

## **5-Punkte-Forderungskatalog der Fachärztinnen und Fachärzte**

### **für einen Wettbewerb um die beste Patientenversorgung an der Schnittstelle ambulant/stationär – Planungssicherheit für ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen**

Berlin, 1. Dezember 2023

#### **Einleitung**

Wie in der Koalitionsvereinbarung zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP vereinbart, soll die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen gefördert und zügig umgesetzt werden. Die Umsetzung erfolgt im Rahmen der Krankenhausstrukturreform und die vorgezogene Gesetzgebung zu § 115f SGB V, indem für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG's eingeführt wird. Zu keinem Zeitpunkt wurde thematisiert, dass es einen Wettbewerb um die beste Patientenversorgung zwischen der ambulanten und stationären Versorgungsebene geben wird. Während für die Vorbereitung der Förderung der Ambulantisierung im stationären Versorgungsbereich strukturelle und materielle Voraussetzungen geschaffen werden, ist dies für den ambulanten Versorgungsbereich nicht vorgesehen, sodass ein Wettbewerb auf Augenhöhe – wie seit über 30 Jahren – politisch gewünscht, erneut ad absurdum geführt wird.

Mit den nachfolgenden fünf Forderungen kann auch für ambulante Versorgungsstrukturen Planungssicherheit hergestellt werden und der für Patienten sinnvolle Wettbewerb entstehen:

#### **I. Startkatalog muss verbindlich weiterentwickelt werden**

Im verabschiedeten Pflegestudiumstärkungsgesetz ist in Artikel 8a eine Änderung des § 115f SGB V vorgesehen, in der die Frist zur Überprüfung und ggf. erforderlichen Anpassung um ein Jahr auf den 31. März 2024 vorgezogen wird. Damit soll die Ambulantisierung bisher unnötig stationär erbrachten Leistungen, die das primäre Ziel der speziellen sektorengleichen Vergütung ist, weiter beschleunigt werden.

Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG-V) gibt mit der Anlage 3 eine Grundlage für die Erweiterung des Kataloges nach § 115f SGB V, die noch durch eine Anpassung der Rechtsverordnung mit Wirkung zum 1. April 2024 konkretisiert werden soll.

Um für den Aufbau konkurrierender ambulanter Versorgungsstrukturen im Hinblick auf den Katalog nach § 115f SGB V zu schaffen, ist der derzeitige Katalog zu wenig umfangreich, sodass niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und andere Träger der ambulanten Versorgungsstrukturen nur dann Investitionen tätigen werden können, wenn der Katalog nach § 115f SGB V breiter angelegt wird.

## **II. Sachkosten bei ambulanten Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen dürfen nicht die Ambulantisierung verhindern und Qualität der medizinischen Versorgung verschlechtern**

Sachkosten, die im Zusammenhang mit der Erbringung einer operativen Prozedur des Kataloges nach § 115f SGB V entstehen, bestimmen maßgeblich den finanziellen Gesamtaufwand. Nachdem unter der Höhe der Vergütung einer Fallpauschale gemäß Anlage 2 des Referentenentwurfs der Hybrid-DRG-V eine Vielzahl von Prozeduren subsummiert sind, entsteht die Situation, dass bei kostenintensiven operativen Prozeduren die Höhe der Sachkosten die Entscheidung determiniert, ob eine Fallpauschale oder ob nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 4 Absatz 2 Satz 2 der Hybrid-DRG-V angewandt wird. Von daher werden gerade die komplexeren ambulantisierbaren Operationen nicht nach diesem Katalog abgerechnet werden können, sodass der nach Koalitionsvereinbarung gewünschte Ambulantisierungseffekt nicht entstehen wird.

Um die gewünschten Effekte der Ambulantisierung wirken zu lassen, wird daher dringend vorgeschlagen, die Sachkosten aus der Fallpauschale herauszunehmen.

## **III. Gute Qualität bedarf einer Investition in die ambulanten Versorgungsstrukturen**

Während im stationären Versorgungsbereich im Rahmen der Krankenhausstrukturreform ausdrücklich vorgesehen ist, dass Investitionsmittel der Länder für den Aufbau hybrider Versorgungsstrukturen genutzt werden dürfen, ist eine entsprechende Regelung für die praxisambulanten Versorgungsstrukturen nicht vorgesehen. Damit entsteht eine nachhaltige Wettbewerbsverzerrung, die nur dann aufgehoben werden kann, wenn auch praxisambulante Versorgungsstrukturen die Leistungen nach § 115f SGB erbringen werden und entsprechend gefördert werden.

## **IV. Materielle Planungssicherheit an der Schnittstelle ambulanz-stationär**

Die im Rahmen der Krankenhausstrukturreform ausdrücklich als strukturgebendes Element im stationären Bereich vorgesehene Vorhaltevergütung soll auch an der Schnittstelle ambulanz-stationär als strukturgebendes Element für Versorgungsstrukturen vorgesehen werden.

## **V. Kooperationssicherheit für die beste Patientenversorgung**

Die Kooperation zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern ist unabhängig vom Status des Patienten und vom Ort der Erbringung der Leistung sicherzustellen. Dazu hat es aktuelle Rechtsprechung zu unterschiedlichen Rechtskreisen gegeben, die dieser Forderung entgegenstehen. Wir schlagen daher vor, die zukünftige Krankenhausbehandlung auch in Kooperation mit zugelassenen Ärztinnen und Ärzte, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Ärztinnen und Ärzten gemäß § 95 Absatz 1 SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit erbringen zu lassen.