD-Klasse	Anzahl	Anteil in Prozent
Insgesamt	19632764	100
Stundenfall	559693	2,9
1 Tag	2707884	13,8
2 Tage	2885115	14,7
3 Tage	2429388	12,4
4 Tage	1906630	9,7
5 Tage	1403824	7,2
6 Tage	1111621	5,7
7 Tage	999785	5,1
8-9 Tage	1432693	7,3
10-12 Tage	1276872	6,5
13-14 Tage	609516	3,1
15-21 Tage	1094880	5,6
22-28 Tage	482468	2,5
29-35 Tage	245152	1,2
36-42 Tage	153408	0,8
43-70 Tage	235454	1,2
71-182 Tage	94476	0,5
183-365 Tage	3640	0,0
über 365 Tage	265	0,0

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausdiagnosestatistik, Wiesbaden 2016.

## Entwicklung der Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung von 2011 auf 2012\*

Bremen	0,4
Schleswig-Holstein	0,3
Sachsen-Anhalt	0,1
Nordrhein-Westfalen	-0,4
Saarland	-0,7
Hessen	-0,9
Rheinland-Pfalz	-0,9
Thüringen	-1,1
Hamburg	-1,3
Westfalen-Lippe	-1,3
Niedersachsen	-1,6
Brandenburg	-1,8
Sachsen	-1,8
Baden-Württemberg	-2,1
Bayern	-2,1
Mecklenburg-Vorpommern	-2,2
Berlin	-2,5
Bundesweit	-1,4

\*) Demographiebereinigte Entwicklung des stationären (vollstationäre Berechnungs- bzw. Belegungstage) und des ambulanten Leistungsbedarfs (nach einheitlichem Bewertungsmaßstab) für ausgewählte ICD-Kapitel.

Quelle: Versorgungsatlas 2016

## Ambulant – sensitive Krankenhausfälle (ASK)

- ASK stellen potentiell vermeidbare Krankenhausaufenthalte dar, d.h. es handelt sich um Hospitalisierungen, die bei effektiven Behandlungen im ambulanten Sektor unterbleiben könnten.
- Nach einer Studie auf Basis der 413 Kreise und kreisfreien Städte korreliert in einem mittleren Bereich der Versorgungsdichten, zu dem die Mehrheit dieser Regionen gehört, ein Anstieg der standardisierten Anzahl ambulant tätiger Ärzte stark mit sinkenden ASK-Raten (vgl. Sundmacher, L. und Busse, R. 2012).
- Weitere neuere Studien belegen diesen Zusammenhang zwischen der ambulanten (Fach-)Arztdichte und der Häufigkeit von ASK. Dabei hängt die Stärke der Korrelation auch vom jeweiligen Niveau der ambulanten Leistungen ab, d.h. bei einem niedrigen Ausgangsniveau bestehen engere Bezüge. Zudem fällt diese Korrelation zwischen ambulanter Facharztdichte und sinkenden ASK-Raten bei Fachärzten stärker als bei Hausärzten aus.



## ASK-Fälle je 100.000 Einwohner auf Basis eines Querschnitts aus dem Zeitraum 2009 bis 2011 nach Bundesländern\*

Sachsen-Anhalt	6.659,2
Thüringen	6.446,1
Nordrhein-Westfalen	6.150,1
Mecklenburg-Vorpommern	6.048,9
Brandenburg	6.030,7
Saarland	6.009,4
Rheinland-Pfalz	5.990,2
Bayern	5.412,7
Niedersachsen	5.372,3
Sachsen	5.291,1
Hessen	5.280,3
Hamburg	4.880,3
Berlin	4.878,2
Schleswig-Holstein	4.778,7
Bremen	4.618,2
Baden-Württemberg	4.299,1

\*Konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen

Quelle: Versorgungsatlas 2016.

## Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser

<b>Ermächtigungen § 116 SGB V ff.</b>	Ambulante Leistung im Krankenhaus § 116 SGB V
<b>Ambulantes Operieren § 115b SGB V</b>	Psychiatrische Institutsambulanzen § 118 SGB V
<b>Vor- und nachstationär § 115a SGB V</b>	DMP §137f SGB V
<b>Sozialpädiatrische Zentren § 119 SGB V</b>	Ambulante Versorgung bei Unterversorgung § 116a SGB V
<b>Hochschulambulanzen § 117 SGB V</b>	Spezialambulanzen an Kinderkliniken § 120 SGB V
<b>Teilstationär § 39 SGB V</b>	Notfallambulanzen EBM
	Medizinische Versorgungs- zentren § 95 SGB V

Quelle: GKV-Spitzenverband: Geschäftsbericht 2011, S. 35.

