

Wettbewerbliche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems an der Schnittstelle von der ambulanten zur stationären Versorgung

1 Einleitung

Die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens muss einen zentralen Stellenwert bei jeder Gesundheitsreform, die diesen Namen verdient, einnehmen. Der Ausgestaltung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie innerhalb der Leistungserbringer kommt hierbei eine wesentliche Rolle zu. Vor diesem Hintergrund hat mich die Deutsche Krankenhausgesellschaft gebeten, die notwendigen Reformschritte an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im Kontext der Gesundheitsreform 2003 zu untersuchen.

Die Expertise ist wie folgt aufgebaut: In Abschnitt 2 wird zunächst auf die Ausgangssituation und die sich daraus ableitbaren generellen Handlungsnotwendigkeiten eingegangen. In Abschnitt 3 wird der besondere Handlungsbedarf an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung untersucht, und es werden diesbezüglich notwendige Reformschritte entwickelt. In Abschnitt 4 wird auf die vorliegenden Reformvorstellungen der politischen Partei-

en und des BMGS in der aktuellen Reformdebatte in Bezug auf Neuregelungen an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung eingegangen.

2 Ausgangssituation und Handlungsbedarf

Es besteht ein weitgehender Konsens in der Analyse, dass das bundesdeutschen Gesundheitswesen durch ein hohes Maß an sektoraler Segmentierung und daraus resultierenden Problemen des Schnittstellenmanagements gekennzeichnet ist. Dies gilt etwa für die im internationalen Vergleich eher ungewöhnliche Ausgestaltung der Trennung zwischen Akutmedizin und Rehabilitation, für die Form der Abgrenzung zwischen Krankenbehandlung und Versorgung bei Pflegebedürftigkeit, für die Trennung zwischen ambulanter und stationärer akutmedizinischer Leistungserbringung sowie für die durch sektorale Budgets aufgebaute Trennung zwischen ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen.

Die sektorale Segmentierung der Versorgungslandschaft trägt wesentlich zu Über-, Unter- und Fehlversorgung, zur vielfach unzureichende Versorgung chronisch Kranker, zur teilweise mangelnden Qualität der Versorgung und zum – im internationalen Vergleich deutlich werdenden – Missverhältnis zwischen Aufwand und Ergebnis bei (vgl. beispielhaft: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002). Die vergleichsweise rigide Trennung der Versorgungsbereiche verhindert, dass die im Interesse der Patientenversorgung wie der Kosteneffektivität jeweils optimalen Modalitäten der Versorgung entwickelt und angeboten werden können. Durch unterschiedliche Vergütungsformen in den einzelnen Versorgungssektoren werden unterschiedliche Anreize gesetzt. Eine detaillierte Planung von sektorspezifischen Versorgungskapazitäten wird dem Bedarf der Bevölkerung an einer effizienten sektorenübergreifenden Gesamtversorgung nicht gerecht. Die sektorspezifische Aufspaltung von Zuständigkeiten verhindert die Entwicklung von sektorübergreifenden Versorgungsformen.

Auch stehen staatliche Steuerung durch Bund und Länder, Steuerung durch Verbände im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung sowie wettbewerbliche Mechanismen weitgehend unkoordiniert nebeneinander. Hinzu kommt die hohe und immer weiter zunehmende Komplexität von Regulierungen und Koordinierungen. Die über Jahrzehnte gewachsenen Verkrustungen, Ständestrukturen und wechselseitigen Interessenblockaden der Institutionen im deutschen Gesundheitswesen machen dieses unbeweglich und reformresistent. Selbst beschlossene Reformen werden deswegen nicht oder nicht vollständig umgesetzt. Die Steuerung durch staatliche Kostendämpfungsgesetze und gemeinsam und einheitliche Regelungen korporatistischer Akteure stößt zunehmend an ihre Grenzen.

Notwendig ist daher ein Reformsprung, der einerseits zu einer Überwindung der primär sektoralen Orientierung des Gesundheitswesens führt und sektorübergreifendes Denken und Handeln lohnend erscheinen lässt. Andererseits gilt es, die Blockaden der bisherigen Steuerungsansätze aufzulösen; ein stärker wettbewerblicher Ansatz, in dem die Versorgung weniger durch staatliche Vorgaben und korporatistische Gremien sondern durch Wettbewerb einzelwirtschaftlich handelnder Akteure gestaltet wird, kann zu einer solchen Auflösung der bisherigen Steuerungsdefizite wesentlich beitragen. Dabei geht es nicht darum, einen „regulierungsfreien Raum“ zu schaffen, weil angesichts der Besonderheiten der Gesundheitsversorgung hierbei keineswegs davon ausgegangen werden kann, dass sozial- und gesundheitspolitische Ziele erreicht werden können; vielmehr bedarf es eines adäquat ausgestalteten Ordnungsrahmens, innerhalb dessen sich der Wettbewerb entfalten kann.¹ Wesentliches Element einer solchen Stärkung der wettbewerblichen Orientierung müssen vertragliche Gestaltungsfreiräume für Krankenkassen wie Leistungserbringer sein, was auf mittlere Sicht den weitgehenden Fortfall beidseitiger Kontrahierungszwänge bedeutet.

Dabei besteht durchaus ein enger Zusammenhang zwischen den beiden Dimensionen „Überwindung der Defizite der sektoralen Orientierung“ und „Über-

¹ Vgl. zu einer umfassenden Analyse des notwendigen Ordnungsrahmens insbesondere Ebsen, I., S. Greß, et al. (2003).

windung der Defizite der staatlich-korporatistischen Steuerung“: Wettbewerb ist im Kern ein ergebnisoffener Suchprozess nach der qualitativ gesicherten und zugleich wirtschaftlichen Versorgung. Suchprozesse setzen Freiräume voraus. Soll die Steuerung des Systems sinnhaft stärker über wettbewerbliche Ansätze erfolgen, müssen die am Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung teilnehmenden Akteure daher stärkere Freiräume haben, wie sie die Versorgung effizient und effektiv organisieren wollen. Sektorale Grenzen behindern die Suche nach der qualitativen und wirtschaftlichen Versorgungsform. Gerade in der Ausgestaltung von Versorgung, die die tradierten Grenzen der Versorgungssektoren überschreitet, liegt ein wesentliches Potential, in dem durch wettbewerbliche Suchprozesse die Kosteneffektivität des Versorgungsgeschehens verbessert werden kann.

