

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert,
Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/8671 –**

Verbesserungsmöglichkeiten durch sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung und Bedarfsplanung

Vorbemerkung der Fragesteller

Das deutsche Gesundheitssystem ist wie „kaum ein anderes in den reichen Ländern der Welt durch eine wechselseitige, historisch gewachsene Abschottung der Versorgungsbereiche gekennzeichnet“ (Rosenbrock, R., Gerlinger, T.: Gesundheitspolitik; Hogrefe, 2014, S. 393). Allerdings: „Integration war und ist kein vorrangiges Ziel“ der dort tätigen Akteure, „sowohl Leistungserbringer als auch Kostenträger [...] orientieren sich stark an ihren finanziellen Eigeninteressen. Die Verbreitung von Wettbewerbsmechanismen in der GKV [...] und der dadurch erhöhte ökonomische Handlungsdruck haben dieses Verhalten weiter verstärkt“ (ebd.: 409, GKV – gesetzliche Krankenversicherung).

Die Folge ist eine „ineffiziente Konkurrenz“ mit gravierenden Wirkungen auf die Versorgung, u. a. „Behandlungsfehler, unkoordinierte (Mehrfach-)Diagnostik und Therapie, [...] unangemessene Mengenausweitungen, nicht bedarfsgerechte Konzentration der Angebote auf wirtschaftlich attraktive Leistungen“ etc. (Pressekonferenz zum „Krankenhaus-Report 2016“, Statement von Prof. Ferdinand Gerlach).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen weist ferner auf „die teilweise gefährdete Versorgungssituation insbesondere in strukturschwachen, ländlichen Regionen“ hin. Auch „drohen innerhalb des Bundesgebietes zunehmende Schieflagen zwischen Ballungsgebieten und der Fläche“ (www.svr-gesundheit.de/?id=498).

Der Aufgabe, die bisher getrennte ambulante und stationäre Bedarfsplanung weiterzuentwickeln zu einer integrierten, alle Bereiche der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung umfassenden Bedarfsermittlung und -planung (Bundestagsdrucksache 18/4187), haben sich die bisherigen Bundesregierungen aus Sicht der Fragesteller nicht ausreichend angenommen.

„Auf die Schnittstellenprobleme“ zumindest zwischen stationärem und ambulantem Sektor wurde stattdessen „mit Einzellösungen reagiert“ (Pressekonferenz zum „Krankenhaus-Report 2016“, Statement von Martin Litsch). Die so entstandenen 19 ambulanten Versorgungsformen (Krankenhaus-Report

2016: 5) folgen „jedoch keinem übergeordneten Konzept“ (ebd.: XVI). Laut aktuellem „Krankenhaus-Report“ bestehen „ein klares Steuerungsdefizit“ (ebd.) sowie ein „hoher Grad an Intransparenz, sei es hinsichtlich Leistungsgeschehen, Vergütung, Einbettung in die Versorgung“ (ebd.: V). Besonders gravierend sei, dass für ambulante Krankenhaufälle mit Ausnahme der Ermächtigungen eine „sektorenübergreifende Qualitätssicherung [...] – trotz des gesetzlichen Auftrags – bislang nicht umgesetzt worden ist“ (ebd.: 24).

Für „erstklassige Versorgungsstrukturen“, die die Bevölkerung laut Patientenbeauftragtem der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, „von der Politik“ erwartet (ÄrzteZeitung, 29. Januar 2016), besteht daher dringender Handlungsbedarf. Dies hat offenbar auch Bundesgesundheitsminister Gröhe verstanden: „es wird höchste Zeit, Brücken zu bauen.“ (Ärzte Zeitung, 9. März 2016) „Wir brauchen [...] eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung“ (Deutsches Ärzteblatt, 18. März 2016).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) hängt die Qualität der medizinischen Versorgung wesentlich davon ab, dass ein kontinuierlicher fach- und sektorenübergreifender Behandlungsverlauf erfolgt. Kooperation und Koordination auf unterschiedlichen Ebenen, über Fach- und Sektorengrenzen hinweg sind ein Schlüssel, die medizinische Versorgung zu verbessern und vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung ihre Leistungsfähigkeit zu bewahren. Der Verzahnung von Schnittstellen und der Förderung von Kooperation und Koordination im Gesundheitswesen misst das BMG eine hohe Bedeutung bei. Daher hatten die Gesundheitsreformen der letzten Jahre u. a. stets auch das Ziel, durch Stärkung des Wettbewerbs und gezielte gesetzliche Maßnahmen das Zusammenwirken über Sektorengrenzen hinweg zu fördern. Schwerpunkte dieser Maßnahmen bildeten zum einen die zunehmende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen, auch, um einer Unterversorgung zu begegnen, sowie die Stärkung einer besonderen, verschiedene Leistungsbereiche übergreifenden Versorgung der Versicherten (§ 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Außerdem hat das BMG zur umfassenden Analyse der Schnittstellenproblematik den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit der Erstellung eines entsprechenden Sondergutachtens beauftragt, das mit dem Titel „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ 2012 vorgelegt worden ist.

Einen besonderen Beitrag zum Abbau der Sektorengrenzen wird der in dieser Legislaturperiode eingerichtete Innovationsfonds leisten. Mit den Mitteln dieses Fonds sollen insbesondere Vorhaben gefördert werden, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und ein hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung übernommen zu werden.

Das BMG wird dem Gesetzgeber auch in Zukunft Regelungen vorschlagen für eine kontinuierliche und bedarfsorientierte Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Versorgung mit dem Ziel der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung, des Abbaus von Ineffizienzen, der Stärkung bewährter sektorenübergreifender Strukturen und der Vermeidung von Steuerungsdefiziten. Im Mittelpunkt stehen hierbei die umfassenden Behandlungsbedürfnisse insbesondere älterer, chronisch und mehrfachkranker Patientinnen und Patienten. Nach Auffassung des BMG kann auf diese Weise auch kurzfristig wechselnden gesundheitlichen Bedarfslagen bestmöglich Rechnung getragen werden.

