

GESCHÄFTSSTELLE

Drs. 10052-10
Berlin 02 07 2010

Empfehlungen zur Weiterentwicklung der ambulanten Universitätsmedizin in Deutschland

INHALT

Vorbemerkung	5
Kurzfassung	7
A. Aufgabenspektrum und aktuelle Entwicklungen	13
A.I Struktur	17
A.II Forschung	19
A.III Lehre	21
A.IV Krankenversorgung	24
A.V Weiterbildung	31
A.VI Zahnmedizin	32
A.VII Zugang, Finanzierung und interne Mittelverteilung	37
B. Analyse und Empfehlungen	42
B.I Strukturen optimieren	44
B.II Forschung intensivieren	47
B.III Lehre stärker integrieren	53
B.IV Versorgungsleistungen anerkennen	56
IV.1 Teilnahme an der Regelversorgung	56
IV.2 Betreuung spezieller Patientengruppen	59
B.V Potenzial in der Weiterbildung nutzen	60
B.VI Besondere Rolle in der Zahnmedizin weiterentwickeln	62
B.VII Direkten Zugang ermöglichen	67
B.VIII Finanzierung sicherstellen und interne Mittelverteilung differenzieren	69
Anhang	74
Rechtliche Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus	80
A. Akteure und Ihre Verantwortung im Gesundheitssystem	81
A.I Staatliche Akteure	81
A.II Korporatistische Organisationen der Selbstverwaltung	82
B. Grundlagen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus	88
B.I Ambulante Versorgungsformen im Krankenhaus	90
B.II Abgrenzung zu stationären Versorgungsformen	108

Vorbemerkung

In Deutschland vollzieht sich im Rahmen der Gesundheitsreformen der letzten Jahre eine Verlagerung von Krankenversorgungsleistungen aus dem stationären in die ambulanten Bereiche. In dem Maße, wie sich die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in den Universitätsklinika verringert, sich die akutstationäre Behandlung verdichtet und immer mehr Therapien ambulant erbracht werden, verändern sich die Möglichkeiten, im Rahmen der Ausbildung der Medizinstudierenden im stationären Bereich das notwendige gefächerte Patientenspektrum zu finden und patientenorientierte und krankheitsorientierte klinische Forschung durchzuführen. Die in den letzten Jahren hinzugekommenen ambulanten Versorgungsformen für Krankenhäuser haben die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Universitätsklinika nur begrenzt erweitert. Trotz einiger Verbesserungen ist die Finanzierung der Ambulanzen an vielen universitätsmedizinischen Standorten weiterhin kritisch. In der Sozialgesetzgebung werden die besonderen Leistungen und Alleinstellungsmerkmale für die Sicherstellung der Krankenversorgung in hochschulmedizinischen Ambulanzen nicht ausreichend berücksichtigt. Diese Entwicklungen gefährden die Qualität von Forschung und Lehre in der Universitätsmedizin.

Anregungen aus der Wissenschaft aufgreifend hat der Wissenschaftsrat auf Initiative des Bundes und der Länder eine Arbeitsgruppe „Forschung und Lehre in den ambulanten Bereichen der Universitätsmedizin“ eingesetzt, um sich mit der strategischen Bedeutung der ambulanten Versorgung für Forschung und Lehre in der Universitätsmedizin zu befassen und Empfehlungen zur stärkeren Ausrichtung der hochschulmedizinischen Ambulanzen auf universitäre Belange sowie zur aufgabenadäquaten Einbindung in das Versorgungssystem zu erarbeiten. Die ambulante Notfallversorgung in ihrer Abgrenzung zum kassenärztlichen Notdienst sowie die Rolle der ambulanten Bereiche in der Durchführung von zum stationären Versorgungsgeschehen zählenden Konsilen standen nicht im Fokus der Beratungen.

Die Arbeitsgruppe hat ihre Arbeit im September 2008 aufgenommen. Zur Vorbereitung der vorliegenden Empfehlungen wurden von der Arbeitsgruppe Anhörungen von Sachverständigen aus der Universitätsmedizin, den Partnern der

Selbstverwaltung sowie aus der Politik und dem Ausland durchgeführt. Rahmendaten zur aktuellen Situation der ambulanten Universitätsmedizin wurden mittels eines Fragebogens bei den universitätsmedizinischen Standorten erfragt und durch eine stichprobenartige Erhebung ambulanter Fallzahlen in einzelnen Ländern ergänzt.