Zugespitzt formuliert: Wettbewerb lediglich innerhalb der Sektoren einzuführen, ist ebenso wenig zielführend wie der Versuch, unter Verzicht auf wettbewerbliche Mechanismen sektorübergreifende Versorgung mit den bisherigen nicht-wettbewerblichen Steuerungsmechanismen in das Gesundheitssystem implementieren zu wollen.

Neben einer grundlegenden Weichenstellung, die der Einnahmenerosion bei den gesetzlichen Krankenkassen Einhalt gebietet, kommt daher einer Verstärkung wettbewerblicher Elemente der Gesundheitsversorgung, die die Chancen für sektorübergreifende Versorgung verbessert, wesentliche Bedeutung in der Gesundheitsreform zu. Eine Gesundheitsreform, die diese beiden zentralen Bereiche ausblendet, springt zu kurz.

3 Weiterentwicklung an der Schnittstelle von der ambulanten zur stationären Versorgung

3.1 Handlungsbedarf

Die „Verzahnung“ zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung gehört seit mehreren Jahrzehnten zu denjenigen Bereichen, denen sich Akteure in der Gesundheitspolitik in Gesundheitsreformaßnahmen immer wieder

zuzuwenden bemüht haben.² Denn diese Versorgungsbereiche sind in im internationalen Vergleich beeindruckender Weise voneinander getrennt: Die ambulante Versorgung wird regelmäßig durch niedergelassene Ärzte wahrgenommen, die nur in vergleichsweise geringem Umfang die Behandlung ihrer Patienten bei einem notwendig gewordenen stationären Aufenthalt in der institutionellen Ausgestaltung des Belegarztsystems fortsetzen, im Regelfall hingegen die Patienten an das Krankenhaus abgeben. Umgekehrt wird die stationäre Versorgung regelmäßig durch Krankenhäuser wahrgenommen, die nur unter vergleichsweise engen Rahmenbedingungen Möglichkeiten haben und realisieren, Patienten auch ambulant zu behandeln. Sektorübergreifendes Handeln ist eher die Ausnahme denn die Regel. Zwar hat der Gesetzgeber in den vergangenen Gesundheitsreformen erste Schritte einer Öffnung dieser sektoralen Segmentierung angestrebt (vorstationäre Behandlung für längstens drei und nachstationäre Behandlung für längstens 7 Tage, ambulante Operationen), ein Durchbruch einer regelhafteren Kontinuität der Behandlungsketten konnte damit allerdings nicht erreicht werden.

Diese vergleichsweise starke Abschottung der ambulanten von der stationären Versorgung erweist sich in mehrfacher Weise als defizitär mit Blick auf das Ziel der Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Hierbei ist in systematischer Sicht einerseits eine Betrachtung, die von den behandlungsbedürftigen Krankheiten her kommt, andererseits eine von den Leistungen her definierte Perspektive zweckmäßig, wobei beide Blickwinkel naturgemäß Überschneidungen aufweisen:

- Ausgehend von den behandlungsbedürftigen Erkrankungen ist festzustellen, dass der Gesetz- und Verordnungsgeber in der jüngeren Zeit nicht zufällig (etwa im Rahmen des RSA-Reformgesetzes von 2001 und den daran anschließenden RSAV-Änderungsverordnungen) chronischen Erkrankungen besondere Aufmerksamkeit gewidmet hat. Denn durch die Veränderungen im Krankheitsspektrum und die demographische Entwicklung erfah-

² Vgl. etwa den Überblick über die Entwicklung in den ersten Gesundheitsreformen und Kostendämpfungsgesetzen bei Rosewitz, B. and D. Webber (1990). Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt, Campus.

ren chronische Erkrankungen und chronisch kranke Patienten eine zunehmende Bedeutung. Die Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung chronischer Erkrankungen im deutschen Gesundheitswesen gilt – auch im internationalen Vergleich – als verbesserungsbedürftig.

Eine größere Kontinuität der Versorgungsketten erscheint bei der Behandlung chronischer Erkrankungen angezeigt. In nicht wenigen Fällen wechseln bei chronischen Erkrankungen Episoden ambulanter Betreuung mit Episoden stationärer Betreuung ab, so dass der Abstimmung der ambulanten und der stationären Versorgungsinhalte sowie der Abstimmung zwischen Diagnostik und Therapie besondere Bedeutung zukommt. Dass ein sektorenübergreifender Behandlungsbedarf besteht, ist daher auch eines der Kriterien, die der Koordinierungsausschuss bei der Auswahl der für strukturierte Behandlungsprogramme zu empfehlenden Krankheiten zu beachten hat.³ Die institutionelle Ausgestaltung der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung lässt dies jedoch nur in eingeschränktem Umfang zu.

Eine Reihe von Erkrankungen, die teilweise auch durch Chronizität gekennzeichnet sind, weisen weitere Merkmale auf, die sie im Prozess der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung dazu prädestinieren, auch im Krankenhaus ambulant behandelt werden zu können: Dazu zählt etwa, dass die Behandlung stationär begonnen wurde (was häufig z.B. bei Tumoren, u.U. auch bei chronischen Schmerzen der Fall ist); ein weiteres charakteristisches Merkmal, das zu einer ambulanten Behandlungsmöglichkeit einer Krankheit durch Krankenhäuser qualifizieren könnte ist, dass eine interdisziplinäre Behandlungsnotwendigkeit besteht oder die Krankheit den Einsatz von Behandlungsteams zweckmäßig erscheinen lässt.