## Möglichkeiten niedergelassener Fachärzte zur Positionierung an der Schnittstelle zum stationären Sektor

- Belegärztliche Leistungen (§ 121)
- Praxiskliniken (§ 115)
- Dreiseitige Verträge (§ 115)
- Gründung von Dienstleistungsgesellschaften durch Kassenärztliche Vereinigungen (§ 77a)
- Optionen im Rahmen des Vertragsarztrechtes
  - Anstellung von Ärzten ohne zahlenmäßige Begrenzung, auch fachgebietsübergreifend und in Teilzeit, im Rahmen der Bedarfsplanung
  - Tätigkeit in Zweigpraxen, auch im Bezirk anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen)
  - Tätigkeit in oder Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung
  - Gründung von örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, auch über die Grenzen von KVen hinweg, zur Erbringung aller oder einzelner Leistungen

Quelle: Eigene Darstellung

## Rahmenbedingungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern

- Für niedergelassene Fachärzte und Krankenhäuser gleiche
  - Leistungsdefinitionen,
  - Qualitätssicherung,
  - Zugangsmöglichkeiten zu neuen Behandlungsmethoden,
  - Preise von veranlassten Leistungen, z.B. Arzneimitteln,
  - Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung,
  - Ausgestaltung von Selektivverträgen,
  - Spezielle Regulierungen, wie z.B. Mindestmengen, Mengengrenzungen (Regelleistungsvolumina) und Bedarfsplanung mit gesperrten Bereichen
  - Auch: Kooperationsvereinbarungen zwischen niedergelassenen (Fach-)Ärzten und Krankenhäusern

Quelle. Eigene Darstellung.