Den Empfehlungen wird im Anhang eine Beschreibung der rechtlichen Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung und ihrer Akteure hinzugefügt. Sie soll einen Eindruck von der Komplexität des Gesundheitssystems vermitteln, von dessen stetigen Veränderungen die Universitätsmedizin regelmäßig betroffen ist, ohne dass ihre Implikationen für Forschung und Lehre vom Gesetzgeber im Vorfeld regelhaft einer Überprüfung unterzogen worden wären.

In der Arbeitsgruppe haben auch Sachverständige mitgewirkt, die nicht dem Wissenschaftsrat angehören. Ihnen und den Beteiligten der Anhörungen ist der Wissenschaftsrat zu besonderem Dank verpflichtet. Gleiches gilt insbesondere auch für die Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika, die mit der Beantwortung von Fragebögen an der erforderlichen Datenbasis dieser Empfehlungen mitgewirkt haben.

Der Wissenschaftsrat hat diese Empfehlungen am 2. Juli 2010 verabschiedet.

Kurzfassung

Die hochschulmedizinischen Ambulanzen sind unverzichtbarer Bestandteil der Universitätsmedizin für Forschung, Lehre und die Heranbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Sie bieten die singuläre Möglichkeit, patientenorientierte klinische Forschung in einem ambulanten Umfeld durchzuführen und nur ambulant zu behandelnde Krankheitsbilder im Rahmen der Lehre zu demonstrieren. In gleichem Maße spielen sie eine besondere Rolle in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, da hier Patienten mit komplexen und/oder seltenen Erkrankungen qualifiziert betreut werden, die beim einzelnen niedergelassenen Arzt nur selten vorkommen. Darüber hinaus nehmen die hochschulmedizinischen Ambulanzen im Rahmen der fachärztlichen Versorgung erhebliche Versorgungsleistungen sowohl regional als auch überregional wahr. Die Universitätsklinika stellen mit ihrer Spezialkompetenz und dem Verbund spezialisierter Fachrichtungen die Versorgung von Patienten sicher, die besonderer diagnostischer und therapeutischer Betreuung bedürfen. Vor dem Hintergrund einer Verschiebung des Versorgungsspektrums vom stationären in den ambulanten Bereich benötigt die Universitätsmedizin für die Erfüllung der genannten Aufgaben, insbesondere zur Sicherstellung der Ausbildung der Medizinstudierenden und der Facharztweiterbildung der Ärztinnen und Ärzte, einen umfassenden Zugang zur ambulanten Versorgung, der in Deutschland aufgrund der weitgehenden sektoralen Trennung von stationärer Versorgung in Krankenhäusern und ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nur bedingt gegeben ist.

Der Wissenschaftsrat ist der Auffassung, dass den hochschulmedizinischen Ambulanzen künftig eine stärkere Rolle bei der Erfüllung der Aufgaben der Universitätsmedizin zukommen muss. In den letzten Jahren vollzieht sich eine zunehmende Verlagerung von Krankenhausleistungen, die früher zur stationären Versorgung zählten, in die ambulante Versorgung. Diese Leistungsbereiche sind aber notwendig, damit die Universitätsmedizin ihren Aufgaben in Forschung, Lehre und Weiterbildung in der gebotenen Qualität nachkommen kann. Darüber hinaus haben sich in der Medizin Bereiche entwickelt, die früher in der Universitätsmedizin maßgeblich vertreten waren, heute aber kaum noch durch eigene Abteilungen oder wissenschaftlich ausgewiesene Ärztinnen und

Ärzte vertreten sind. Patienten, die einer fachärztlichen Versorgung auf diesen Gebieten bedürfen, werden heute vorrangig von niedergelassenen Ärzten behandelt. Diese Themengebiete laufen damit Gefahr, in Deutschland gänzlich aus dem Fokus der traditionell vorwiegend stationär orientierten Universitätsmedizin und der medizinischen Wissenschaft zu geraten, mit allen negativen Folgen für die wissenschaftliche Reputation und das Ausbildungsniveau in diesen Bereichen.

Der an vielen Standorten eingeschränkte Zugang der Universitätsmedizin zur ambulanten Versorgung wird dieser Gesamtentwicklung nicht hinreichend gerecht. Die neu ins Sozialrecht aufgenommenen ambulanten Versorgungsformen für Krankenhäuser greifen für die Universitätsmedizin zu kurz, da nicht von einer Sicherstellung der ambulanten Versorgung allein durch den vertragsärztlichen Sektor ausgegangen werden kann und die Bedürfnisse von Forschung und Lehre in der Breite nicht hinreichend berücksichtigt sind. Zusammen mit notwendigen Strukturveränderungen muss die Einbindung der ambulanten Bereiche der Universitätsmedizin in Forschung, Lehre und Weiterbildung ausgebaut und das Potenzial dieser Bereiche konsequent genutzt werden. Die hochschulmedizinischen Ambulanzen müssen künftig neben dem stationären Betrieb als gleichwertiger Teil der Universitätsmedizin gesehen werden.