I. Sektorenübergreifende Versorgung

1. Wie definiert die Bundesregierung sektorenübergreifende Versorgung?

Der Begriff „sektorenübergreifende Versorgung“ bezeichnet im weitesten Sinne Versorgungsstrukturen, in denen ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken sowie andere zur Versorgung der Versicherten berechnete Leistungserbringer kooperieren und ihre Leistungen koordinieren. Im Wesentlichen geht es um die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bzw. um die Zusammenarbeit zwischen vertragsärztlicher, vertragszahnärztlicher Versorgung und der Krankenhausversorgung.

2. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Stand der Forschung zur Frage, wie sich der Nutzen für Patientinnen und Patienten bei der Behandlung aus einer Hand darstellt, im Vergleich zu einer in stationäre und ambulante Versorgung aufgespaltenen Struktur?

Es ist allgemein anerkannter Wissensstand, dass die Vernetzung verschiedener Leistungserbringer und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit insbesondere für komplexe und multimodale Behandlungsprozesse gut geeignet sind. Hierzu zählen z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, onkologische und rheumatische Erkrankungen oder Diabetes. Patientinnen und Patienten sind eingebunden in eine organisierte Behandlungskette, in der ihnen die jeweils zu beteiligenden Spezialisten zur Verfügung stehen. Unnötige Belastungen und Doppel- und Mehrfachuntersuchungen werden vermieden; häufig können Liegezeiten in Krankenhäusern verkürzt werden. Die Übergänge von ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung sind koordiniert, lange Wartezeiten entfallen. Durch standardisierte Nachuntersuchungen nach Abschluss der stationären und rehabilitativen Behandlung werden Folgeerkrankungen vermieden oder eingeschränkt.

Die Verbesserung der Erkenntnislage zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist auch Ziel des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die rechtlichen Grundlagen für den Innovationsfonds sind mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) geschaffen worden. Für die Förderung der praxisnahen Versorgungsforschung stehen von 2016 bis 2019 jährlich 75 Mio. Euro zur Verfügung. Die Forschungsvorhaben sollen von hoher praktischer Relevanz sein und eine besondere Nähe zur praktischen Patientenversorgung aufweisen. Im Rahmen der Förderung des Innovationsfonds können auch Forschungsvorhaben zur sektorenübergreifenden Versorgung gefördert werden.

3. Inwiefern begrüßt die Bundesregierung Schritte, mit denen die Sektoren der gesundheitlichen Versorgung stärker integriert werden bzw. mit denen die Grenzen der Bereiche der gesundheitlichen Versorgung durchlässiger gestaltet werden können?

Welche weiteren Schritte in Richtung einer stärker sektorenübergreifenden Versorgung plant die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode?

Wie bereits in der Vorbemerkung der Bundesregierung dargelegt, misst das BMG der Verzahnung von Schnittstellen und der Förderung von Kooperation und Koordination im Gesundheitswesen eine hohe Bedeutung bei. Aus diesem Grund sind allein in der laufenden Legislaturperiode folgende Regelungen zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung in Kraft getreten:

- Einführung eines Zweitmeinungsverfahrens; zur Erbringung der Zweitmeinung sind auch zugelassene Krankenhäuser berechtigt (§ 27b SGB V),
- Einführung von Terminservicestellen, die gegebenenfalls einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten haben (§ 75 Absatz 1a SGB V),
- verbindlichere Ausgestaltung der Kooperation zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und zugelassenen Krankenhäusern bei der Organisation der ambulanten Notfallversorgung (§ 75 Absatz 1b SGB V),
- weitere Öffnung des Versorgungsbereichs der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V),
- weitere Öffnung der Teilnahme der Hochschulambulanzen an der vertragsärztlichen Versorgung (§ 117 SGB V),
- Weiterentwicklung der strukturierten Behandlungsprogramme, insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen (§ 137f SGB V).

Außerdem ist im Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vorgesehen, dass für psychisch kranke Menschen eine stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld durch stationäre Einrichtungen ermöglicht wird. Die Einrichtungen können dabei auch Leistungserbringer des ambulanten Versorgungsbereichs mit der Erbringung von Teilleistungen beauftragen.

Schließlich hat der Gesetzgeber mit dem Innovationsfonds ein wichtiges Instrument geschaffen, um die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung voranzutreiben. Ein wesentliches Ziel des Innovationsfonds ist es, die Gesundheitsversorgung insbesondere durch eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung weiterzuentwickeln. Dazu fördert der Innovationsfonds mit 225 Mio. Euro jährlich insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Damit soll der Bezug der geförderten Vorhaben zur Versorgung in der GKV und die Voraussetzung für eine spätere Überführung der Vorhaben in die Versorgung gewährleistet werden.

II. Integration ambulanter und stationärer Versorgung

4. Welche Formen ambulanter Behandlung im Krankenhaus gibt es derzeit nach Kenntnis der Bundesregierung, und seit wann existieren diese jeweils?

Die verschiedenen Formen der Krankenhausbehandlung werden in § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V benannt. Danach wird Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) kommt es für die Abgrenzung einer stationären Behandlung von einer ambulanten Behandlung darauf an, in welchem Umfang der Patient die Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch nimmt. Dementsprechend ist vollstationäre Behandlung im Sinne einer physischen und organisatorischen Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses insbesondere dann gegeben, wenn sie sich nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes in der Vorausschau zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt (BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 – B 3 KR 17/06 R –, SozR 4-2500 § 39 Nummer 8, SozR 4-5565 § 2 Nummer 1).

Wegen der Maßgeblichkeit des Behandlungsplans liegt eine stationäre Behandlung auch dann vor, wenn der Patient oder die Patientin nach Durchführung eines Eingriffs oder einer sonstigen Behandlungsmaßnahme über Nacht verbleiben sollte, aber gegen ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag wieder verlässt (Beispiel eines sog. Stundenfalls in BSG, Urteil vom 4. März 2004 – B 3 KR 4/03 R –, SozR 4-2500 § 39 Nummer 1, BSGE 92, 223-232, SozR 4-7610 § 291 Nummer 1, SozR 4-2500 § 115b Nummer 1).