## § 116b SGB vor Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

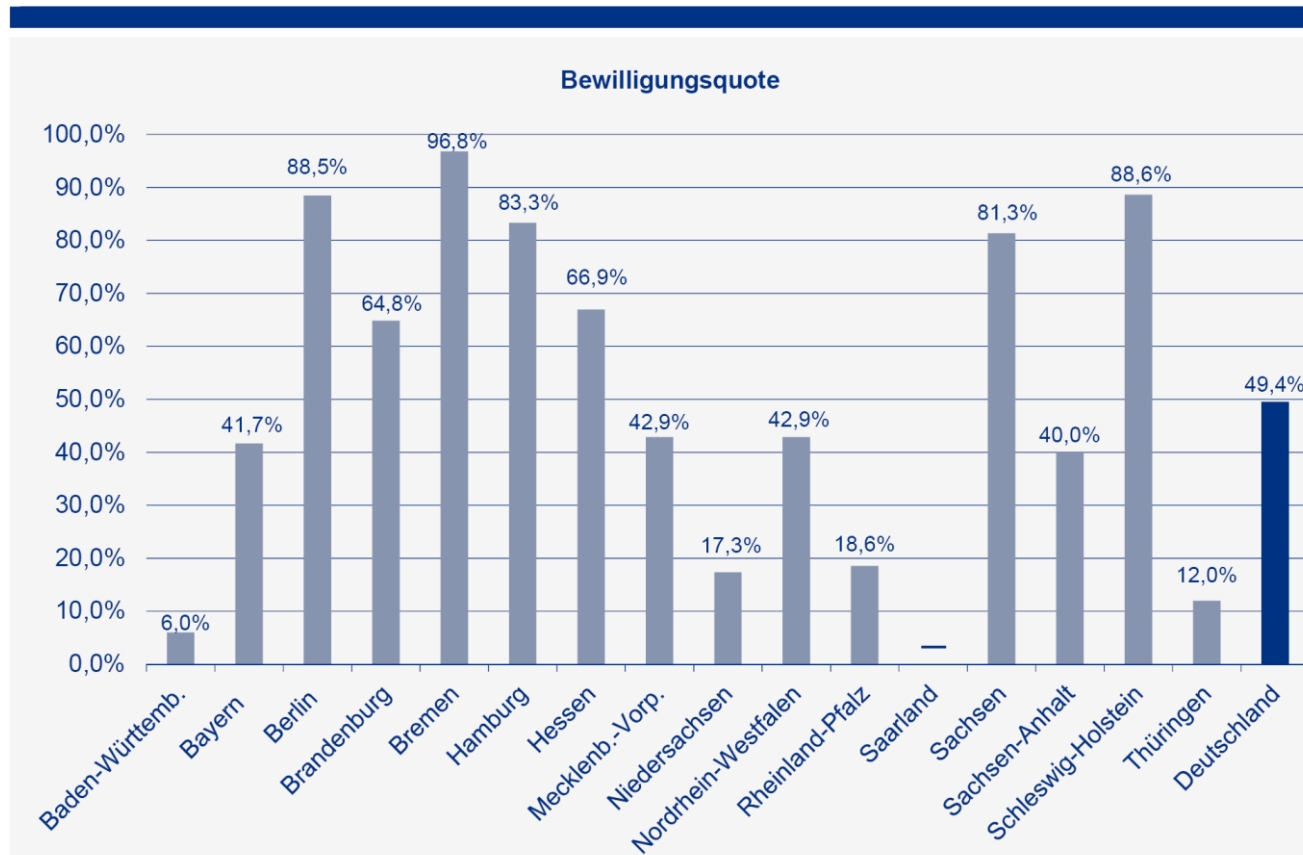


Abbildung 24: Vergleich der § 116b-Bewilligungsanteile nach Bundesländern, n=991 Anträge

\* Unterschied zwischen den Ländern ist signifikant ( $p < 0,001$ ) gemäß H-Test nach Kruskal-Wallis

Quelle: Eigene Darstellung

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen:  
Sondergutachten 2012, Ziffer 322.

## Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V

- Die ASV umfasst „die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern“.
- Hierzu gehören:
  - (1) Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, wie z.B. onkologische Erkrankungen und HIV/AIDS
  - (2) seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen, wie Tuberkulose und Muskoviszidose sowie
  - (3) hochspezialisierte Leistungen, wie CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder Brachytherapie.

Bei (1) strich das GKV-VSG vom 23.07.2015 das Erfordernis der „schweren Verlaufsformen“; im Gesetzentwurf zum GKV-VStG vom 27.07.2011 fehlte dieses Kriterium ebenfalls.

## Reformperspektiven bei den besonderen Versorgungsformen und der selektiven Vertragsgestaltung

- Ergebnisoffener Wettbewerb zwischen selektiver und kollektiver Vertragsgestaltung mit dem Ziel, Qualitätswettbewerb auch innerhalb der KVen auszulösen; kein Ersatz der KVen durch monopolistische private Verbände
- Gleiche Chancen für alle besonderen Versorgungsformen; kein Zwang zum Angebot einer speziellen Variante, aber auch keine Einengung des Vergütungsspielraumes
- Sektorenübergreifende Orientierung als notwendige Bedingung für die besondere Versorgung nach § 140a-d SGB V
- Einbeziehung der strukturierten Behandlungs- bzw. Disease Management-Programme in den § 140a SGB V
- Obligatorische Evaluation bei bestimmten selektiven Verträgen, aber nur bei spezieller finanzieller Förderung
- Option selektiver Verträge für ein bestimmtes Spektrum ausgewählter Krankenhausleistungen
- Stärkerer Einbezug von Rehakliniken, Pflegeeinrichtungen sowie pharmazeutischen und Medizinprodukteherstellern in die besonderen Versorgungsformen

## Empfehlungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb an der Schnittstelle ambulant/stationär

- Errichtung eines Systems von validen Qualitätsindikatoren zur Erhöhung der Transparenz und als Basis eines Qualitätswettbewerbs
- Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen an den Schnittstellen der Sektoren bezüglich Leistungsdefinitionen, Qualitätsstandards, Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung und Genehmigung neuer Behandlungsmethoden
- Erweiterung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung u.a. um ambulante Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationäre Kurzzeitfälle
- Selektivvertragliche Gestaltung dieses Versorgungsbereichs
- Geringere Regulierung der Eigentumsverhältnisse
- Angleichung der Honorierungssystematik von stationären Kurzzeitfällen und vergleichbaren ambulanten Behandlungen