- Ausgehend von den Leistungen, so erscheinen insbesondere die folgenden Merkmale potentiell geeignet, die ambulante Erbringbarkeit auch durch Krankenhäuser zu fordern: (1.) es ist die Vorhaltung einer aufwändigen Ap-

³ § 137f Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V.

paratur erforderlich, deren Auslastung im Interesse der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sowohl durch ambulante wie durch stationäre diagnostische und therapeutische Behandlungen sinnvoll ist; (2.) die Leistungen setzen eine interdisziplinäre Herangehensweise durch Professionen, die am Krankenhaus typischerweise vorgehalten werden, voraus.

3.2 Lösungsansätze

Wie in Abschn. 2 beschrieben, muss es bei der anstehenden Gesundheitsreform darum gehen, in zwei Richtungen strukturelle Veränderungen einzuleiten: Einerseits müssen die Voraussetzungen für sektorübergreifendes Handeln und Schnittstellenmanagement an den Sektorgrenzen überwunden werden, andererseits müssen die Möglichkeiten für eine stärker wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens, insbesondere für die Einführung von Vertragswettbewerb verbessert werden.

Hierbei muss insbesondere die Entwicklung sektorübergreifenden Versorgungshandelns mit der Entwicklung wettbewerblicher Ansätze verbunden werden, damit sich über den Wettbewerb zeigen kann, welche Formen des Schnittstellenmanagements in welchen Fällen in besonderem Maße zu einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit beitragen. Dies schließt die Möglichkeit des „Irrtums“ ein, in dem der wettbewerbliche Ansatz auch zulässt, dass sich erweisen wird, dass für bestimmte Versorgungslagen bestimmte Ansätze zur sektorübergreifenden Versorgung oder des Schnittstellenmanagements weniger tauglich als andere sind. Die Möglichkeit, erfolgversprechende und weniger erfolgversprechende Ansätze über dezentralen Vertragswettbewerb auszutesten, erscheint erfolgversprechender als ein Ansatz, der abschließend durch Regulierung von oben herab bestimmte Steuerungsansätze vorschreibt. Insbesondere der Einstieg in ein Einzelvertragssystem erscheint als wettbewerblicher, dezentraler Ansatz geeignet.

An der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung (die, wie in Abschn. 3.1 gezeigt, ein wesentlicher Bereich ist, an dem eine Optimierung der Versorgungsstrukturen ansetzen muss) muss es daher darum

gehen, durch wettbewerbliche Lösungen die Chancen für sektorübergreifendes Handeln und für ein Heben von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotentialen zu verbessern. Hierzu erscheinen insbesondere drei Ansätze erfolgversprechend:

3.2.1 Einbezug ambulanter Behandlungskomponenten von Krankenhäusern in Disease Management Programme

Wie oben beschrieben, kommt einer kontinuierlichen, sektorübergreifenden Behandlung bei chronischen Erkrankungen besondere Bedeutung zu. Die Risikostrukturausgleichsverordnung schreibt vor, dass strukturierte Behandlungsprogramme bei der Kooperation der Versorgungsebenen die Vorgaben für eine qualitätsorientierte und effiziente Versorgung beachten müssen;⁴ die Anlagen der RSAV geben Anhaltspunkte dafür, welche Versorgungsbereiche (ambulant, stationär; allgemeinärztlich, fachärztlich) für welche Komponenten der Programme einzubeziehen sind. Nach der geltenden Rechtslage sind die Krankenkassen bei der Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Erkrankungen allerdings auf das bisherige institutionelle Gefüge von Vertragsbeziehungen verwiesen, können ambulante fachärztliche Versorgungsinhalte daher auch dann nicht bei Krankenhäusern beauftragen, wenn ihnen dies aus wirtschaftlichen oder Qualitätsgesichtspunkten sinnvoll erscheint; denn die – skizzierten – engen Voraussetzungen, unter denen Krankenhäuser gegenwärtig ambulant tätig werden können, sind für die Teilnahme mit ambulanten Behandlungskomponenten an Disease Management Programmen nicht geeignet.

Zweckmäßig ist es daher, die anstehende Gesundheitsreform dazu zu nutzen, in einem wettbewerblichen Ansatz die Krankenkassen auch in die Lage zu versetzen, mit Krankenhäusern Einzelverträge nicht nur über stationäre Komponenten von Disease Managementprogrammen, sondern auch hinsichtlich der ambulanten Komponenten zu schließen. In den Verträgen ist insbesondere die Art der Beteiligung an den ambulanten Komponenten des strukturierten Behandlungsprogrammes sowie die hierfür zu zahlende Vergütung zu regeln;

⁴ § 28b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 RSAV.

inwieweit aufgrund des Charakters der Mitwirkung der Krankenhäuser an ambulanten Behandlungskomponenten die Vergütungsmodalität identisch oder unterschiedlich zu der des Einbezugs von niedergelassenen Ärzten ist, kann hierbei dem Vertragswettbewerb überlassen bleiben.

Das Konstrukt des beiderseitig fakultativen Einzelvertrages gewährleistet, dass eine solche Beteiligung von Krankenhäusern an den strukturierten Behandlungsprogrammen nur dann genutzt wird, wenn die Kosten-Nutzen-Relation (wirtschaftliche Rahmenbedingungen, festgelegte Versorgungsinhalte) beiden Seiten attraktiv erscheint, insbesondere also nicht einseitig zu Lasten der Beitragszahler geht. So wird die Krankenkassen solche Verträge etwa dann nicht abschließen, wenn sie hiervon eine Doppelfinanzierung aufgrund der Potentiale zu angebotsinduzierter Nachfrageausweitung erwartet. Auch wird eine Krankenkasse ein solches Angebot nicht abschließen, wenn sie der Auffassung ist, dass die Krankenhäuser nicht die gebotene Qualität in die strukturierten Behandlungsprogramme einbringen können – der durch die Möglichkeit des Einbezugs auch von Krankenhäusern in ambulante Komponenten strukturierter Behandlungsprogramme eröffnete Wettbewerb unterschiedlicher ambulant tätiger Leistungserbringer wird insoweit Beiträge zu einer Qualitätssteigerung leisten.