Strukturen optimieren

Die Struktur und Organisation der hochschulmedizinischen Ambulanzen muss deren wachsender Bedeutung entsprechend ausgestaltet werden. Dazu gehört eine stärkere Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Patienten. Die Gesamtorganisation der hochschulmedizinischen Ambulanzen muss sich in die Gesamtstrategie von Fakultät und Klinikum in Forschung, Lehre und Krankenversorgung einfügen. Der Wissenschaftsrat spricht sich für ein abgestuftes Organisationsmodell aus, dessen Gliederung mit wenigen zentralen Ambulanzportalen und nachgelagerten Spezialambulanzen sowie wenigen, im Idealfall einem Zentrum für ambulantes Operieren (AOP-Zentrum) dem notwendigen Leistungsspektrum Rechnung trägt und das Profil der Gesamteinrichtung in Forschung, Lehre und Krankenversorgung widerspiegelt. Die Ambulanzportale sollten zur Steuerung der Patienten ein Aufnahmesystem mit kompetenter Verteilerfunktion vorsehen. Ein konsequentes, auf Terminvergabe ausgelegtes Einbestellungsmanagement ist zu etablieren. Für die Ambulanzportale ist zudem eine eigene, straffe Leitung im Sinne organisatorischer und wissenschaftlicher Führung erforderlich. Die Leitungsposition sollte aufgewertet, mit erfahrenen und wissenschaftlich qualifizierten Fachärztinnen oder Fachärzten besetzt und in Vollzeit wahrgenommen werden.

Die hochschulmedizinischen Ambulanzen spielen eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die klinische Praxis. Ihre Einbindung in die patientenorientierte klinische Forschung ist zu intensivieren. Um vermehrt klinische Studien effizient und qualitätsgesichert durchführen zu können, bedarf es einer entsprechenden Organisation, bei der Patienten gezielt über die Ambulanzportale in Spezialambulanzen transferiert werden. Die Spezialambulanzen, aber auch die Ambulanzportale, sind für die Erfordernisse klinischer Studien auszustatten und konsequent mit Klinischen Studienzentren zu vernetzen. Für die grundlagenorientierte klinische Forschung ist die Sicherstellung der Materialgewinnung einschließlich der notwendigen klinischen Daten der Patienten von entscheidender Bedeutung. Entsprechende Bio- und Datenbanken sind mit den hochschulmedizinischen Ambulanzen zu vernetzen. Standortübergreifenden Forschungsk Kooperationen kommt eine immer stärkere Bedeutung zu. Die einzelnen universitätsmedizinischen Standorte sollten sich mit ihrer jeweiligen Forschungsexpertise in Expertennetzwerken zusammenschließen. In diese Netzwerke müssen die Ambulanzen adäquat eingebunden sein und die Forschungsschwerpunkte in der Universitätsmedizin regional übergreifend abgestimmt werden. Die Medizinischen Fakultäten sollten zur Vermeidung von Fehlsteuerungen die wissenschaftliche Produktivität der einzelnen hochschulmedizinischen Ambulanzen regelmäßig überprüfen. Der Einsatz von Fakultätsmitteln ist auf Dauer nur gerechtfertigt, wenn nachweisbare Forschungsleistungen erbracht werden.

Lehre stärker integrieren

Die Einbindung der hochschulmedizinischen Ambulanzen in die Lehre ist bisher noch sehr begrenzt und unterscheidet sich zudem stark fach- und standortspezifisch. Der Wissenschaftsrat empfiehlt den Medizinischen Fakultäten, die Einbindung ambulanter Patienten in die Lehre zu intensivieren und bedarfsorientiert umzusetzen. Dies gilt für das Curriculum in beiden Studienabschnitten einschließlich des Praktischen Jahrs. Hierfür wird es erforderlich sein, den Ambulanzbetrieb und die Unterrichtsformen aneinander und damit an die Erfordernisse der ambulanten Lehre anzupassen. Im Rahmen der Ausbildung sollte die gesamte ambulante Versorgungskette von der Prävention bis zur Rehabilitation abgebildet werden. Hinsichtlich der Aufnahmekapazität im klinischen Studienabschnitt sind die Medizinischen Fakultäten gefordert, die zur Verfügung stehenden ambulanten Fallzahlen auszuschöpfen. Bei einer Fortschreibung des Kapazitätsrechts ist zu prüfen, ob und inwieweit ambulante Patienten langfristig für eine Erweiterung der patientenbezogenen jährlichen Aufnahmekapazität herangezogen werden können. Es ist zu überprüfen, ob die ihr zugrunde liegenden Berechnungsparameter den veränderten Erfordernissen in der Lehre angepasst werden müssen.

