Denkschrift zur „sektorenübergreifenden Versorgung“

Sektorenübergreifende Versorgung ist seit Jahrzehnten Realität in Deutschland. Das Narrativ, dass die Existenz der Sektoren per se eine versorgungshemmende und überwindungsbedürftige Situation sei, ist eine interessengebundene Erfindung der Krankenhauslobby. Dieses Narrativ dient in letzter Konsequenz einem Verdrängungswettbewerb gegen die niedergelassenen Ärzte mit dem Ziel, die klassischen Arztpraxen durch institutionelle Versorgungsstrukturen mit Bindung ans Krankenhaus zu ersetzen. Die verdeckte Agenda der Krankenhausverbände wird hinter irreführenden Begrifflichkeiten versteckt. So wird zum Beispiel von einer „besseren Zusammenarbeit durch Überwindung der Sektorengrenzen“ gesprochen, obwohl organisationstheoretisch gerade die Arbeitsteilung mit klarer Aufgabenzuordnung als Basis jeder gelingenden Kooperation gilt.

Zudem wird die ökonomische Interessenlage der Krankenhausbetreiber geschickt mit Ideologie verknüpft. Je stärker Politiker zu paternalistischen Vorstellungen von Staat und Gesundheitswesen neigen, desto eher gehen sie dem Narrativ der Sektorenüberwindung auf den Leim. Die gern gehörte Fabel lautet: lass den Fuchs in den Hühnerstall, dann hast Du immer frische Eier und sein Fell dazu. Die verdrehte Logik darin wird übersehen, wenn man mit einer gewissen Blindheit für die Vorteile in der Versorgung ambulanter Patienten durch wirtschaftlich selbständige Arztpraxen das Krankenhaus als Zentrum des Gesundheitswesens denkt. Tatsache ist aber, dass die ca. 1 Mrd. Arzt-Patienten-Kontakte in rund 600 Mio ambulanten Behandlungsfällen pro Jahr nicht annähernd von sektorenübergreifenden Klinikstrukturen aufgefangen werden könnten, die mit 18 Mio stationären Fällen pro Jahr personell schon an ihre Grenzen kommen. Hier ist Kooperation gefragt und keine Fusion sinnvoll getrennter Aufgabenbereiche nötig.

Gerade in Zeiten des Mangels an Fachkräften bedarf es einer möglichst hohen Produktivität der knappen Personalressourcen. Die systematische Überlegenheit der Versorgungsleistung pro Kopf in einer inhabergeführten Arztpraxis im Vergleich zu einem Krankenhaus-MVZ ist sowohl statistisch belegbar als auch für Patienten alltäglich dort spürbar, wo ausscheidende Ärzte ihre Praxis an MVZ-betreibende Krankenhausträger verkauft haben. Dass die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen von Krankenhaus-MVZ keinesfalls besser funktioniert als zwischen freien Arztpraxen und Krankenhäusern, kann in der Realität vielerorts wahrgenommen werden – wenn man denn für diese Erkenntnis offen ist. Der augenfälligste Effekt gemeinsamer Trägerschaft, d. h. von ambulanter und stationärer Versorgung „aus einer Hand“, ist die vergleichsweise höhere Rate von stationären Einweisungen und hochpreisigen Eingriffen in Krankenhaus-MVZ gegenüber freien Arztpraxen. Dass die Gründung von MVZ durch Krankenhäuser vor allem zur Erlösoptimierung erfolgt und nicht zur Versorgungsverbesserung, lässt sich in der Fachliteratur für das Krankenhausmanagement übrigens explizit nachlesen.