Die Befugnis für die Krankenkassen, Einzelverträge für die Erbringung ambulanter Komponenten von strukturierten Behandlungsprogrammen mit Krankenhäusern abzuschließen, bezieht sich zweckmäßigerweise auf die Institution Krankenhaus, nicht auf die dort tätigen Krankenhausärzte. Sofern in den Einzelverträgen der Krankenkassen mit den Krankenhäusern keine weitergehenden Festlegungen getroffen werden, ist es damit eine innerbetriebliche Angelegenheit des Krankenhauses, wie es die Leistungen erbringt – wobei die Qualifikationserfordernisse, die etwa die RSAV setzt, natürlich zu beachten sind. Das Krankenhaus könnte damit seinerseits auch z.B. niedergelassene Fachärzte an seiner Leistungserbringung beteiligen, die ihrerseits vertragliche Beziehungen mit dem Krankenhaus eingegangen sind. Eine solche Beteiligung niedergelassener Ärzte an der ambulanten Tätigkeit von Krankenhäusern im Rahmen derer vertraglichen Vereinbarungen mit Krankenkassen zu

Disease Management Programmen kann insbesondere dann sinnvoll sein, wenn sie im Rahmen eines spezifischen Konzeptes von Krankenhaus und Krankenkasse zum Schnittstellenmanagement bei der Chronikerbehandlung erfolgt.

Sollen Krankenhäuser im Rahmen von Einzelverträgen mit ambulanten Komponenten an Disease Management Programmen beteiligt werden, stellt sich die Frage, ob hierbei eine Wettbewerbsverzerrung zulasten der niedergelassenen Ärzte vorliegt, die daraus resultiert, dass die niedergelassenen Ärzte im Rahmen eines monistischen Finanzierungssystems tätig werden, für die Krankenhäuser hingegen das System der dualen Krankenhausfinanzierung gilt. Zwar erscheint im Rahmen einer stärkeren wettbewerblichen Orientierung des Gesundheitssystems und auch vor dem Hintergrund der Notwendigkeit für die Krankenhäuser, im Umfeld der Einführung der DRGs stärkere Freiräume über ihre Produktionsfunktion zu erhalten, der Übergang zu einer monistischen Finanzierung auch bei der Krankenhausfinanzierung ohnehin geboten;⁵ eine Wettbewerbsverzerrung durch die duale Finanzierung liegt allerdings gleichwohl insoweit nicht vor, als die Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer zweckgebunden für die stationäre Nutzung der Einrichtungen erfolgt.⁶

3.2.2 Einbezug ambulanter Leistungen der Krankenhäuser in die integrierte Versorgung

Solange das Kollektivvertragsrecht und die beiderseitigen Kontrahierungszwänge für Krankenkassen und Leistungserbringer noch das Vertragsrecht des SGB V wesentlich prägen, kommt der Konzeption der „integrierten Versorgung“, die der Gesetzgeber mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 einge-

⁵ Hierbei ist allerdings eine angemessene Finanzausstattung erforderlich; dies war bei dem Versuch im Entwurf der GKV-Gesundheitsreform 2000 zur Monistik überzuwechseln, nicht gewährleistet.

⁶ Diese Ausführungen gelten analog für die nachfolgenden Ausführungen zur integrierten Versorgung und zum Einbezug der Krankenhäuser in hochspezialisierte fachärztliche ambulante Leistungen.

führt hat,⁷ prinzipiell eine zentrale Rolle bei der Realisierung einer sektorenübergreifenden Behandlung und eines wettbewerblichen Such- und Entdeckungsverfahrens nach Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung zu. Der Gesetzgeber hat hiermit einige im Grundsatz sinnvolle Akzente gesetzt: So hat er geregelt, dass die Vertragspartner der integrierten Versorgung weitgehend von den leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften des SGB V sowie dem Krankenhausfinanzierungsgesetz abweichen können. Auch hat er richtig erkannt, dass es finanzieller Anreize für Leistungserbringer und Versicherte bedarf, und er hat entsprechende Bonuszahlungen an die Versicherten bzw. die Beteiligung der Leistungserbringer an erzielten Einsparungen zugelassen.

Allerdings ist diese Initiative weitgehend stecken geblieben; nur vereinzelt wurden Verträge zur integrierten Versorgung bislang abgeschlossen. Eine Reform der Detailausgestaltung der Regelungen zur integrierten Versorgung ist daher notwendig.

In diesem Kontext sollte auch die ambulante Behandlungsmöglichkeit durch Krankenhäuser im Rahmen der integrierten Versorgung aufgegriffen werden. Eine solche Beteiligung ist im geltenden Recht nach der herrschenden Auffassung nicht weitergehend möglich als Krankenhäuser ohnehin zur ambulanten Versorgung (z.B. ambulante Operationen, vor- und nachstationäre Behandlung) zugelassen sind: Das Ziel der Integrationsversorgung bestünde – so die herrschende Auffassung – „nur in Bündelung der sektorspezifisch zugelassenen Leistungserbringer und nicht in der Auflösung der sektorbezogenen Zulassungen“ (Orlowski 2000). Damit aber bleibt die bestehende Regelung hinter den versorgungspolitisch sinnvollen Gehalt einer integrierten Versorgung zurück, deren Sinn es gerade sein muss, auch „integrierte Anbieter“ an der Versorgung zu beteiligen, die „intern“ die Abstimmung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsanteilen bewirken. Schnittstellenmanagement zwischen weiterhin getrennten Versorgungsbereichen ist und bleibt weiterhin eine zentrale Aufgabe der Steuerung der Gesundheitsversorgung, und die Regelungen zur integrierten Versorgung müssen hierzu Beiträge leisten; ein sol-