Die ambulanten Bereiche der Universitätsmedizin leisten einen erheblichen Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung, der über das für Forschung und Lehre erforderliche Maß hinausgeht. Entscheidend für den Patienten sind hierbei nicht nur die diagnostischen Möglichkeiten der Universitätsklinik, sondern auch die Expertise des Spezialisten zur Differentialdiagnostik komplexer Krankheitsbilder. Der Universitätsmedizin muss zur Erfüllung ihrer Aufgaben ein adäquat ausgestalteter Zugang zur ambulanten Versorgung ermöglicht werden. Insgesamt ist es erforderlich, die Kommunikationsstrukturen und hier insbesondere auch mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu verbessern und die Interessen der Universitätsmedizin und damit auch der hochschulmedizinischen Ambulanzen stärker im Gesamtgefüge der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Der Wissenschaftsrat fordert den Gesetzgeber auf zu prüfen, wie eine solche Vertretung angemessen ausgestaltet werden kann.

Für seltene Erkrankungen sollten an den Universitätsklinik Anlaufstellen definiert und in Spezialambulanzen, Fach- bzw. Referenzzentren und regional übergreifende Expertennetze, gegliedert werden. Den hochschulmedizinischen Ambulanzen kommt bei der überregionalen Koordinierung die zentrale Rolle zu. Der Wissenschaftsrat begrüßt die Gründung des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE) und fordert die Universitätsmedizin nachdrücklich auf, sich an diesem Aktionsbündnis aktiv zu beteiligen, da sie der einzig ausgewiesene Akteur in Forschung, Lehre und Krankenversorgung auf diesem Gebiet ist.

Potenzial in der Weiterbildung nutzen

Die Universitätsmedizin sollte die Chance ergreifen, innerhalb von Weiterbildungscurricula die Möglichkeiten der hochschulmedizinischen Ambulanzen stärker zu nutzen. Diese liegen insbesondere in einer verstärkten Nutzung interdisziplinärer Ambulanzen, in denen Möglichkeiten geschaffen werden können, Weiterbildungsinhalte auch aus angrenzenden Fachgebieten zusammenhängend zu erwerben. Der Wissenschaftsrat empfiehlt den Ärztekammern zu prüfen, ob der Verlagerung ehemals stationärer Versorgungsleistungen in den ambulanten Bereich im Zuge der Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnungen durch eine stärkere Anerkennung von Weiterbildungszeiten im ambulanten Bereich Rechnung getragen werden sollte. Der Gesetzgeber sollte prüfen, wie sich die Finanzierung der Weiterbildung transparenter abbilden lässt und Mittel gezielt und leistungsbezogen bei den Einrichtungen ankommen, die Facharztweiterbildung betreiben.

Entscheidend für die Erfüllung der primären Aufgaben der Zahnmedizin an den Universitäten in der klinisch-praktischen Studierendenausbildung und der klinischen Forschung wird sein, dass den hochschulmedizinischen Ambulanzen in der Zahnmedizin dauerhaft und ausreichend Patienten des gesamten Fallspektrums einschließlich leichter Fälle zur Verfügung stehen. Um dies zu gewährleisten, sieht der Wissenschaftsrat ein Bündel an Maßnahmen für erforderlich an, die Attraktivität der studentischen Behandlung für Patienten zu erhöhen. Hierzu zählen u.a. kontinuierliche Behandlungsangebote und attraktivere Behandlungszeiten, die Entwicklung geeigneter und transparenter Anreizsysteme zur Rekrutierung von Patienten für Lehrbehandlungen und die Verbesserung der Betreuungsrelationen bei der studentischen Therapie am Patienten. Bei unzureichenden klinischen Behandlungsangeboten müssen Modelle zum Einbezug von anerkannten Lehrpraxen zur Ergänzung der klinischen Ausbildung geprüft und umgesetzt werden.