Teilstationäre Behandlung ist eine Form der stationären Behandlung. Auch bei der teilstationären Behandlung wird die medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses benötigt, allerdings ohne dass eine ununterbrochene Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus notwendig ist (BSG, Urteil vom 4. März 2004 – B 3 KR 4/03 R –, SozR 4-2500 § 39 Nummer 1, BSGE 92, 223-232, SozR 4-7610 § 291 Nummer 1, SozR 4-2500 § 115b Nummer 1). Als Annex zur vollstationären Krankenhausbehandlung gehört auch die vor- und nachstationäre Behandlung zur stationären Behandlung im weiteren Sinne (BSG, Urteil vom 10. März 2010 – B 3 KR 15/08 R-, SozR 4-2500 § 115a Nummer 1, SozR 4-5565 § 17 Nummer 1).

Vor diesem Hintergrund lassen sich folgende Formen ambulanter Leistungserbringung im Krankenhaus unterscheiden:

Ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus	Inkrafttreten
Erbringung von Zweitmeinungen durch zugelassene Krankenhäuser (§ 27b SGB V)	23. Juli 2015
Ambulante Behandlung via Terminservicestellen (§ 75 Absatz 1a SGB V)	23. Juli 2015
Notfallbehandlung (§ 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V) Ambulante Behandlung im Rahmen des Notdienstes durch Einbindung der Notfallambulanzen von Krankenhäusern auf Grund von Kooperationsvereinbarungen mit Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 75 Absatz 1b SGB V)	1. Januar 1989 1. Januar 2016
Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)	1. Januar 1993
Ermächtigung wegen besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse (§ 116 SGB V)	1. Januar 2004
Ermächtigung bei Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf (§ 116a SGB V)	1. Januar 2004 als Kann-Regelung, 23. Juli 2015 als Muss-Regelung
Ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V a.F.)	1. Januar 2004
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)	1. Januar 2012
Ermächtigung von Hochschulkliniken (§ 117 SGB V)	1. Januar 1989 in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang; 23. Juli 2015 ergänzend für Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung der Untersuchung oder Behandlung durch Hochschulambulanzen bedürfen.
Ermächtigung zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung (§ 118 SGB V)	1. Januar 2000; Vorläuferregelung seit 1. Januar 1989
Ermächtigung zur geriatrischen Versorgung (118a SGB V)	1. Januar 2013
Ermächtigung zur sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern (§ 119 SGB V)	1. Januar 1989
Ermächtigung zur Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (§ 119c SGB V)	23. Juli 2015
Strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme nach § 137f SGB V)	10. Dezember 2001
Besondere Versorgung (§ 140a SGB V)	1. Januar 2000; 1. Januar 2004; 23. Januar 2015

5. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung vor über die Entwicklung seit Einführung der jeweiligen Versorgungsform hinsichtlich der Anzahl der Fälle, des Finanzvolumens, ggf. der Anzahl der erbringenden Einrichtungen, ggf. zu Fragen von Unter- oder Überversorgung und dem Modus der jeweiligen Mengensteuerung (bitte, wenn möglich, nach Bundesländern bzw. KV-Bezirk aufschlüsseln; KV – Kassenärztliche Vereinigung) für
- a) die ermächtigten Krankenhausärztinnen und -ärzte,
 - b) die pseudostationäre Behandlung (Aufnahme- und Entlassungstag sind identisch, ohne dass hierfür Tod nach der Aufnahme, Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder Entlassung gegen ärztlichen Rat ursächlich sind; vgl. Krankenhaus-Report 2016: 5),
 - c) die ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
 - d) die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V,
 - e) die ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung nach § 116a SGB V,
 - f) die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (alt) sowie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (neu),
 - g) die Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V,
 - h) die sozialpädiatrischen Zentren nach § 120 Absatz 2 SGB V bzw. ab 2013 nach § 119 SGB V,
 - i) die pädiatrischen Spezialambulanzen nach § 120 Absatz 1a SGB V,
 - j) die psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V,
 - k) die geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V,
 - l) die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V,
 - m) die vormals integrierte, jetzt besondere Versorgung nach § 140a SGB V,
 - n) die teilstationäre Behandlung nach § 39 SGB V,
 - o) die Versorgung durch die Notfallambulanzen nach § 75 SGB V?

Die in den amtlichen Statistiken der GKV erfassten Leistungsausgaben und Fallzahlen der in den Fragen 5a bis 5o genannten Versorgungsformen können den folgenden Tabellen entnommen werden:

Tabelle 1: Leistungsausgaben in Mio. Euro (GKV-Statistik KJ 1 / KV 45)

Schlüssel	Bezeichnung	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
4620	Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115 b SGB V)	2,4	10,8	18,5	29,3	42,9	62,7	84,2	105,9	131,3	160,2	211,0	357,4
4610 + 4613	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (einschl. psychiatrische)	5,3	51,5	100,8	80,1	54,1	80,8	105,8	137,1	168,0	202,4	198,2	167,1
4030	Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V a.F. und Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern nach § 116b SGB V												1,8
4033	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte nach § 116b SGB V												
4036	Ärztliche Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V												
5430	Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V						63,7	71,2	75,4	82,1	88,9	91,6	106,9
5440	Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V						50,1	61,4	82,9	96,4	108,6	144,2	198,7
5443	Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118 a SGB V												
4040	Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme												
4043	Ambulante ärztliche Behandlung gemäß § 137f Abs. 7 SGB V												
5810	Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP										0,0	0,4	1,5
5830	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP										0,0	0,3	11,8
57XX, 5870-5890	Integrierte Versorgung**										40,8	53,6	128,8
4660	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen (ohne 5763 bis 5765)										145,7	152,4	127,0