⁷ §§ 140a – 140h SGB V.

ches Schnittstellenmanagement von Leistungserbringern aus autonomen Sektoren muss aber ergänzt werden durch Regelungen, die es ermöglichen, dass die Versorgung von vorne herein aus einer Hand angeboten wird. Dies kann dadurch erreicht werden, dass „integrierte Versorger“ zur integrierten Versorgung zugelassen werden, deren Angebot über die Sektorgrenzen hinweg ausgerichtet ist; Krankenhäuser (aber zum Beispiel auch Reha-Kliniken) sind nahe liegende Akteure, die eine solche Sektorengrenzen überschreitende Versorgung anbieten können. Je nach Konzept der integrierten Versorgung kann es hierbei wiederum durchaus sinnvoll sein, dass das Krankenhaus – im „Innenverhältnis“ – die ambulante Versorgung unter Einbezug niedergelassener Ärzte organisiert.

Wie auch heute im Zusammenhang mit der integrierten Versorgung geregelt, ist es sinnvoll, dass die Inhalte der ambulante Leistungen eines Krankenhauses einschließenden integrierten Versorgung in beiderseitig fakultativen Einzelverträgen zwischen interessierten Krankenkassen und abschlussbereiten Krankenhäusern festgelegt werden. Notwendig erscheint allerdings, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen für diese Verträge dereguliert werden – so sollte etwa die verbindliche Vorgabe, dass für die Verträge Rahmenvereinbarung von Partnern der Kollektivvertragsebene vorgegeben sind, die diese zwingend beachten müssen, gestrichen werden, da sich gezeigt hat, dass diese Rahmenverträge dazu genutzt werden können, die integrierte Versorgung zu blockieren.

Auch in bezug auf die Schaffung der Möglichkeit, Krankenhäuser im Rahmen der integrierten Versorgung an der ambulanten Versorgung zu beteiligen, gilt, dass es nur dann zu (beiderseitig fakultativen) Abschlüssen entsprechender Einzelverträge kommen wird, wie die Krankenkassen sich hiervon Beiträge zu einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit für ihre Versicherten und Beitragszahler erwarten.

3.2.3 Einbezug von Krankenhäusern in hochspezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen

Wie in Abschn. 3.1 ausgeführt, erscheint es sowohl aus der Perspektive von bestimmten Erkrankungen als auch aus dem Sichtwinkel der Charakteristika bestimmter Leistungen im Interesse der Optimierung der Kosteneffektivität des Versorgungssystems sinnvoll, dass auch Krankenhäuser in die Erbringung von hochspezialisierten ambulant erbringbaren fachärztlichen Leistungen einbezogen werden.

Für diesen Einbezug der Krankenhäuser in die Erbringung hochspezialisierter fachärztlicher Leistungen sind zwei institutionelle Ausgestaltungen vorstellbar:

- Einerseits kann auch hier ein Modell beiderseits fakultativer Einzelverträge vorgesehen werden. Ein solches Modell hätte den Vorteil, dass die Krankenkassen nur dann Krankenhäuser in die Erbringung solcher Leistungen einbeziehen, wenn sie dies bei einer internen Kosten-Nutzen-Kalkulation für vorteilhaft ansehen, so dass hierbei insbesondere keine Doppelstruktur zulasten der Beitragszahler finanziert wird. Das heisst, dass die vertragsärztlichen Gesamtvergütungen entsprechend dem Anteil der nunmehr vom Krankenhaus erbrachten Leistungen bereinigt werden müssen.
- Andererseits ist ein Modell eines regelhaften Einbezugs der Krankenhäuser in die Erbringung hochspezialisierter fachärztlicher Leistungen denkbar, die nicht an die Zustimmung der Krankenkassen gebunden wäre. Ein solches Modell hätte etwa in der Regelung des § 115b SGB V zu ambulanten Operationen im Krankenhaus ein Vorbild. Vorteilhaft an diesem Ansatz wäre eine interregional gleichmäßigere Möglichkeit der Nutzung dieser Strukturen – allerdings geht das Bekenntnis zu Wettbewerb als Such- und Entdeckungsverfahren begriffsnotwendig mit einer Akzeptanz zumindest temporaler Ungleichheiten (im übrigen nicht nur interregional, sondern auch zwischen den Versicherten unterschiedlicher Krankenkassen) einher.

Im Falle eines einzelvertraglichen, beiderseitig fakultativen Modelles, sind die Einzelheiten der Vergütung der Krankenhäuser für die hochspezialisierten fachärztlichen Leistungen in den Verträgen zu regeln. Hierbei kann es zu ähn-

lichen Vergütungsmustern kommen, wie sie auch für die niedergelassenen Ärzte in diesem Bereich durch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab in Verbindung mit den Honorarverteilungsmaßstäben relevant sind; jedoch können die Vertragspartner auch davon abweichende Vergütungsregelungen formulieren, die insbesondere der Tatsache Rechnung tragen, dass die hochspezialisierten Leistungen in vielen Fällen in einem Behandlungskontext stehen, in welchem ambulante und stationäre Leistungen am betroffenen Patienten intermittierend notwendig werden. Im Falle eines regelhaften Einbezugs empfiehlt sich auch hier eine Analogie zur Situation bei den ambulanten Operationen, indem dreiseitig einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte vereinbart werden.