In dieser Abhandlung werden folgende Aspekte des Themas erörtert:

1. die Rationale der deutschen Sozialgesetzgebung bei der Regelung verschiedener Rechtskonstruktionen für die ambulante und die stationäre Krankenbehandlung
   (= Hintergründe zur Entwicklung der Sektorierung),
2. die Vielfalt der bereits bestehenden sektorenübergreifenden Versorgungsformen
   (= Widerlegung der Behauptung von starren Sektorengrenzen),
3. die Auswirkungen der schon bestehenden regulatorischen Begünstigungen des stationären Sektors in Konkurrenzsituationen
   (= Folgen lobbyistisch begründeter Gleichgewichtsverschiebungen) sowie
4. die wahren Absichten hinter der krankenhausseitig geforderten Sektorenüberwindung, insbesondere hinter der Forderung nach Institutsambulanzen an Krankenhäusern.

1. Ordnungspolitische Tiefe der Sektorierung der Krankenversorgung und deren Hintergründe

Die Grundlage für die Gliederung des deutschen Gesundheitswesens ist das Grundgesetz. Hier wurde im Artikel 74 Absatz 1 die Zuständigkeit für die Bestandssicherung der Krankenhäuser (Punkt 19a) von der Zuständigkeit für das Heilwesen im Allgemeinen (Punkt 19) getrennt. Die darauf beruhende Gesetzgebung auferlegt den Krankenversicherungen einen unterschiedlichen Umfang der Kostentragung für die ambulante und die stationäre Krankenbehandlung. Dabei müssen die Kassen im ambulanten Bereich über die laufenden Betriebskosten der Praxen hinaus auch deren Struktur- und Investitionskosten finanzieren. Sie sind deshalb in den Planungsgremien der ambulanten Versorgung (Zulassungs- und Berufungsausschuss) paritätisch vertreten und verfügen mit der Bedarfsplanung über ein Instrument zur Kapazitätsbegrenzung in der gemeinsamen Selbstverwaltung. Hingegen sieht die Gesetzgebung im stationären Bereich eine duale Finanzierung der Leistungserbringer vor. Hier wird den Bundesländern auf Basis der Abgrenzung im Grundgesetz sowohl die Planungshoheit als auch die Finanzierungsverantwortung für die Investitionskosten der Krankenhäuser überlassen.

Eine „Überwindung“ dieser verschiedenen - vom Grundgesetz ausgehend sachgerechten - Zuordnungen müsste also entweder den GKV-Beitragszahlern die Investitionskosten der deutschen Krankenhäuser aufbürden und die Krankenhausplanung an die Krankenkassen übertragen – die Länder wären dabei von finanziellen Verpflichtungen und Mitbestimmungsrechten befreit. Oder die Länder würden die Verteilungsplanung für die ambulant tätigen Ärzte zusätzlich zur Krankenhausplanung übertragen bekommen und müssten dafür - wie bei den Krankenhäusern - die Praxisinvestitionskosten aus ihrem Haushalt zu Lasten der Steuerzahler übernehmen (= staatliches Gesundheitswesen). Beide Optionen sind im Jahr 2025 politische Utopien. Es gibt aber Begehrlichkeiten bei Landespolitikern, die ungeteilte Planungshoheit für die stationäre und die ambulante Versorgung zu bekommen, ohne die Finanzlasten der ambulanten Investitionen mit übernehmen zu müssen. An diesen ordnungspolitischen Wunschtraum, der sich nur abseits von Einsichten in die ordnungspolitischen Zusammenhänge entwickeln kann, knüpfen Krankenhauslobbyisten mit ihrem Slogan zur Überwindung der Sektorengrenzen an.

Dass eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung keineswegs trivial wäre und ohne ein vorausgehendes umfangreiches Monitoring des Leistungsgeschehens undenkbar bliebe, wurde 2023 durch eine vom Verband der Ersatzkassen finanzierte Studie* des Instituts für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES) der Universität Duisburg-Essen herausgearbeitet.