Schlüssel	Bezeichnung	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
4620	Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115 b SGB V)	400,3	458,5	536,5	599,3	627,1	618,7	617,0	598,0	595,1	612,1	634,4
4610 + 4613	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (einschl. psychiatrische)	168,8	194,5	226,9	259,0	287,4	303,4	330,9	358,4	380,7	397,1	393,1
4030	Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V a.F. und Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern nach § 116b SGB V	2,9	5,4	7,0	9,2	36,6	99,2	146,8	180,3	169,4	174,2	201,7
4033	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte nach § 116b SGB V									1,4	0,3	1,6
4036	Ärztliche Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V									490,3	536,1	550,3
5430	Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V	114,2	126,8	141,9	150,7	164,4	165,9	186,3	195,4	188,5	205,2	217,8
5440	Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V	223,1	265,5	308,6	339,7	386,6	401,8	423,4	472,6	475,2	523,4	573,6
5443	Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118 a SGB V									0,0	0,0	0,4
4040	Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme					514,2	583,0	602,3	636,8	655,1	685,1	696,5
4043	Ambulante ärztliche Behandlung gemäß § 137f Abs. 7 SGB V									0,0	0,1	0,1
5810	Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP	1,5	2,2	2,1	2,1	1,3	0,8	0,4	1,5	1,4	1,2	0,8
5830	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP	6,3	19,7	34,6	38,9	21,4	19,9	21,8	19,0	20,5	21,3	14,9
57XX, 5870-5890	Integrierte Versorgung**	237,8	417,7	618,5	665,3	1126,6	1332,7	1405,0	1464,3	1532,9	1654,2	1693,8
4660	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen (ohne 5763 bis 5765)	148,4	136,4	160,3	153,5	155,4	162,2	157,1	163,4	169,1	209,6	245,7

*) Vorläufige Finanzergebnisse des ersten bis vierten Quartals 2015

**) Für die Integrierte Versorgung war eine Anschubfinanzierung vorgesehen. In den Jahren bis 2010 konnten daraus insgesamt 1,43 Mrd. Euro für die IV-Finanzierung entnommen werden. Gemäß § 140 d SGB V a.F. konnten die Gesamtvergütungen an Ärzte und die Krankenhausrechnungen 2004 bis 2006 zum Zwecke der Anschubfinanzierung um bis zu 1 Prozent gekürzt werden.)

Tabelle 2: Fallzahlen in Tsd. (GKV-Statistik KG 2)

Schlüssel	Bezeichnung	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
12999	Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115 b SGB V)		909,2	1.019,3	1.145,7	1.324,4	1.340,8	1.435,0	1.583,4	1.801,2	1.663,1	1.675,1	1.591,7
09999 +11999	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung		1.713,9	1.844,9	2.157,8	2.491,4	2.658,8	2.884,4	3.144,8	3.463,4	3.884,6	4.329,8	4.601,3
34999	Ambulante Behandlung im Krankenhaus		8,6	7,5	8,1	11,1	18,6	79,0	154,0	315,5	573,9		
38999	Behandlungsfälle in Hochschulambulanzen											3.548,8	3.774,8
33000	Krankenhausbehandlung bei Integrierter Versorgung		6,6	8,0	99,5	111,0	133,6	164,5	151,9	177,7	174,6	171,2	182,2

Differenziertere oder darüber hinausgehende Angaben zu den in den Fragen 5a bis 5o genannten Versorgungsformen werden in den amtlichen Statistiken der GKV nicht erfasst.

Auch zu der Zahl der erbringenden Einrichtungen liegen dem BMG keine flächendeckenden, nach gesetzlicher Ermächtigung differenzierte Daten vor. Die Ermächtigungstatbestände sehen in der Regel als Voraussetzung vor, dass eine ausreichende ärztliche Versorgung ohne die Leistungserbringung durch die ermächtigten Ärzte oder Einrichtungen nicht sichergestellt wird oder dass aufgrund von Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung die Diagnostik bzw. Behandlung in einer spezialisierten Einrichtung erforderlich ist. Dadurch soll eine am Versorgungsbedarf orientierte Ermächtigung sichergestellt werden.

Im Einzelnen ist zu den Fragen 5a bis 5o Folgendes zu sagen:

- a) die ermächtigten Krankenhausärztinnen und -ärzte,

Den auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlichten Gesundheitsdaten zur vertragsärztlichen Versorgung sind folgende Zahlen zu ermächtigten Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu entnehmen:

2006 11 353
 2007 11 230
 2008 10 887
 2009 10 529
 2010 10 242
 2011 10 105
 2012 9 864
 2013 9 752
 2014 9 683
 2015 9 596

Aus dem im Zeitverlauf feststellbaren Rückgang der Ermächtigungszahlen können keine Rückschlüsse auf die Versorgung gezogen werden, da die Versorgungssituation sich aus der Gesamtschau der zugelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte ergibt.

- b) die pseudostationäre Behandlung (Aufnahme- und Entlassungstag sind identisch, ohne dass hierfür Tod nach der Aufnahme, Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder Entlassung gegen ärztlichen Rat ursächlich sind; vgl. Krankenhaus-Report 2016: 5),

Bei der sogenannten pseudostationären Behandlung handelt es sich nicht um eine gesetzlich geregelte Form ambulanter Krankenhausbehandlung. Angaben zur Fallzahl und zum Finanzvolumen werden daher in der amtlichen GKV-Statistik nicht erfasst.

- c) die ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),

Zum Finanzvolumen und zur Fallzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus wird auf die Tabellen vor der Antwort zu Frage 5a verwiesen. Mengensteuernde Wirkungen ergeben sich daraus, dass der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren ist, aus der Verpflichtung der Krankenkassen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Möglichkeit, Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung ambulanter Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorzusehen.

- d) die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V,

Zum Finanzvolumen und zur Fallzahl vor- und nachstationärer Behandlungen im Krankenhaus wird auf die Tabellen vor der Antwort Frage zu 5a verwiesen. Mengensteuernde Wirkungen ergeben sich insbesondere aus der gesetzlichen Begrenzung der Dauer der vor- und nachstationären Behandlung auf grundsätzlich drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Krankenhausbehandlung und auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung.

- e) die ambulante Behandlung im Krankenhaus bei Unterversorgung nach § 116a SGB V,

Es wird auf die Ausführungen vor der Antwort zu Frage 5a verwiesen.

- f) die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (alt) sowie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (neu),

Hinsichtlich der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V alt sowie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V neu (ASV) wird auf die Tabelle vor der Antwort zu Frage 5a sowie auf die Antwort der Bundesregierung auf Bundestagsdrucksache 18/7530 verwiesen (Antwort zu Frage 1 hinsichtlich der Patientinnen und Patienten in der ASV, Antwort zu den Fragen 7 bis 9 hinsichtlich der finanziellen Entwicklung, Antwort zu den Fragen 10 bis 12 hinsichtlich der Teilnahmeanzeigen der erbringenden Einrichtungen bzw. Teams, Antwort zu Frage 14 hinsichtlich der erbringenden Teams mit ASV-Berechtigung differenziert nach KV-Bezirken).