4 Regelungen zum Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in den gesundheitspolitischen Vorstellungen zur Gesundheitsreform 2003

In den Diskussionen über die anstehende Gesundheitsreform, die zum Jahreswechsel 2003/4 in Kraft treten soll, haben sich auch die politischen Akteure zur Frage der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen positioniert. Das BMGS hat einen Gesetzentwurf eines Gesundheitsstrukturmodernisierungsgesetzes (GMG) vorgelegt⁸, die Bundestagsfraktion von CDU/CSU hat einen Antrag zur Gesundheitsreform eingebracht⁹. Während der Bearbeitungszeit dieser Expertise wurde zudem ein Eckpunkte-Papier zu den Konsensverhandlungen der Bundestagsfraktionen, des BMGS und von Vertretern der Länder vorgelegt,¹⁰ das in den hier relevanten Teilen allerdings noch der konkretisierenden Ausgestaltung bedarf. Im folgenden soll untersucht werden, inwieweit die vorliegenden Konzepte dem in dieser Expertise dargelegten Handlungsbedarf Rechnung tragen und welche Schlussfolgerungen daraus zu ziehen sind.

⁸ Vgl. Bundestagsdrucksache 15/1170

⁹ Vgl. Bundestagsdrucksache 15/1174

¹⁰ Vgl. Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform. Download unter: <http://www.bmgs.bund.de/downloads/Eckpunktepapier.pdf>

4.1 GMG-Entwurf

Der GMG-Entwurf beabsichtigte eine Reihe von Regelungen zu treffen, die sowohl im Sinne größerer Chancen einer sektorübergreifenden Versorgung als auch in Richtung einer stärker wettbewerblichen Orientierung des Vertragsrechts wichtige Schritte vorgesehen hätten. Im vorliegenden Kontext sind hier insbesondere von Bedeutung:

- 1) Künftig sollten nach dem Entwurf auch sog. Gesundheitszentren mit angestellten Ärzten Träger der ambulanten ärztlichen Versorgung werden können (Änderung von § 95 SGB V durch Nr. 47 des GMG-Entwurfes). Krankenhäuser werden allerdings explizit als Träger von Gesundheitszentren ausgeschlossen.
- 2) Nach Nr. 55 des GMG-Entwurfes war durch Einfügung eines neuen § 106b SGB V beabsichtigt, den Zugang zur ambulanten fachärztlichen Versorgung künftig im Rahmen von Einzelverträgen der Krankenkassen mit Ärzten, Gesundheitszentren oder (im Falle von Unterversorgung) mit Krankenhausärzten zu schließen.
- 3) Nr. 66 des GMG-Entwurfes enthielt durch Einfügung eines neuen § 116b Abs. 1 SGB V einen Regelungsvorschlag, nachdem die Krankenkassen mit Krankenhäusern, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137g SGB V teilnehmen, Einzelverträge auch über ambulante ärztliche Behandlung abschließen könnten, soweit die Anforderungen an die Durchführung zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme dies erfordern.
- 4) Zugleich sollte nach § 116b Abs. 2 SGB V eine Regelung Gesetz werden, die den Krankenkassen gestatten würde, mit Krankenhäusern für die hochspezialisierte Versorgung Einzelverträge zu schließen. In diesem Kontext hätten die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft zweiseitig einen Katalog ambulant durchführbarer hochspezialisierter Leistungen beschlossen, auf den die Verträge sich bezogen hätten.

5) Schließlich sah der GMG-Entwurf in den Nrn. 92 bis 96 eine Neugestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die integrierte Versorgung vor. Schwerpunkte dieser beabsichtigten Änderungen sind: (a) die bislang noch vorgesehene Anbindung der integrierten Versorgung an das Kollektivvertragsrecht (u.a. durch die Rahmenvereinbarungen) entfällt; (b) auch Träger, die nicht selbst Versorger sind (z.B. Managementgesellschaften) können Vertragspartner in der integrierten Versorgung sein; (c) es wird klargestellt, dass die Teilnahme an der integrierten Versorgung nicht auf den Bereich beschränkt ist, zu welchem Leistungserbringer im herkömmlichen Zulassungssystem zur Versorgung zugelassen sind.

Die im GMG-Entwurf vorgesehenen Regelungen entsprechen damit in wesentlichen Bereichen den oben herausgestellten Anforderungen und Umsetzungsmöglichkeiten für eine wettbewerbliche Weiterentwicklung der Versorgung mit dem Ziel einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der sektorübergreifenden Versorgung.

Nicht zu überzeugen mochte darin allerdings die konkrete Ausgestaltung der oben unter 3) beschriebenen Regelung, wonach die Teilnahme der Krankenhäuser an strukturierten Behandlungsprogrammen mit ambulanten Behandlungskomponenten im Rahmen der Einzelverträge für fachärztliche Behandlung abgeschlossen werden sollten; denn die übrigen Regelungen, die das GMG zu Einzelverträgen für fachärztliche Behandlung vorsahen, passen auf den Kontext der Teilnahme von Krankenhäusern an Disease Management Programmen nur bedingt. Sachgerechter wäre es hier gewesen, die Teilnahme an Disease Management Programmen ähnlich weitgehend von Regulierung freizustellen, wie dies bei der Integrierten Versorgung (insbesondere in der vom GMG beabsichtigten Neufassung) geschieht.

Nicht so recht nachzuvollziehen ist auch, warum unter den Akteuren, die Gesundheitszentren darstellen können, Krankenhäuser explizit ausgeschlossen werden sollen (siehe oben unter 1): Wenn die Gesundheitspolitik die Möglichkeit schaffen will, dass neben freiberuflich tätigen Ärzten auch angestellte Ärzte an der ambulanten Versorgung teilnehmen, hätte sich gerade unter dem Blickwinkel der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung an-

geboten, dass auch Krankenhäuser Gesundheitszentren in dem vorgeschlagenen Sinne hätten sein können.