Auf der Grundlage der gesetzlichen Festlegung von zwei verschiedenen Sektoren mit unterschiedlicher Planungs- und Finanzierungsverantwortung hat sich eine Vielzahl weiterer Normierungen entwickelt, die den strukturellen Unterschieden der Krankenbehandlung in Kliniken und in der Niederlassung Rechnung tragen sollen. Drei wesentliche Felder, auf denen dies deutlich wird, sind die gesetzlichen Regelungen zu Art und Umfang des Leistungsanspruchs der Versicherten, zur Leistungsvergütung durch die Krankenkassen sowie zur Qualitätssicherung.

Im ambulanten Bereich gilt ein abschließender Leistungskatalog mit einem relationalen Bewertungssystem in Punkten. Die Punktwerte in Euro sind Gegenstand jährlicher Verhandlungen mit den Krankenkassen. Zudem wird jährlich ein Budget als Leistungsbedarf je Versicherten pro Jahr (in Punkten) vereinbart. Die Krankenkassen zahlen das Budget mit befreiender Wirkung. Das bedeutet, dass ärztliche Mehrleistungen für die Versicherten ab Erreichen der Budgetgrenze für das jeweilige Quartal nicht mehr vergütet werden, sondern zum Sinken der Preise je Fall bzw. je Leistung führen.

Für viele Leistungen bestehen Qualitätsvoraussetzungen struktureller Art (Mindestfallzahlen, apparative Ausstattung) und personeller Art (Qualifikation des Arztes, Fallprüfungen). Die allgemeine Verpflichtung nach § 12 SGB V, sich in der Behandlung auf das Wirtschaftliche, Ausreichende, Notwendige und Zweckmäßige zu beschränken (WANZ-Prinzip), muss ebenso wie die Leistungsqualität durch den Arzt höchstpersönlich garantiert werden. Bei Unwirtschaftlichkeit in der ärztlichen Verordnungs- oder Behandlungsweise drohen Regresse. All diese Bedingungen dienen im Zusammenwirken mit der restriktiv geregelten Bedarfsplanung für Arztpraxen (Stilllegungsvorschrift ab 140 % Versorgungsgrad nach Einwohner/Arzt-Verhältniszahl) einer Rationalisierung der ambulanten Versorgung zwecks Begrenzung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Patienten haben im ambulanten Bereich den Vorteil der freien Arztwahl, wobei zur Qualifikation der Vertragsärzte durch das Praxisschild und die KV-Verzeichnisse Transparenz besteht.

Im stationären Bereich gibt es weder eine bundesgesetzlich definierte Überversorgung und Abbauvorschrift für Krankenhäuser bei Überschreitung bestimmter Einwohner/Bett-Schlüssel noch einen abschließenden Leistungskatalog. Hier sind alle Behandlungen zulässig, die nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausdrücklich aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen wurden. Dies erlaubt auch die Anwendung von Methoden, deren Wirksamkeit nicht erwiesen ist. Es gibt zudem keine Haftung von Personen oder Institutionen für die Einhaltung der o. g. WANZ-Kriterien oder Qualitätsvorgaben. Die Vergütungssätze im DRG-System basieren auf den real entstandenen Kosten der Behandlung bestimmter Diagnosen in freiwillig kostentransparenten (ggf. unwirtschaftlich arbeitenden) Krankenhäusern. Sie werden in Euro ausgewiesen und steigen entsprechend des jährlich vereinbarten Landesbasisfallwertes. Auch bei der im KHVVG angelegten Vorhaltevergütung ist eine Vollkostenerstattung ohne jeden Rationalisierungsdruck vorgesehen. Es gelten zwar Jahres“budgets“, die aber – abweichend vom ambulanten Bereich - bei Überschreitung der vorgesehenen Patientenzahl nachträglich aufgestockt werden.
Qualitätssicherung im stationären Bereich bezieht sich ausschließlich auf Strukturkriterien (Mindestzahlen für Fälle, Personal). Ob ein Arzt in Weiterbildung die Behandlungen mehr oder weniger beaufsichtigt durchführt oder der Chefarzt persönlich, ist weder transparent noch vergütungsrelevant. Patienten haben im Krankenhaus keine freie Arztwahl. Die Unterstützung der Krankenhauslobby durch die Länder hat auf der Bundesebene dazu geführt, dass eine Vielzahl von Kostendämpfungsgesetzen die stationäre Versorgung aussparte. Im Ergebnis läuft die Patientenbehandlung im Krankenhaus sehr viel unregulierter ab als in der vertragsärztlichen Versorgung. Man hat hier lediglich den Medizinischen Dienst als „Laus im Pelz“.