In der ASV besteht grundsätzlich freier Zugang für Leistungserbringer, die die jeweils in der einschlägigen Richtlinie des G-BA festgelegten Anforderungen der ASV erfüllen und nachweisen können.

- g) die Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V,

Zu den Ausgaben für die Hochschulambulanzen und zur Zahl der Behandlungsfälle in Hochschulambulanzen wird auf die Tabellen vor der Antwort zu Frage 5a verwiesen. Diese wurden erstmals seit 2013 in der Rechnungslegung der GKV erfasst.

In jedem Bundesland wird die konkrete Ausgestaltung der Vergütung der Hochschulambulanzen jeweils regional- bzw. klinikspezifisch zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den jeweiligen Universitätsklinika vereinbart (§ 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V). Zudem sind für die Hochschulambulanzen bislang in der Regel Fallzahlobergrenzen bezogen auf den erforderlichen Umfang der ambulanten ärztlichen Leistungen für Forschung und Lehre vereinbart worden. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Aufgaben der Hochschulambulanzen um eine Behandlungsermächtigung für Patienten ergänzt, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen. Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen sind nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die vereinbarten bundeseinheitlichen Grundsätze zur Vergütungsstruktur und zur Leistungsdokumentation zu berücksichtigen (§ 120 Absatz 2 Satz 4 SGB V).

- h) die sozialpädiatrischen Zentren nach § 120 Absatz 2 SGB V bzw. ab 2013 nach § 119 SGB V,

Zum Finanzvolumen der Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) wird auf Tabelle 1 vor der Antwort zu Frage 5a verwiesen. Die Ausgaben für die SPZ wurden erstmals seit 2013 in der Rechnungslegung der GKV erfasst. In der amtlichen GKV-Statistik wird die Anzahl der Fälle nicht erfasst.

Die Leistungen der gemäß § 119 SGB V ermächtigten SPZ werden nach den mit Wirkung zum 1. Januar 1989 in Kraft getretenen und bislang fortgeltenden Regelungen des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. In jedem Bundesland wird die konkrete Ausgestaltung der Vergütung der SPZ jeweils regional- bzw. krankenhausspezifisch zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den jeweiligen Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart (§ 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V). Die Vergütung erfolgt in der Regel über Quartalspauschalen je Fall. Die Vergütung muss die Leistungsfähigkeit der SPZ bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten.

- i) die pädiatrischen Spezialambulanzen nach § 120 Absatz 1a SGB V,

In der amtlichen GKV-Statistik werden die Anzahl der Fälle und die Finanzvolumen der pädiatrischen Spezialambulanzen nicht erfasst.

Gemäß dem zum 25. März 2009 in Kraft getretenen Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit dem jeweiligen Krankenhausträger fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen für die Leistungen der pädiatrischen

Spezialambulanzen vereinbaren, wenn diese erforderlich sind, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten. Die Pauschalen ergänzen die Vergütung, die die Krankenhausträger aus der Gesamtvergütung von den Kassenärztlichen Vereinigungen für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte erhalten.

j) die psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V,

Zum Ausgabenvolumen der GKV für die ermächtigten psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) wird auf Tabelle 1 vor der Antwort zu Frage 5a verwiesen. Die Ausgaben für die PIA wurden erstmals seit 2013 in der Rechnungslegung der GKV erfasst. In der amtlichen GKV-Statistik wird die Anzahl der Fälle der PIA nicht erfasst.

Die Leistungen der PIA werden weiterhin unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. In jedem Bundesland wird die konkrete Ausgestaltung der Vergütung der PIA jeweils regional- bzw. krankenhausspezifisch zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den jeweiligen Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart (§ 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V). Die Vergütung erfolgt in der Mehrheit der Länder über Quartalspauschalen je Fall. Ein Drittel der Länder wendet eine Art Einzelleistungsvergütung an. Die Vergütung muss die Leistungsfähigkeit der PIA bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten.

k) die geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V,

In der amtlichen GKV-Statistik wird die Anzahl der Behandlungsfälle in geriatrischen Institutsambulanzen (GIA) nicht erfasst. Zum Finanzvolumen ist darauf hinzuweisen, dass der Bewertungsausschuss infolge der gesetzlichen Regelung zur Ermächtigung der GIA zur ambulanten spezialisierten geriatrischen Diagnostik die Aufnahme von abrechnungsfähigen Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2016 beschlossen hat. Aussagekräftige Angaben zu den Finanzvolumen der in GIA erbrachten Leistungen liegen vor diesem Hintergrund zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor. Das BMG hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Januar 2016 um Informationen zur Zahl der Ermächtigungsanträge nach § 118a SGB V gebeten. Die Abfrage hat ergeben, dass mit Stand vom 26. Februar 2016 bundesweit 23 Anträge auf Ermächtigung gestellt wurden, von denen bis zu diesem Zeitpunkt ein Antrag positiv beschieden wurde. Die übrigen Verfahren waren noch nicht abgeschlossen.

l) die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V,

Seit ihrer Einführung hat sich die Anzahl der an den strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) teilnehmenden Versicherten kontinuierlich entwickelt. Gemäß der amtlichen Statistik KM6 (Stand Mai 2016) nehmen an den Programmen aktuell insgesamt über 6,7 Millionen Versicherte teil. Derzeit gibt es Programme für sechs Krankheiten mit folgenden Teilnehmerzahlen:

Diabetes mellitus Typ 2: 3 599 441,

Diabetes mellitus Typ 1: 183 107,

Koronare Herzkrankheit (KHK): 1 540 585,

Asthma bronchiale: 766 249,

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD): 508 676,

Brustkrebs: 106 479.

Eine „Mengensteuerung“ ist für die DMPs nicht vorgesehen, da es sich um freiwillige Angebote der gesetzlichen Krankenkassen für besondere Versorgungsformen handelt, die eine sektorenübergreifende, koordinierte, evidenzbasierte Behandlung beinhalten und an denen die Versicherten freiwillig teilnehmen können.