4.2 CDU/CSU-Antrag

In ihrem Antrag schlägt die CDU/CSU-Bundestagsfraktion (in Nr. 5.5) eine Neuordnung des Systems der Vertragsbeziehungen in der vertragsärztlichen Versorgung in Richtung eines Drei-Säulen-Modelles vor. Die ersten beiden Säulen spielen sich im Verhältnis zwischen Krankenkassen(verbänden) und Kassenärztlichen Vereinigungen ab. Die sog. dritte Säule sieht Direktverträge zur Förderung kooperativer Versorgungsformen vor, zu denen auch „Verbundsysteme von vertragsärztlichen Praxen und Krankenhäusern oder strukturierte Behandlungsprogramme, die mindestens den hausärztlichen, fachärztlichen und stationären Versorgungsbereich umfassen“ gehören. Zur finanziellen Förderung von integrierter Versorgung, an der die Krankenhäuser beteiligt sind, wird ein Zuschlag auf die Fallpauschalen der Krankenhäuser als Möglichkeit diskutiert (in Nr. 5.6). Darüber hinaus lehnt der CDU/CSU-Antrag (in Nr. 5.6) eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante fachärztliche Versorgung ab.

Mit diesen Vorschlägen und Forderungen greift die CDU/CSU-Bundestagsfraktion die Diskussion zur Weiterentwicklung der Versorgung an den Sektorengrenzen auf, entwickelt allerdings kein den oben skizzierten Anforderungen hinreichend Rechnung tragendes Modell. Ausschließlich darauf zu setzen, dass die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch Überwindung der Schnittstellenproblematik alleine durch die Beteiligung von Krankenhäusern an Modellen der integrierten Versorgung geschieht, ist zumindest solange mit Skepsis zu beurteilen, wie die rechtlichen Rahmenbedingungen für diese „dritte Säule“ noch nicht ausgestaltet sind: Eine „liberal“ ausgestaltete Regelung der integrierten Versorgung könnte faktisch einen Ersatz für Einzelregelungen an anderer Stelle (hochspezialisierte Versorgung, Disease Management Programme) darstellen – aufgrund des Duktus des An-

trags ist allerdings zu vermuten, dass den Autoren des Antrags eine solche Erweiterung der heutigen Regelungen zur integrierten Versorgung nicht vorschwebt. In einer „rigiden“ Interpretation des Drei-Säulen-Modelles könnte dieses auch im Sinne einer konkurrierenden Kompetenzhierarchie zu interpretieren sein, wonach dasjenige nicht mehr einzelvertraglich (z.B. mit Krankenhäusern) geregelt werden kann, was bereits kollektivvertraglich in den ersten beiden Säulen geregelt wurde. Positiv zu bewerten ist allerdings der Ansatz, durch eine Zuschlagsregelung einen expliziten Anreiz zur Finanzierung von integrierter Versorgung zu schaffen.

4.3 Eckpunktepapier der Konsensverhandlungen

Das Eckpunktepapier betont die Bedeutung der Überwindung des „Sektordenkens“ für eine an den Patientenbedürfnissen orientierte Gestaltung der Versorgung (Nr. 3). Aus den konkret vorgeschlagenen Regelungen ist im vorliegenden Kontext insbesondere relevant:

- 1) Interdisziplinäre medizinische Versorgungszentren, in denen auch Ärzte im Angestelltenverhältnis ambulant tätig werden können, sollen gegründet werden können (Nr. 3.5). Die Zentren werden von zugelassenen Leistungserbringern gebildet und sollen eine Zulassung im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung erhalten.
- 2) Die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt (Nr. 3.6). Es soll ein finanzieller Anreiz zu ihrer Vereinbarung gegeben werden, indem bis zu 1% der Gesamtvergütungen und Krankenhausvergütungen in den KV-Bezirken hierfür aufgewendet werden sollen. Die integrierte Versorgung wird aus der Koppelung an das Kollektivvertragsrecht stärker herausgelöst und rechtliche Hemmnisse sollen beseitigt werden. Auch medizinische Versorgungszentren (siehe oben 1.) und Managementgesellschaften können Vertragspartner in der integrierten Versorgung sein.
- 3) Es soll ein Drei-Säulen-Modell des Qualitätswettbewerbs implementiert werden (Nr. 3.8). Die ersten beiden Säulen spielen sich im Verhältnis zwi-

schen Krankenkassen(verbänden) und Kassenärztlichen Vereinigungen ab. Die sog. dritte Säule sieht Direktverträge zur Förderung integrierter Versorgungsformen vor.

- 4) Für Krankenhäuser soll eine „qualifikationsgebundene institutionelle Ermächtigung“ geschaffen werden, hochspezialisierte fachärztliche Leistungen ambulant zu erbringen, wobei die Vergütungen „analog der vertragsärztlichen Versorgung festzulegen“ sind (Nr. 3.9).
- 5) Krankenhäuser werden „nach Maßgabe des DMP-Vertrages“ für die ambulante Behandlung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen geöffnet (Nr. 3.9).

Das Eckpunktepapier unternimmt mit diesen Vorschlägen durchaus Schritte in die Richtung eines besseren Managements der Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung; zugleich aber bleiben zentrale Fragen ungelöst bzw. werden nicht präzise genug angefasst:

- Es erscheint sachgerecht, dass die interdisziplinären medizinischen Versorgungszentren auch von Krankenhäusern (als zugelassenen Leistungserbringern) betrieben werden können, während der GMG-Entwurf dies bisher ausdrücklich ausgeschlossen und der CDU/CSU-Antrag eine entsprechende Regelung nicht enthalten hatte.
- Der Grundgedanke der Förderung der integrierten Versorgung durch Abbau der rechtlichen Hürden ist zu begrüßen, wobei zum gegenwärtigen Zeitpunkt aber noch unklar ist, wie dies umgesetzt werden soll. Entscheidend ist unter der hier betrachteten Fragestellung insbesondere, ob die Entkoppelung von Zulassungsbereich und Tätigkeitsbereich in der integrierten Versorgung, die der GMG-Entwurf vorgesehen hatte, nunmehr vorgesehen ist. Offen bleibt insbesondere, wie dieser Regelungskontext, der erkennbar den Überlegungen des GMG-Entwurfes entspricht, mit dem Drei-Säulen-Modell, das ebenso erkennbar dem CDU/CSU-Entwurf entnommen ist, in einen logisch konsistenten, der wettbewerblichen Weiterentwicklung förderlichen Gesamtzusammenhang verbunden werden soll. Sollen die Versorgungs- und Qualitätsziele erreicht werden, muss es hier

darauf ankommen, in der Umsetzung dieses offensichtlichen Versuchs, durch Addition bislang unterschiedlicher Positionen Meinungsunterschiede zu übertünchen, Regelungen analog den oben in Absch. 3.2 formulierten zu finden.