Direkten Zugang ermöglichen

Die Universitätsmedizin kann ihren Aufgaben in Forschung, Lehre und Weiterbildung sowie in der Teilhabe an der Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung nur in vollem Umfang nachkommen, wenn ihr alle medizinischen Leistungsbereiche ohne Einschränkungen zugänglich sind. Der Gesetzgeber sollte prüfen, im SGB V eine systematische Bündelung herbeizuführen, die die Universitätsmedizin grundsätzlich in die Lage versetzt, neben Hochschulambulanzverträgen auch Vereinbarungen über die weiteren im Sozialrecht verankerten Versorgungsformen mit den Kostenträgern zu schließen. Der Wissenschaftsrat hält es für unabdingbar, dass – wie bereits in einigen Bundesländern vereinbart und in der Zahnmedizin generell etabliert – den Patienten ein direkter Zugang zu den Hochschulambulanzen unabhängig von der Überweisung eines (Fach-)Arztes ermöglicht wird. Ein direkter Zugang ist nicht mit einem unbegrenzten Versorgungsauftrag gleichzusetzen. Die Universitätsklinika haben sich in der Krankenversorgung auf das versorgungsnotwendige Maß zu beschränken. Zu vereinbarende Fallzahlobergrenzen dürfen aber weder die patientenbezogene Ausbildungskapazität mindern, noch die klinische Forschung behindern. Die Universitätsmedizin ist aufgefordert, ihre ambulanten Behandlungsfälle wie im stationären Bereich stärker strategisch auszurichten, hierfür geeignete Planungsinstrumente zu entwickeln und das Versorgungsspektrum für Patienten und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte transparent darzustellen.

Eine leistungsgerechte Finanzierung der ambulanten Versorgung im Krankenhaus insgesamt ist unerlässlich. Die Vergütung der Hochschulambulanzen mit ihren Hochschulambulanzpauschalen ist bisher nicht in allen Ländern und an allen universitätsmedizinischen Standorten gleichermaßen kostendeckend ausgestaltet. Der Wissenschaftsrat spricht sich dafür aus, die reine Pauschalvergütung zugunsten einer differenzierteren und leistungsgerechteren Vergütung weiterzuentwickeln. Hier sind die Universitätsklinika gefordert, die Leistungsdokumentation in ihren hochschulmedizinischen Ambulanzen so weit zu verbessern, dass auch eine Einzelleistungsvergütung möglich wird bzw. mit den Kostenträgern Leistungskomplexhonorare verhandelt werden können. Da die spezifischen Versorgungsleistungen der Universitätsmedizin im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nicht abgebildet sind, spricht sich der Wissenschaftsrat für eine Weiterentwicklung des EBM durch die Einfügung eines gesonderten Kapitels „Hochschulambulanzen“ aus. Eine Bewertungskommission sollte unter Federführung der Hochschulen die entsprechende Beschreibung der Leistungskomplexe einbringen und fortschreiben.

Auch wenn mit den Kostenträgern im Außenverhältnis eine einheitliche Pauschalvergütung vereinbart ist, sollten die internen Zuweisungen dieser Pauschalen an die einzelnen Hochschulambulanzen seitens der Universitätsklinika aufwandsabhängig differenziert werden, um unwirtschaftliche und wissenschaftswidrige Fehlallokationen zu vermeiden.

A. Aufgabenspektrum und aktuelle Entwicklungen

Die Universitätsmedizin ist durch einen komplexen Aufgabenverbund gekennzeichnet. Er umfasst:

- _ Lehre und Ausbildung in der Human- und Zahnmedizin
- _ Medizinische Forschung zur Weiterentwicklung des Verständnisses von Krankheitsursachen und -verläufen, auch in enger Zusammenarbeit mit grundlagenwissenschaftlich ausgerichteten Forschungseinrichtungen
- _ Entwicklung und Umsetzung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren von der Forschung in die klinische Praxis einschließlich klinischer Studien
- _ Aus- und Weiterbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses
- _ Krankenversorgung durch ein umfassendes Spektrum stationärer, teilstationärer und ambulanter Leistungen
- _ Ärztliche Fort- und Weiterbildung
- _ Ausbildung nicht-ärztlichen Personals
- _ Dienstleistungen gegenüber Dritten