- m) die vormals integrierte, jetzt besondere Versorgung nach § 140a SGB V,

Zu den Ausgaben für integrierte Versorgung und zur Zahl der Fälle von Krankenhausbehandlung bei integrierter Versorgung wird auf die Tabellen vor der Antwort zu Frage 5a verwiesen. Darüber hinaus liegen valide statistische Angaben über das Vertragsgeschehen im Bereich des § 140a SGB V nicht vor.

- n) die teilstationäre Behandlung nach § 39 SGB V,

Zum Finanzvolumen und zur Fallzahl teilstationärer Behandlungen im Krankenhaus wird auf die Tabellen vor der Antwort Frage zu 5a verwiesen. In der amtlichen GKV-Statistik werden nur die Ausgaben für teilstationäre Behandlung in Dialysestationen erfasst. Insoweit wird auf die Tabelle 1 vor der Antwort zu Frage 5a verwiesen.

- o) die Versorgung durch die Notfallambulanzen nach § 75 SGB V?

In der amtlichen GKV-Statistik werden die Anzahl der Fälle und die Finanzvolumen der Notfallambulanzen als Teil der vertragsärztlichen Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht gesondert erfasst.

Auf Anfrage des BMG wurden im Februar 2014 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Bereich der ambulanten Notfallversorgung durch Krankenhäuser und andere Ärzte für die Jahre 2009 bis 2012 Zahlen zu den Behandlungsfällen sowie zum abgerechneten Leistungsbedarf in der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (mit Ausnahme von Bremen) übermittelt.

Anzahl der ambulanten Behandlungsfälle im Notfall im Krankenhaus und durch andere Ärztinnen und Ärzte:

KH u. andere Ärzte	2009	2010	2011	2012
Schleswig-Holstein	248.446	236.773	251.095	250.741
Hamburg	202.837	252.987	277.052	252.584
Bremen				
Niedersachsen	777.393	771.814	816.329	816.333
Westfalen-Lippe	1.060.940	1.035.635	1.028.689	1.027.629
Nordrhein	1.232.599	1.194.283	1.250.422	1.266.180
Hessen	566.773	573.113	621.377	642.625
Rheinland-Pfalz	404.947	389.155	335.026	355.899
Baden-Württemberg	982.288	945.828	997.495	1.026.865
Bayern	634.867	1.002.174	1.082.352	1.127.575
Berlin	630.327	601.760	599.063	640.963
Saarland	115.598	115.264	122.773	118.669
Mecklenburg-Vorp.	160.302	164.428	169.581	165.684
Brandenburg	303.830	287.581	297.905	296.669
Sachsen-Anhalt	269.293	262.437	274.692	275.247
Thüringen	189.519	184.207	190.807	194.852
Sachsen	585.287	557.343	576.940	585.209
Bund	8.365.246	8.574.782	8.891.598	9.043.724

Abgerechneter Leistungsbedarf aller Leistungen nach der Euro-Gebührenordnung im Notfall durch Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus und andere Ärztinnen und Ärzte (in Euro):

KH u. andere Ärzte	2009	2010	2011	2012
Schleswig-Holstein	7.105.593	6.873.995	7.208.873	7.196.535
Hamburg	5.539.008	7.538.031	8.429.473	7.899.698
Bremen				
Niedersachsen	23.956.017	24.299.489	25.615.473	25.859.161
Westfalen-Lippe	27.701.529	27.320.149	27.066.436	27.482.752
Nordrhein	31.982.621	31.721.887	33.202.229	34.070.176
Hessen	15.719.202	16.286.435	17.889.554	19.048.471
Rheinland-Pfalz	13.222.785	13.018.978	10.817.469	11.493.627
Baden-Württemberg	32.420.039	32.116.133	33.308.716	34.992.643
Bayern	20.712.480	31.961.953	34.592.817	36.692.620
Berlin	19.680.212	19.550.452	19.610.629	21.411.255
Saarland	3.091.342	2.997.298	3.173.854	3.159.122
Mecklenburg-Vorp.	4.322.252	4.567.124	4.672.482	4.654.729
Brandenburg	9.169.836	9.107.214	9.107.500	9.051.039
Sachsen-Anhalt	7.510.532	7.527.852	7.881.879	7.937.373
Thüringen	6.684.452	6.757.765	6.824.259	7.046.867
Sachsen	18.982.616	18.443.629	18.443.598	18.833.475
Bund	247.800.516	260.088.384	267.845.241	276.829.543

6. Wie bewertet die Bundesregierung diese Datenlage, und bis wann wird die Bundesregierung Schritte zu ihrer Verbesserung unternehmen?

Nach Auffassung des BMG ist bei der Frage, ob Regelungen zur Datenerhebung und Datenübermittlung eingeführt werden sollen, immer abzuwägen zwischen der durch die Datenerhebung und -übermittlung bewirkten höheren Transparenz und dem hierdurch entstehenden bürokratischen Aufwand für die Beteiligten. Soweit die Erhebung zusätzlicher Daten für die Verbesserung von Qualität und

Wirtschaftlichkeit der Versorgung erforderlich ist, wird das BMG dem Gesetzgeber entsprechende Regelungen vorschlagen. Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung von Schritten zur Verbesserung der Darstellungen der ambulanten Krankenhausleistungen im Kontext sieht das BMG derzeit nicht.

Auf folgende Einzelfragen ist besonders hinzuweisen:

Zur Bewertung der ASV liegen der Bundesregierung noch keine abschließenden Ergebnisse vor, denn der erstmalige Berichtszeitraum der gemäß § 116b Absatz 9 SGB V gesetzlich vorgesehenen Evaluation u. a. der Auswirkungen auf die Patientenversorgung läuft derzeit noch (bis zum 31. März 2017, vgl. auch die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung auf Bundestagsdrucksache 18/7530).

Die o. g. Daten zu den strukturierten Behandlungsprogrammen zeigen, dass sich die auf eine Verbesserung des Behandlungsablaufs und der Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker gerichteten Programme in der Versorgung etabliert und bewährt haben. Sie werden kontinuierlich weiterentwickelt. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) wurde dem G-BA die Aufgabe übertragen, die Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme in seinen Richtlinien zu regeln, und mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde er zudem beauftragt, insbesondere auch für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen jeweils entsprechende Richtlinien zu erlassen.

7. Für welche der 18 ambulanten Krankenhausleistungen, für die es bislang keine Qualitätssicherung gibt, plant die Bundesregierung derzeit Maßnahmen zur Einführung einer solchen?