- Die Ermöglichung von hochspezialisierten fachärztlichen ambulanten Leistungen in Form einer „qualifikationsgebundenen institutionellen Ermächtigung“ ist ebenfalls noch nicht hinreichend präzise operationalisiert. Die Unklarheiten beziehen sich sowohl auf Form und Rahmenbedingungen der Ermächtigung (u.a.: Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben die Kassenärztlichen Vereinigungen, als zentrale Partner der bislang Ermächtigungen aussprechenden gemeinsamen Selbstverwaltung im Vertragsarztsystem?) als auch auf den Katalog der Leistungen, die in diesem Kontext erbracht werden können (u.a.: Wer ist „die Selbstverwaltung“, die diesen Katalog weiterentwickeln soll?). Offenbar ist die institutionelle Ausgestaltung jedenfalls näher an der in Abschn. 3.2 skizzierten Ausgestaltungsmöglichkeit einer Regelteilnahme als am dort alternativ skizzierten Modell einer Lösung über Einzelverträge.
- Die beabsichtigte Förderung der integrierten Versorgung durch Verpflichtung, hierfür ein eigenständiges Budget bereit zu stellen, ist ambivalent zu beurteilen: Einerseits gibt dies sicherlich einen Impuls für integrierte Versorgung, andererseits stellen sich erhebliche Probleme der Budgetbereinigung. Auch ist es konzeptionell nicht unmittelbar plausibel, den Ausstieg aus den sich zunehmend als Sackgasse erweisenden sektoralen Budgets durch Einführung eines neuen sektoralen Budgets (eben für die integrierte Versorgung) lösen zu wollen.
- Sachgerecht ist schließlich, dass Krankenhäuser in die ambulante Leistungserbringung bei strukturierten Behandlungsprogrammen einbezogen werden können.

4.4 Fazit zu den politischen Reformvorstellungen

Nachdem der GMG-Entwurf zunächst eine Reihe von Regelungen enthalten hatte, die den grundsätzlichen Anforderungen an eine Überwindung der Sektorengrenzen durch wettbewerbliche Weiterentwicklung entsprachen, wogegen der Antrag von CDU/CSU hier deutliche Defizite aufwies, liegt nunmehr mit dem Eckpunktepapier ein politischer Konsens auf dem Tisch, dessen Leistungsfähigkeit mit Blick auf die Entwicklung zukunftssträchtiger Strukturen an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung noch nicht abgeschätzt werden kann, da zahlreiche zentrale Details nicht hinreichend präzise formuliert sind.

Dies bietet die Chance, in der Umsetzung des politischen Kompromisses nunmehr gezielt Regelungen in den neu vorzulegenden Gesetzentwurf zu schreiben, die eine solche Weiterentwicklung vorsehen. Dies bedeutet:

- Es muss in der Umsetzung des Kompromisses klargestellt werden, dass in der integrierten Versorgung die Aktivitäten nicht auf diejenigen Leistungsbereiche beschränkt sind, für die ein Leistungserbringer zugelassen ist. Krankenhäuser müssen im Rahmen der integrierten Versorgung auch institutionell die Möglichkeit erhalten, ambulant tätig zu sein. Dies ist schon alleine deswegen sinnvoll, weil Disease Management Programme, für die die Eckpunkte eine Teilnahme der Krankenhäuser an ambulanten Behandlungskomponenten bereits vorsehen, als paradigmatischer Anwendungsfall integrierter Versorgung verstanden werden können. Die ersten zwei Säulen des Drei-Säulen-Modelles dürfen keine Möglichkeit haben, faktisch die dritte Säule leer laufen zu lassen; insoweit ist an die Regelungen im GMG-Entwurf zur Weiterentwicklung der integrierten Versorgung anzuknüpfen.
- Es darf nicht ausgeschlossen werden, dass die Krankenhäuser im Rahmen ihrer institutionellen Beteiligung an der integrierten Versorgung ihrerseits niedergelassene Ärzte „im Binnenverhältnis“ einbinden. Dies gilt auch für die hochspezialisierte fachärztliche Versorgung durch Krankenhäuser. Bei dieser ist zudem sicherzustellen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Kontext der Ermächtigung

und der Weiterentwicklung des Leistungskataloges keine Veto-Möglichkeiten haben, die den Reformansatz faktisch ins Leere laufen lassen.

- Die Länder müssen zur Sicherstellung gleicher Wettbewerbschancen in ihrer Förderung der Krankenhausinvestitionen sichern, dass die Förderung im dualen System sich nur auf stationär erbrachte Leistungen bezieht.

5 Literaturhinweise

Ebsen, I., S. Greß, et al. (2003). Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wettbewerb der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Endbericht 6. März 2003. AOK im Dialog. Bd. 13. Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wettbewerb der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. AOK-Bundesverband. Bonn, AOK-Bundesverband: 145-307.

Orlowski, U. (2000). Kommentar zu § 140b SGB V. Randziffer 9. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar. J. Maaßen, J. Schermer, D. Wiegand and M. Zipperer. Heidelberg, R.v.Decker. **Bd. 2**.

Rosewitz, B. and D. Webber (1990). Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt, Campus.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden, Nomos.