

**Thesenpapier zum Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht  
am 8. November 2022**

**Ambulantisierung unter besonderer Berücksichtigung sektorenübergreifender Konfliktlösung**

Christoph Altmiks

1. In Deutschland werden im europäischen Vergleich überdurchschnittlich viele vollstationäre Behandlungen durchgeführt. Die Pro-Kopf-Ausgaben für stationäre Krankenhausbehandlungen liegen in Deutschland international in der Spitzengruppe.
2. Für eine ambulante Versorgung geeignete Fälle werden zu vollstationären Preisen im Krankenhaus versorgt mit Folgen für die Patientengesundheit und -sicherheit, für den effektiven Einsatz knapper (Personal-)Ressourcen im Krankenhaus sowie die sinnvolle und wirtschaftliche Verwendung der Versichertenbeiträge.
3. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss die Ambulantisierung im Sinne einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung für die Patientinnen und Patienten zwingend gefördert werden mit dem Ziel, dass in geeigneten Fällen bisher stationär erbrachte Leistungen stationärsetzend ambulant erbracht werden.

**Ambulantes Operieren**

4. Die mit dem MDK-Reformgesetz vorgegebene Weiterentwicklung des ambulanten Operierens gemäß § 115b SGB V kann einen erheblichen Beitrag zur Ambulantisierung leisten. Das im April 2002 veröffentlichte wissenschaftliche Gutachten des IGES-Instituts zeigt ein erhebliches Ambulantisierungspotential durch die Erweiterung des AOP-Katalogs auf.
5. Als Ausgangsbasis für die Vergütung gibt das Gesetz ausdrücklich den EBM und damit das ambulante Vergütungsniveau vor. Die Schaffung eines vollständig neuen Vergütungssystems ist ausgeschlossen. Zusätzlich müssen die weiteren Vorgaben des § 115b Abs. 1 Satz 4 SGB V (Differenzierung nach Schweregrad der Fälle, betriebswirtschaftliche Grundlage, ergänzende Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen) beachtet werden.

**Tagesbehandlungen im Krankenhaus**

6. Der von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in ihrer zweiten Stellungnahme und Empfehlung unterbreitete Vorschlag zur Tagesbehandlung im Krankenhaus begegnet erheblichen Bedenken.
7. Dieser Ansatz führt nicht zu einem Strukturwandel, sondern zu einer Zementierung der bestehenden Strukturen in der stationären Versorgung. Die vorgesehene Vergütung zu stationären Preisen abzüglich der Übernachtungskosten hätte u.a. zur Folge, dass medizinisch

gleiche Leistungen im Krankenhaus in Zukunft deutlich lukrativer wären als im vertragsärztlichen Bereich.

### **Hybrid-DRG**

8. Der Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode nennt zur Förderung der Ambulantisierung bisher unnötig stationär erbrachter Leistungen den Begriff der Hybrid-DRG. Hybrid-DRG können ein neues Vergütungskonstrukt für bislang noch rein stationär erbrachte Krankenhausleistungen mit Ambulantisierungspotential sein, die entweder die organisatorischen, personellen oder technischen Strukturen eines Krankenhauses oder geeignete vergleichbare vertragsärztliche Strukturen erfordern (komplexe Teamleistungen, AOP-Leistungen mit definierten patienten-/leistungsbezogenen Kriterien).
9. Um Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Abrechnungsarten für ein und dieselbe stationärsersetzende Leistung zu vermeiden, ist eine eindeutige Zuordnung von Leistungen zu den Abrechnungsarten (AOP-Katalog, Hybrid-DRG, DRG) erforderlich.

### **Sektorenübergreifende Konfliktlösung**

10. Mit dem TSVG sind in § 89a SGB V neue sektorenübergreifende Entscheidungsgremien auf der Bundes- und Landesebene zur Konfliktlösung bei dreiseitigen Vereinbarungen zwischen der Ärzteschaft, den zugelassenen Krankenhäusern und der Krankenkassenseite geschaffen worden. Ziel der Neuregelung war es, Kompetenzen zu bündeln, die zuvor zum Teil unterschiedlichen Regelungen zu vereinheitlichen und eine sachgemäße, interessengerechte und zügige Konfliktlösung zu ermöglichen.
12. Das Ziel einer sachgemäßen und interessengerechten Konfliktlösung kann jedoch mit den derzeit geltenden Regelungen zur Besetzung und Stimmverteilung nicht erreicht werden. Problematisch ist insbesondere, dass die Kostenträgerseite sich im Rahmen des regulären Verfahrens selbst dann nicht gegen die Leistungserbringerseite durchsetzen kann, wenn sie beide unparteiische Mitglieder von ihrer Position überzeugt hat.
13. Die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium vorgesehene Zweidrittelmehrheit birgt zudem die erhebliche Gefahr, dass sich keine ausreichende Mehrheit findet. Sie trägt eher dazu bei, zeitnahe Entscheidungen zu verhindern statt sie zu ermöglichen.