Dem BMG ist die Zahl von 18 ambulanten Krankenhausleistungen nicht bekannt. Die Antwort bezieht sich daher auf die in der Antwort zu Frage 4 aufgeführten ambulanten Krankenhausleistungen.

Soweit die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus in die vertragsärztliche Versorgung einbezogen ist, gelten die hierfür maßgeblichen Regelungen zur Qualitätssicherung. Gleiches gilt für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge zur besonderen Versorgung (§ 140a Absatz 2 Satz 5 SGB V). Im Übrigen sind Regelungen zur Qualitätssicherung entweder vom G-BA zu beschließen (§ 116b Absatz 4 Satz 4, § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V) oder die Qualitätssicherung ist Aufgabe der Krankenkassen (§ 115b Absatz 2 Satz 5 SGB V). Bedarf für die Einführung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung ambulanter Krankenhausleistungen besteht daher nicht.

8. Bis wann wird die Bundesregierung Eckpunkte für ein übergeordnetes Konzept zur Gestaltung ambulanter Krankenhausleistungen erarbeiten hinsichtlich einer einheitlichen Bedarfsplanung ambulanter Leistungen, definierter Innovationsregeln, einheitlicher Vergütung identischer Leistungen und der Qualitätssicherung?
9. Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus den Feststellungen des „Krankenhaus-Reports 2016“ zu den Problemen bei den ambulanten Krankenhausleistungen?

Die Fragen 8 und 9 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das BMG wird dem Gesetzgeber auch in Zukunft Regelungen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung mit dem Ziel der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung vorschlagen. Dabei wird es auch die Feststellungen des Krankenhaus-Reports 2016 als Hintergrundinformationen berücksichtigen. Aus Sicht des BMG ist auch zu prüfen, ob und inwieweit identische ambulante ärztliche Leistungen in unterschiedlichen Rechtsformen in Höhe und Systematik aufgrund der vorgesehenen unterschiedlichen Verträge divergierend vergütet werden, welche Auswirkungen damit verbunden sein können und inwiefern sich daraus ein Handlungsbedarf ergibt.

Soweit in der Frage 8 ein übergeordnetes Konzept für definierte Innovationsregeln angesprochen ist, wird darauf hingewiesen, dass für die Einführung von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bereits differenzierte gesetzliche Rahmenbedingungen bestehen (mit den §§ 135, 137c und 137e SGB V), die zuletzt durch das mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführte Bewertungsverfahren nach § 137h SGB V folgerichtig weiterentwickelt wurden.

10. Wie ist der Kenntnisstand der Bundesregierung zum Umfang ambulant-sensitiver Krankenhaufälle (Krankenhaufälle, die durch effektive und zeitnahe ambulante Behandlung potenziell reduziert werden können) in Deutschland, und welche Maßnahmen sind nach wissenschaftlichem Kenntnisstand geeignet, diesen Umfang in Deutschland zu reduzieren?

Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus diesen Erkenntnissen für die Integration der ambulanten mit der stationären Versorgung?

Die Ergebnisse der Evaluierung von Maßnahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes gemäß § 221b Absatz 2 SGB V – alt – basieren unter anderem auf dem vom BMG beim IGES-Institut GmbH in Auftrag gegebenen Forschungsvorhaben (www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2014/2014_3/140808_Forschungsbericht-IGES-Institut-Versorgung-Aerzte.pdf). Das Vorhaben beinhaltet in Kapitel 2 eine Analyse auf Basis des Konzepts der „Ambulant-sensitiven Krankenhaufälle“ (ASK). Dabei handelt es sich um Krankenhauseinweisungen, die aufgrund entsprechender Diagnosen und Rahmenbedingungen als vermeidbar gelten, wenn eine optimierte vertragsärztliche Versorgung vorhanden ist. Die diesbezüglichen Analysen belegen einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer erhöhten Anzahl vermeidbarer Krankenhauseinweisungen bei ASK-Fällen und niedriger Facharzt-dichte. Aufgrund dessen geht das BMG davon aus, dass bei Optimierung der vertragsärztlichen Versorgung Effizienzpotenziale an der Schnittstelle zum Krankenhausbereich realisierbar sind.

Dies wird bestätigt durch die Ergebnisse einer im Krankenhausreport 2016 wiedergegebenen Studie, wonach die Studienteilnehmer insbesondere eine Verbesserung der intra- und intersektoralen kontinuierlichen Versorgung für geeignet hielten, ambulant-sensitive Krankenhaufälle zu vermeiden (Sundmacher/Schüttig: „Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland“, Krankenhaus-Report 2016, Stuttgart 2016).

III. Sektorenübergreifende Bedarfsplanung

11. Inwiefern hält die Bundesregierung eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung grundsätzlich für wünschenswert?

Das BMG hält eine stärker sektorenübergreifende Sichtweise bei der Bedarfsplanung grundsätzlich für wünschenswert, da sie zur Verbesserung von Qualität und

Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung beitragen kann. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden daher die sektorenübergreifenden Verantwortlichkeiten im Rahmen der ambulanten Bedarfsplanung bereits deutlich gestärkt. So haben die Länder ein Mitberatungsrecht bei der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA erhalten. Die Mitberatung umfasst auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen, und das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Ein Mitberatungsrecht besteht auch in den Landesausschüssen sowie den erweiterten Landesausschüssen, in denen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden beratend mitwirken. Schließlich kann nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen für den Bereich eines Landes ein gemeinsames Gremium gebildet werden, das aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiterer Beteiligter besteht und Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann.

12. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung zur Verknüpfung von Daten der Krankenhausplanung mit den Daten der ambulanten Bedarfsplanung?

Im Bereich der stationären Versorgung ist die Gesetzgebungskompetenz des Bundes auf die Regelung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze beschränkt (Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes). Damit sind bundesgesetzliche Regelungen zur Krankenhausplanung grundsätzlich ausgeschlossen, sofern diese Regelungen nicht notwendig sind für Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser oder als Bestandteil des Pflegesatzrechts.