Der Ruf nach sektorenübergreifender Versorgung ist häufig mit der Vorstellung verknüpft, dass Krankenhäuser weiter als bisher für die ambulante Versorgung geöffnet werden sollen, ohne dabei den für die ambulante vertragsärztliche Versorgung geltenden Restriktionen unterworfen zu werden. Das umgekehrte Szenario, dass niedergelassene Ärzte als Leistungsanbieter die Krankenhäuser mit nutzen und dort wissenschaftliche Evidenz und Wirtschaftlichkeit zum Maßstab der Behandlung machen könnten (Modell der Trennung von Netzstruktur und Versorgungsbetrieb wie bei der Bahn oder bei der Energieversorgung), wird von Krankenhausträgern niemals mitgedacht oder gar umgesetzt.

2. Sektorenübergreifende Versorgungsformen im Status quo

Bei Gesundheitspolitikern ist oft nicht bekannt, in welcher Vielfalt Krankenhäuser bereits heute an der ambulanten Patientenversorgung teilnehmen. Die bestehenden 18 sozialrechtlichen Optionen und ihre Rechtsgrundlage werden an dieser Stelle kurz skizziert.

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 95 SGB V

Krankenhäuser haben die Berechtigung zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren, in denen ihre angestellten Ärzte für einen Teil ihrer Arbeitszeit uneingeschränkt ambulant tätig werden können.

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 116 SGB V

Soweit und solange eine ausreichende Versorgung der Versicherten ohne die Mitwirkung von angestellten Ärzten aus definierten Einrichtungen quantitativ oder qualitativ nicht sichergestellt ist, können diese vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Tätigkeit im Rahmen des festgestellten Bedarfs ermächtigt werden.

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 75 Abs. 1a Satz 7 SGB V

Kann die Terminservicestelle keinen fristgerechten Behandlungstermin bei einem zugelassenen Facharzt vermitteln, hat sie einen ambulanten Termin im Krankenhaus anzubieten.

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 75 Abs. 1b Satz 5 SGB V

Krankenhausärzte können auf Grund einer Kooperationsvereinbarung mit der KV im Rahmen des Notdienstes ambulant tätig werden.

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 115a SGB V

Stationär eingewiesene Patienten können zur Klärung der Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung bis zu drei Tagen und oder nach einer erfolgten Krankenhausbehandlung bis zu sieben Tagen ambulant im Krankenhaus (vor- und nachstationär) behandelt werden.

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 115b SGB V

Zur Durchführung der im Katalog ambulant durchführbarer Operationen, stationsersetzender Eingriffe und Behandlungen (AOP-Katalog) gelisteten Leistungen sind Krankenhäuser per Gesetz zugelassen. Es besteht lediglich Anzeigepflicht.

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 116b SGB V

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist im Gesetz für neun Krankheitsgruppen mit besonderen Verläufen, vierzehn seltene Erkrankungen und zwei hochspezialisierte Leistungen vorgesehen. Ihr besonderes Merkmal ist die Behandlung in Teams, an denen Ärzte in Praxen und Krankenhäusern gleichermaßen beteiligt sein können.

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 117 SGB V

Einrichtungen von Hochschulkliniken sind zur ambulanten Behandlung von Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer hochspezialisierten Behandlung bedürfen sowie im Rahmen von Forschung und Lehre gesetzlich ermächtigt.

