Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.

Symposium „Zukünftige Gestaltung der sektorenübergreifenden Versorgung“ 23.11.2017

Leistungserbringung von Hochschulambulanzen

von Dr. iur. Christel Köhler-Hohmann, Rechtsanwältin – Fachanwältin für Medizinrecht

Thesen

1. Spezielle Vorschrift für die Leistungserbringung von Hochschulambulanzen (HSA) ist § 117 SGB V. Nach der Legaldefinition sind Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) zur vertragsärztlichen Versorgung gesetzlich ermächtigt. Das beinhaltet auch eine Leistungserbringung durch Organisationseinheiten, die nicht direkt einer Hochschul- oder Universitätsklinik, sondern deren Träger, der Universität, zugeordnet werden.
2. HSA nehmen seit jeher an der ambulanten Versorgung teil, um ihren Aufgaben in Forschung und Lehre gerecht zu werden. Seit 2015 umfasst die Ermächtigung zusätzlich Leistungen bzgl. Patientengruppen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die universitäre Medizin bedürfen. Hier stellt sich die Frage, welche Leistungen HSA konkret erbringen müssen bzw. erbringen dürfen. Diesbezüglich bindet der Gesetzgeber die Leistungserbringung an einen Normenvertrag. Dieser bleibt jedoch ohne hinreichend konkrete Vorgaben und führt dazu, dass HSA weitestgehend an der ambulanten Versorgung teilnehmen können.
3. Die Vergütung der HSA wird zwischen HSA-Träger und den Landesverbänden der Krankenkassen/ Verbänden der Ersatzkassen vereinbart (§ 120 Abs. 2, 3 SGB V). Gesetzlicher Maßstab für die Höhe der Vergütung ist die Leistungsfähigkeit der HSA bei wirtschaftlicher Betriebsführung. Der hierzu vereinbarte Normenvertrag sieht eine pauschalierte Vergütung auf Vollkostenbasis vor. In wie weit dies mit dem Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 71 SGB V) zu vereinbaren ist, ist fraglich. Kann die Leistungsfähigkeit bei wirtschaftlicher Betriebsführung nicht gewährleistet werden, so greift nach der Rechtsprechung des BSG (13.05.2017 - B 6 KA 20/14 R) grds. die Ausnahmeregelung nach § 71 Abs. 1 S. 1 Hs. 2 SGB V. Ob diese Rechtsprechung nach der bundesweiten Geltungsanordnung der HSA-Vergütungsvereinbarungen (§ 120 Abs. 2 S. 2 SGB V) auch in Bezug auf diese anwendbar ist, ist offen. Offen ist auch, ob die Prüfung der wirtschaftlichen Betriebsführung überhaupt möglich/ realistisch ist bzw. durch die Krankenkassen tatsächlich durchgeführt werden kann und wird. Erforderlich hierzu ist nämlich eine substantiierte Gesamtkostenkalkulation einer jeden HSA nebst Kontrollprüfung durch externen Kostenvergleich mit den Kostenstrukturen der Konkurrenz und dem Konkurrenzpreis. Hierüber hinaus ist anzumerken, dass die ausgehandelten Vergütungen nicht der Öffentlichkeit zugänglich sind.
4. Als Nächstes ergibt sich die Frage, welche Bedingungen bei der Leistungserbringung erfüllt werden müssen. Nach dem Normenvertrag ist Facharztstatus nur für die Diagnosenstellung und leitenden Therapieentscheidungen erforderlich (§ 3 Abs. 2 S. 3). Nach §§ 117 Abs. 4, 137c Abs. 3 SGB V können HSA sämtliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anwenden, die nicht explizit durch den G-BA ausgeschlossen wurden. Anders als im sonstigen

Vertragsarztrecht ist die Anwendung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden generell als Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt ausgestaltet.

5. Umgekehrt sind Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen dieser Leistungserbringung zwar gesetzlich nach § 113 Abs. 4 S. 1 SGB V vorgesehen, tatsächlich aber nur eingeschränkt möglich. Wesentliche Grundvoraussetzung wäre etwa eine Erfassung der in den HSA konkret tätigen Ärzte. Normenvertraglich wird aber genau das explizit ausgeschlossen. Mit Wirkung zum 29.07.2017 führt § 293 Abs. 7 SGB V zwar ein bundesweites Verzeichnis der in Krankenhäusern nach § 108 SGB V und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte ein, das allerdings noch der Umsetzung bedarf und im Übrigen Hochschulambulanzen außerhalb von Hochschulkliniken nicht erfasst.
6. Die besonderen Bedingungen der Leistungserbringung, Vergütung und Qualitäts- bzw. Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei HSA führen zu einer Exklusivberechtigung der HSA. Es stellt sich die Frage nach einem gerechten Wettbewerb im Vergleich zu sonstigen vertragsärztlichen Leistungserbringern?
7. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang auch zu fragen, warum Hochschulkliniken, die als HSA-Träger im stationären Bereich mit sonstigen Plankrankenhäusern der Maximalversorgung gemeinsam auf einer Versorgungsstufe stehen, als HSA eine Exklusivberechtigung erhalten. Beide haben im Rahmen des stationären Versorgungsbedarfs ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot sowie entsprechend medizinisch-technische Einrichtungen vorzuhalten. Wäre die Exklusivberechtigung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich sachlich gerechtfertigt, würde das nicht unter logischen Aspekten dazu zwingen, auch im stationären Bereich den Hochschulkliniken eine eigene Exklusivversorgungsstufe zuzuordnen?