Dieser Aufgabenverbund spiegelt sich unmittelbar in den Leistungen wider, die die ambulanten Bereiche der Universitätsmedizin erbringen. Die hochschulmedizinischen Ambulanzen sind unverzichtbar für Forschung, Lehre und die Heranbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Sie bieten die singuläre Möglichkeit, patientenorientierte klinische Forschung in einem ambulanten Umfeld durchzuführen. Sie liefern zum einen die notwendige Zugangsmöglichkeit zu Patienten für ambulante klinische Studien zur Erkenntnisgewinnung und Weiterentwicklung diagnostischer und therapeutischer Verfahren, vielfach in enger Partnerschaft mit grundlagenwissenschaftlichen Einrichtungen und Partnern in der Industrie. Zum anderen bieten Ambulanzen die Möglichkeit zur Demonstration nur ambulant zu behandelnder häufiger und seltener Krankheitsbilder

im Rahmen der Lehre. Sie tragen darüber hinaus zur Stärkung der allgemeinmedizinischen Kompetenz der Studierenden bei. In gleichem Maße spielen hochschulmedizinische Ambulanzen eine besondere Rolle in der ärztlichen Weiterbildung. In Spezialambulanzen der Universitätsklinik werden Patienten mit komplexen und/oder seltenen Erkrankungen, die beim einzelnen niedergelassenen Arzt nur selten vorkommen, in einem interdisziplinären Umfeld besser diagnostisch und therapeutisch qualifiziert betreut. Die Patienten sind dabei meist in wissenschaftliche Untersuchungen eingebunden und leisten so einen wichtigen Beitrag zum medizinischen Erkenntnisgewinn. |¹

Darüber hinaus nehmen die hochschulmedizinischen Ambulanzen im Rahmen der fachärztlichen Versorgung erhebliche Versorgungsleistungen sowohl regional als auch überregional wahr. Dies ist insbesondere der Fall, wenn Diagnostik und Behandlung interdisziplinäre Kooperation und spezielles medizinisches Wissen oder besondere Ausstattungen erfordern. Hier stellen Universitätsklinik mit ihrer Spezialkompetenz und dem Verbund spezialisierter Fachrichtungen zumeist auf Anforderung niedergelassener Fachärzte die Versorgung von Patienten sicher, die besonderer diagnostischer und therapeutischer Betreuung bedürfen. Bei der Überweisung von Patienten können aber auch wirtschaftliche Erwägungen eine Rolle spielen. So beispielsweise bei zeit-, kosten- oder überwachungsintensiven Behandlungen. Ihnen können sich Universitätsklinik nicht entziehen. |² So stellen die hochschulmedizinischen Ambulanzen je nach regionaler Erreichbarkeit, der Wettbewerbssituation im Verhältnis zum vertragsärztlichen Bereich, dem damit verbundenen Einweiserverhalten, der Organisation der Notfallversorgung vor Ort und der Gewohnheit der Patienten häufig eine Art ambulantes Auffangbecken dar.

Eine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zur Abdeckung von Versorgungslücken ist den Krankenhäusern einschließlich der Universitätsklinik nur möglich, wenn entsprechende Zulassungen über Ermächtigungen vorliegen. Mit einer anderen Zielsetzung, nämlich zur Deckung des universitären Bedarfs für Forschung und Lehre sind die Universitätsklinik mit dem Institut der Hochschulambulanz (Poliklinik) nach § 117 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) berechtigt, an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilzunehmen. |³

|¹ Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin. Aufgaben, Organisation, Finanzierung, Köln 1999, S. 16-17.

|² Ebd. S. 16.

|³ Der Begriff „Hochschulambulanzen“ ersetzt seit 2002 im SGB V den Begriff der „Polikliniken“. Hiermit wurde einerseits der Beschränkung der Hochschulambulanzen auf universitätsmedizinische Einrichtungen Rechnung getragen, andererseits eine Abgrenzung zum Begriff der Polikliniken für ambulante Gesundheitseinrichtungen in der ehemaligen DDR vorgenommen. Näheres siehe Kapitel B.I in Anhang 2.

Mit dem Ziel, die Rolle der Hochschulambulanzen in Forschung, Lehre und Krankenversorgung sowie deren Finanzierung in Deutschland zu untersuchen, wurde in einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in Auftrag gegebenen Gutachten (Hochschulambulanzenstudie) eine Bestandsaufnahme durchgeführt und veröffentlicht. |⁴ Das wichtigste Ergebnis der Studie, deren Daten in den Jahren 2001 bis 2002 nicht flächendeckend, sondern an sechs universitätsmedizinischen Standorten und dort im Wesentlichen zu fünf Fachrichtungen erhoben wurden, lautete, dass Hochschulambulanzen weitaus intensiver in das regionale und überregionale Versorgungsgeschehen integriert sind, als dies bis dahin vom gesetzlichen Auftrag vorgesehen war. Die Aufgaben in Forschung und Lehre machten nur einen kleineren Anteil der gesamten Versorgungsleistung aus. So lag in den Ambulanzen der Anteil des personellen und zeitlichen Aufwands für die Kernaufgaben Lehre und Forschung unter 20 %. Diese Bestandsaufnahme zeigte zudem, dass sich der Behandlungsaufwand häufig nicht in einer adäquaten Vergütung widerspiegelte. Daraus resultierten finanzielle Unterdeckungen der Hochschulambulanzen, die vielerorts aus den laufenden Mitteln für Forschung und Lehre gedeckt werden mussten.