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 115d und § 118 SGB V

Krankenhäuser mit selbständigen psychiatrischen Abteilungen sind zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Versicherten ermächtigt, wenn diese wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen unzumutbarer Entfernung zu geeigneten Facharztpraxen darauf angewiesen sind. Sie können statt einer stationären Aufnahme die Behandlung auch im häuslichen Umfeld der Patienten durchführen.

In Analogie dazu ist die

ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte in § 118a SGB V

für die geriatrische Versorgung, die

ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte in § 119 SGB V

für die sozialpädiatrische Versorgung und die

ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte in § 119a sowie § 119c SGB V

für die Versorgung von Versicherten mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung gesondert geregelt.

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 137f Absatz 7 SGB V

Zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses können Krankenhäuser Verträge über die ambulanten ärztlichen Behandlungen mit Krankenkassen schließen, wenn sie die Voraussetzungen erfüllen.

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 140a SGB V

Für den Abschluss von Verträgen über die integrierte, ggf. verschiedene Fachgebiete und die Sektoren überschreitende Versorgungsformen bietet dieser Paragraf die Rechtsgrundlage. Der Beitritt ist für Krankenkassen, Krankenhäuser, Vertragsärzte, weitere Dienstleister und die Versicherten freiwillig.

Auf der anderen Seite gibt es auch sektorenübergreifende Versorgungsformen, bei denen ambulant zugelassene Vertragsärzte im Krankenhaus oder im Pflegeheim tätig werden.

Behandlung im Krankenhaus durch Vertragsärzte nach § 121 SGB V

Im kooperativen Belegarztwesen versorgen niedergelassene oder in MVZ angestellte Ärzte eigene Patienten voll- oder teilstationär im Krankenhaus. Sie werden dafür aber nicht vom Krankenhaus vergütet, sondern im Rahmen ihrer Praxisabrechnung.

Behandlung im Pflegeheim durch Vertragsärzte nach § 119b SGB V

Es besteht die Möglichkeit einer vertraglichen Kooperation zwischen Vertragsärzten und Pflegeheim oder einer Teilzeitanstellung von Vertragsärzten an Pflegeheimen.

3. Auswirkungen der sozialrechtlichen Besserstellung der Krankenhäuser gegenüber Vertragsärzten

Bei etwa gleicher Dynamik der Personal- und Sachkosten stieg der als Inflationsausgleich angelegte Orientierungswert in den Vergütungen der Krankenhäuser von 2013 bis 2024 um 39,24 % (destatis), bei den Vertragsärzten nur um 20,42 %. Diese systematische Benachteiligung des ambulanten Sektors hat ihre Ursache in unterschiedlichen Rahmenbedingungen für die Vertragsverhandlungen. Die dafür relevanten gesetzlichen Grundlagen und die weitgehende Verschonung des stationären Sektors von den Spargesetzen des Bundes bei zugleich einseitiger Begünstigung durch Finanzhilfen (z. B. für Digitalisierung, Pflege, Energiekosten u. ä.) sind Erfolge jahrelanger Lobbypolitik der Krankenhausgesellschaften.

Seit 2020 werden den Krankenhäusern sämtliche Pflegepersonalkosten zu 100 % erstattet, was zu immer attraktiveren Tarifen führt. Die ambulanten Arbeitgeber können hier nicht mithalten und leiden unter der Abwerbung ihres Personals durch die Krankenhäuser, welches dann teilweise in konkurrierenden MVZ eingesetzt wird.

Wenn ein Planungsbereich von Zulassungsbeschränkungen betroffen ist, weil nach den Richtlinien der Bedarfsplanung kein Versorgungsbedarf besteht, können Krankenhäuser dies durch die Ausschreibung einer Belegarztstelle nach § 103 Abs. 7 SGB V umgehen. Vergleichbare Möglichkeiten stehen Vertragsärzten nicht zur Verfügung.