13. Inwiefern hielte es die Bundesregierung für bundesrechtlich zulässig, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), wie von dessen unparteiischem Vorsitzenden Prof. Josef Hecken befürwortet, Krankenhäuser zu klassischen EBM-Konditionen (EBM – einheitlicher Bewertungsmaßstab) formal in die ambulante Bedarfsplanung integrieren würde (vgl. Ärztezeitung, 1. Dezember 2015) werden?

Das BMG führt die Rechtsaufsicht über den G-BA. In diesem Rahmen prüft es die Rechtmäßigkeit der Richtlinien und Beschlüsse des G-BA. Das BMG sieht vor diesem Hintergrund keinen Anlass, die im angeführten Zeitungsartikel wiedergegebene Äußerung des unparteiischen Vorsitzenden des G-BA zu bewerten.

14. Wären gegebenenfalls gesetzgeberische Maßnahmen notwendig, um Schritte hin zu einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung zu gehen?

Falls ja welche?

Auf die Antwort zu Frage 12 wird verwiesen. Zur Beteiligung der Länder an der ambulanten Bedarfsplanung im SGB V wird auf die Antwort zu Frage 11 verwiesen.

15. Welchen Handlungsbedarf zur Erreichung einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung sieht die Bundesregierung angesichts der Einschätzung von Prof. Josef Hecken, der zufolge die doppelte Facharztschiene in strukturschwachen Gebieten nicht mehr aufrechtzuerhalten sei, weil „keine Ärzte mehr [...] in die ambulante Versorgung mehr [zu] bekommen“ sind (Ärzte-Zeitung, 1. Dezember 2015)?
16. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag der Aufhebung der doppelten Facharztschiene?
Sollte diese ggf. nur für strukturschwache Gebiete gelten?
Wenn ja, warum?

Die Fragen 15 und 16 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Um die ambulante ärztliche Versorgung auch in Gebieten, in denen sich nicht ausreichend Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung interessieren, weiterhin sicherzustellen, wurden mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung verbessert. Hat ein Landesausschuss festgestellt, dass in einem Planungsbereich eine ärztliche Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, bietet § 116a SGB V nicht mehr nur die Möglichkeit, zugelassene Krankenhäuser auf deren Antrag zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermächtigen, sondern verpflichtet die Zulassungsausschüsse, eine Ermächtigung auszusprechen. Der Versorgungsbeitrag der durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte ist entsprechend der Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA im Rahmen der Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung bei der Berechnung des Versorgungsgrades zu berücksichtigen.

17. Welche Informationen liegen der Bundesregierung vor, inwieweit die Länder einer stärker sektorenübergreifenden Bedarfsplanung positiv gegenüberstehen, und welche Schritte sind in dieser Hinsicht nach Kenntnis der Bundesregierung in den letzten beiden Jahren in den einzelnen Ländern vollzogen worden?

Dem BMG liegen keine flächendeckenden Informationen zur Haltung der Länder gegenüber einer stärker sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und zu der Frage vor, welche Schritte in dieser Hinsicht einzelne Länder in den letzten Jahren vollzogen haben.

18. Welche Informationen liegen der Bundesregierung über den Zusammenhang zwischen ambulantem und stationärem Behandlungsbedarf vor?

Nach Auffassung des BMG stellen der ambulante und der stationäre Behandlungsbedarf keine unveränderlichen Größen dar. Die Frage, welche Krankheitsbilder stationär behandelt werden müssen und welche ambulant behandelt werden können, wird wesentlich vom medizinischen Fortschritt beeinflusst (sogenannte Ambulantisierung der Medizin). Dieser Umstand ist bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen.

19. Welche Möglichkeiten der Weiterentwicklung des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V zum Zweck sektorenübergreifender Bedarfsplanung sieht die Bundesregierung?

§ 90a Absatz 1 SGB V sieht vor, dass nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen für den Bereich eines Landes ein gemeinsames Gremium gebildet werden kann, das aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiterer Beteiligter besteht. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz) wurde ergänzend klargestellt, dass sich solche Empfehlungen auch auf Maßnahmen im Zusammenhang mit einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung beziehen können. Bevor über die Notwendigkeit weiterer Änderungen entschieden werden kann, ist zunächst abzuwarten, in welchem Umfang von der Einrichtung des Gremiums Gebrauch gemacht wird und wie sich die Arbeit des gemeinsamen Landesgremiums auf die Versorgungslandschaft auswirkt.

20. Wann wird die Bundesregierung in den gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V auch Patientenvertretungen gesetzlich als Pflichtmitglieder aufnehmen?

Die auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen haben ein Mitberatungsrecht im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V sowie das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung (§ 140f Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 SGB V). Eine darüber hinausgehende Regelung zur Beteiligung der nach § 140f SGB V maßgeblichen Organisationen im gemeinsamen Landesgremium ist derzeit nicht beabsichtigt.

21. Welche Erfahrungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung zur bzw. aus der Arbeit mit Regionalbudgets?

Welche Schritte wurden von der Bundesregierung bislang zur (ggf. weiteren) Erprobung von Regionalbudgets gegangen, bzw. welche Schritte sind dazu in Planung (s. Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern“, Bundestagsdrucksache 18/4187, S. 4)?

Eine sektorenübergreifende Leistungserbringung mit entsprechender Vergütungsform wird mit dem geltenden Recht in Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung gemäß §§ 63 ff. SGB V sowie in Verträgen zu besonderen Versorgungsformen gemäß § 140a SGB V ermöglicht. Gemäß dem durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz novellierten § 140a Absatz 1 Satz 2 SGB V können Verträge der Krankenkassen über eine besondere Versorgung der Versicherten wie bisher eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung vorsehen. Derzeit werden zudem auf der Grundlage des § 64b SGB V (Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen) rund 15 verschiedene Modellvorhaben in acht Bundesländern u. a. zu sog. regionalen Psychriatriebudgets nach einem standardisierten Verfahren evaluiert und dabei mit der Regelversorgung verglichen. Aufbauend auf den Ergebnissen der wissenschaftlichen Auswertung der Modellvorhaben gemäß § 65 SGB V beziehungsweise auf Grundlage der gemäß § 140a Absatz 2 Satz 4 SGB V nachzuweisenden Wirtschaftlichkeit der Verträge zur besonderen Versorgung kann bedarfsgerecht eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen geprüft werden.