Seit der Datenerhebung der Hochschulambulanzenstudie haben sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen deutlich verändert. Eine einschneidende Veränderung ist die 2003 in Deutschland gestartete Einführung des pauschalierten Entgeltsystems (DRG-System) in der stationären Patientenversorgung. Verbunden hiermit ist eine Verlagerung von Krankenversorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor sowie eine Verdichtung der akutstationären Behandlung durch eine deutliche Verkürzung der Verweildauer. So verändern sich die Möglichkeiten, das notwendige gefächerte Patientenspektrum für die Ausbildung der Medizinstudierenden im stationären Alltag vorzufinden und patientenorientierte klinische Forschung durchzuführen. Die zweite wesentliche Veränderung ist das Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) zum 1. Januar 2003. Die ÄApprO fordert explizit einen dezidierten Stundenumfang patientenorientierter Lehre in Form von Kleingruppenunterricht ein.

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren zudem neue Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung und -abrechnung für die Krankenhäuser geschaffen (z.B. im Rahmen von hochspezialisierten Leistungen, für seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen). Diese wurden

|⁴ Lauterbach K.; Schwartz, F. W.; Potthoff, P. et al.: Bestandsaufnahme der Rolle von Ambulanzen der Hochschulkliniken in Forschung, Lehre und Versorgung an ausgewählten Standorten (Hochschulambulanzenstudie). Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), Sankt Augustin 2003.

aber häufig nur zögerlich umgesetzt und haben bisher nicht die Erwartungen an die Lösung der Probleme bei der Nachfrage nach spezialisierter ambulanter Krankenversorgung erfüllen können.

Um einen Eindruck von der aktuellen ambulanten Versorgungssituation an den Universitätsklinika im Kontext von Forschung und Lehre zu gewinnen, hat der Wissenschaftsrat eine eigene Umfrage durchgeführt. Eine Fragebogenaktion richtete sich an die Vorstandsvorsitzenden der Universitätsklinika und Dekane der Medizinischen Fakultäten von 34 universitätsmedizinischen Standorten. |⁵ Der Fragebogen enthielt Fragen zur Ausgestaltung der Hochschulambulanzen und der weiteren ambulanten Versorgungsformen, ihrer Einbindung in Forschung und Lehre sowie Fragen, die Aufschluss darüber geben sollten, wie die Standorte die Situation und weitere Entwicklung der hochschulmedizinischen Ambulanzen bewerten. Stichtag für die Datenabfrage war der 30. September 2009. Es sind ausgefüllte Fragebögen von 27 Standorten eingegangen, was einer Rücklaufquote von 79 % entspricht. Eine zahnmedizinische Ausbildung bieten 30 der 34 angeschriebenen universitätsmedizinischen Standorte an. In der Zahnmedizin entsprechen die 24 ausgefüllt eingegangenen Fragebögen einer Rücklaufquote von 80 %.

Ergänzt wurde die Fragebogenaktion durch eine stichprobenartige Erhebung ambulanter Fallzahlen der Universitätsklinika in sieben Bundesländern. Der Erhebungsbogen umfasste die Abfrage von Fallzahlen der hochschulmedizinischen Ambulanzen in der Human- und Zahnmedizin für die Jahre 2005 bis 2008. Aus den angefragten Ländern sind Daten zu 15 Standorten eingegangen, was bezogen auf ganz Deutschland einer Abdeckung von 44 % entspricht. Eine Verwertung der Angaben aus der Umfrage des Wissenschaftsrates erfolgt nur in aggregierter Form ohne Nennung der jeweiligen Standorte. Diese Anonymität war den Befragten zuvor zugesichert worden. |⁶

|⁵ Ohne Bochum und Witten-Herdecke, die über keine eigenen Universitätsklinika verfügen.

|⁶ Wie der Wissenschaftsrat zuletzt 2007 festgestellt hat, bedarf es für eine vertiefte Analyse der Leistungsfähigkeit der universitätsmedizinischen Einrichtungen einer validen Datenbasis sowohl der Ressourcen, die den Einrichtungen zur Verfügung stehen, als auch der Leistungen, welche die Universitätsmedizin in den Bereichen Forschung, Lehre und Krankenversorgung erbringt. Eine solche Datenbasis ist an vielen Standorten nicht verfügbar. Die mangelnde Transparenz und Verfügbarkeit von Input- und Outputgrößen betrifft insbesondere auch den Bereich der ambulanten Universitätsmedizin. Über die in den vorliegenden Empfehlungen hinausgehende Analysen bedürfen einer standardisierten und regelmäßigen Erhebung ausgewählter Parameter an allen universitätsmedizinischen Standorten. Vgl. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, in: Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Bd. II, Köln 2006, S. 338-340; Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007, S. 28-33.