Ebenfalls bevorzugt sind die Krankenhäuser, die ein MVZ betreiben, hinsichtlich der Haftung für Verstöße gegen vertragsärztliche Pflichten. Beispielsweise ist das Nichtantreten des organisierten KV-Bereitschaftsdienstes oder die Nichteinhaltung der Mindestsprechstundenzeiten einschl. offener Sprechstunden durch MVZ-Ärzte eine häufige Pflichtverletzung. Da hierfür überwiegend der MVZ-Träger (d. h. der vom Krankenhaus bestimmte Geschäftsführer) verantwortlich

zeichnet, dieser aber nicht Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung ist, sind Sanktionen erschwert. Vertragsärzte müssen in gleicher Situation persönlich haften.

Generell sind Krankenhäuser mit ambulant tätig werdenden Ärzten und Institutionen in der Haftung gegenüber niedergelassenen Ärzten bevorteilt, weil die nach § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V erforderliche selbstschuldnerische Bürgschaft durch die Rechtsform einer GmbH in der Höhe begrenzt werden kann, während Vertragsärzte unbegrenzt mit ihrem Privatvermögen haften müssen.

Nicht zuletzt wirken sich die bereits unter Punkt 1 genannten Unterschiede in den Qualitätsanforderungen und Wirtschaftlichkeitsauflagen so aus, dass Krankenhausärzte für ihre Tätigkeit am Patienten weniger persönliche Qualifikationen vorweisen müssen und sich bei ihren auf das Patientenwohl gerichteten Entscheidungen über Diagnostik und Therapie nicht für sparsamen Umgang mit den Ressourcen verantworten brauchen. Weil Krankenhausqualität von Laien gern mit Chefarztqualifikation verwechselt wird, reagiert die Öffentlichkeit erstaunt, wenn Ärzte nach einer Krankenhausschließung den fachlichen Check für ambulante Leistungen, die sie stationär „schon immer“ erbracht haben, nicht bestehen. Allein auf Grund der Unterschiede beim Rationalisierungsdruck kann das Krankenhaus damit werben, dass hier schnellere Termine angeboten werden als im ambulanten Sektor. Diese Luft wäre ganz schnell raus, wenn nur ein Bruchteil der rund 600 Mio ambulant versorgten Behandlungsfälle p.a. in Deutschland vor den Krankenhaustüren auftauchte.

4. Was bedeutet der Ruf nach “Institutsambulanzen“ an Krankenhäusern?

Der Regelfall einer Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ist die persönliche Ermächtigung. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass ihr eine Bedarfsprüfung vorausgeht. Nur wenn die Versorgungskapazitäten der zugelassenen Vertragsärzte und MVZ nicht ausreichen oder wenn die Qualifikation des Krankenhausarztes eine Lücke in der ambulanten Versorgung schließt, erteilt der Zulassungsausschuss eine solche Ermächtigung.

Nicht an persönliche Qualifikationen gebundene Institutionsermächtigungen für Krankenhäuser sowie die Möglichkeit ambulanter Behandlungen durch Krankenhausärzte werden in medizinischen Sonderfällen nach den o. g. §§ 115a bis 119c SGB V erteilt, ansonsten sind sie nach § 116a SGB V nur befristet zur Beseitigung einer ambulanten Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs nach Feststellung durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zulässig. Der Bedarf muss alle zwei Jahre überprüft werden.

An dieser Stelle wünschen sich die Krankenhausgesellschaften bedarfsunabhängige und unbefristete Institutsermächtigungen. Damit entfiele nicht nur die Garantie für Patienten, dass die Behandlung von ausreichend qualifizierten Ärzten durchgeführt wird. Die Geschäftsführung könnte zudem bei Fachkräftemangel nach Belieben die Personalausstattung herunterregulieren und ihr ambulantes Leistungsangebot selbst bestimmen („Rosinenpicken“). Deshalb liegen solche Institutsambulanzen im Interesse von Krankenhausträgern, sind aus Gründen der Sicherstellung einer qualitätsgesicherten ärztlichen Versorgung aber abzulehnen.

Vom Bedarf unabhängig errichtbare Institutsambulanzen würden zur Konkurrenz mit den ambulant praktizierenden Ärzten im Einzugsbereich führen. In dieser Konkurrenz verfügen die Krankenhäuser über die „längeren Spieße“: sie unterliegen nicht den Leistungsbegrenzungen für Praxen und MVZ, werden hinsichtlich ihrer Investitionskosten staatlich subventioniert, können

sich außerhalb jeder Regulierung auf lukrative Prozeduren spezialisieren und weniger qualifiziertes Personal einsetzen - und erhalten dennoch die gleichen Vergütungen wie Vertragsärzte und MVZ mit personengebundener Zulassung. Das führt in einen Verdrängungswettbewerb, in dem die versorgungspolitisch eigentlich geeigneteren Strukturen unterliegen.

Die Ermöglichung von solchen Institutsambulanzen für die hausärztliche Versorgung in Krankenhäusern mit sektorenübergreifendem Versorgungsauftrag als Bestimmung des KHVVG ist deswegen eine falsche Weichenstellung. Das Krankenhaus hat in Bereichen, in denen es Lücken in der hausärztlichen Versorgung gibt, schon jetzt die Möglichkeit zur Beschäftigung von Hausärzten in seinem MVZ. Dort sind Bedarfsgerechtigkeit, ärztliche Qualifikation des Behandlers und Strukturqualität der Praxisausstattung gesichert. Die hausärztliche Institutsambulanz wäre hier ein Umgehungskonstrukt, das dem Krankenhaus unfaire Wettbewerbsvorteile gegenüber etablierten Hausarztpraxen verschaffen und die Versorgung damit im Endeffekt verschlechtern würde. Deshalb sollten die Krankenhausplanungsbehörden der Länder eine stringente Bedarfsprüfung vornehmen, ehe sie Krankenhäusern einen sektorenübergreifenden Versorgungsauftrag erteilen.

Diese Zusammenhänge gelten für fachärztliche Institutsambulanzen analog. Hier sieht das KHVVG wenigstens noch einen Bedarfsvorbehalt vor, wogegen die Interessenverbände der Krankenhäuser prompt Sturm laufen.

5. Fazit

Sektorenverbindende und sektorenübergreifende Versorgungsformen sind existent und der stetigen Weiterentwicklung würdig. Dabei bedarf es einer mehrdimensionalen Betrachtung. Während die ambulanten Wirkungsmöglichkeiten von angestellten Krankenhausärzten in der ambulanten Versorgung bereits eine große Vielfalt aufweisen, ist die Betätigung selbständiger Ärzte in den Strukturen des Krankenhauses noch unterentwickelt.

Die Verwendung der Begrifflichkeit einer sektorenübergreifenden Versorgung wird von Krankenhausseite zunehmend interessengebunden mit einem Narrativ verbunden, welches die weitgehende ambulante Öffnung der Krankenhäuser zur vermeintlich notwendigen Überwindung der Sektorengrenzen zum Inhalt hat. Diese Argumentation blendet jedoch die sachgerechte Ausdifferenzierung der unterschiedlichen Rechtskreise für ambulante und stationäre Krankenbehandlung in Deutschland aus. Die bisher verfolgten Kooperationsstrategien werden sukzessiv durch einen Hegemonieanspruch des Krankenhauses und der ihm verbundenen Institutionen abgelöst. Die Verdrängung niedergelassener Arztpraxen als Versorgungsstruktur gehört zur Hidden Agenda von Krankenhausträgern und -gesellschaften sowie ihrer politischen Lobby. Darin spielt das Streben nach bedarfsunabhängigen Institutsambulanzen die Hauptrolle.

* Hüer T, Walendzik A, Pilny A, Buchner F, Kleinschmidt L, Wasem J, Augurzky B: Sektorenübergreifende Planung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen. IBES Diskussionsbeitrag Nr. 238, Dezember 2023, Universität Duisburg-Essen