Im Folgenden soll auf die Struktur der hochschulmedizinischen Ambulanzen, ihre Aufgaben in Forschung, Lehre, Krankenversorgung und Weiterbildung sowie ihre Zugangs- und Finanzierungssituation unter Einschluss der Ergebnisse der Umfrage des Wissenschaftsrates näher eingegangen werden. Eine gesonderte Betrachtung findet dabei die Zahnmedizin.

A.1 STRUKTUR

Der Begriff „Hochschulambulanzen“ dient häufig als Sammelbezeichnung für alle Ambulanzeinrichtungen in einem Universitätsklinikum. Dieser Begriff steht jedoch seit 2002 im SGB V für die auf hochschulmedizinische Einrichtungen beschränkte ambulante Versorgungsform und damit für eine spezifische Abrechnungsart. Um Verwechslungen zu vermeiden, verwendet der Wissenschaftsrat im Zuge dieser Empfehlungen den Begriff „Hochschulambulanzen“ im Sinne des SGB V und spricht im strukturellen Kontext allgemein von „hochschulmedizinischen Ambulanzen“.

Eine Differenzierungsmöglichkeit der Ambulanzeinrichtungen in einem Universitätsklinikum ergibt sich anhand des Leistungsspektrums. Am häufigsten unterschieden wird zwischen einer Allgemeinambulanz eines Faches oder Fachverbänden, die keine Vorauswahl der dort zu behandelnden Patienten durchführt, und Fach- oder Spezialambulanzen, die organ-, krankheits- oder therapiebezogen strukturiert sind. Oftmals wird hier auch von Spezialsprechstunden gesprochen. Je nach Aufgabenspektrum kommen auch Begriffe wie Forschungs-, Studien- und Lehrambulanz zum Tragen. Abhängig von der zentralen oder dezentralen Organisation der Notaufnahme an den Standorten können gesonderte Notfallambulanzen etabliert sein.

Für das ambulante Operieren (AOP) sind zum Teil eigene Strukturen eingerichtet. Die Umfrage des Wissenschaftsrates zeigt, dass etwa zwei von drei Universitätsklinikum separate AOP-Strukturen vorhalten. Hierzu zählen vor allem eigene OP-Säle und Aufwachräume, die jedoch häufig disziplinär getrennt organisiert sind. Eine stärkere Bündelung in spezifischen fachübergreifenden AOP-Zentren gibt nur jeder fünfte Standort an.

In der Regel betreibt jede Fachklinik ihre eigenen hochschulmedizinischen Allgemein- und Spezialambulanzen. Dies wird an vielen Standorten noch durch den Zusatz „Poliklinik“ in der Namensgebung der Abteilungen dokumentiert (z.B. Klinik und Poliklinik für Neurologie). Klassische Polikliniken, die etwa in der Inneren Medizin als fachübergreifender Anlaufpunkt für den ambulanten Patienten fungieren und unter Leitung einer eigenständigen Professur stehen, gibt es heute so gut wie nicht mehr. Diese Strukturen sind in den letzten Jahr-

zehnten zugunsten der disziplinären ambulanten Klinikstrukturen abgebaut worden.

Dies führt dazu, dass es, je nachdem wie stark die einzelnen Kliniken und Institute eines Universitätsklinikums auf einem Campus oder gar auf verschiedene Standorte im Stadtgebiet verteilt liegen, wenig gemeinsame Strukturen für die verschiedenen hochschulmedizinischen Ambulanzen gibt, was mit einem hohen Ressourcenverbrauch, aber auch mit einem Qualitätsverlust einhergeht, da die interdisziplinäre Zusammenarbeit hierdurch erschwert wird. Patienten, die in den hochschulmedizinischen Ambulanzen zunächst von Assistenzärztinnen und -ärzten, also Ärzten in Weiterbildung behandelt werden, müssen abschließend noch von einem Facharzt gesehen werden. Dieser doppelte Arztkontakt führt für die Patienten zu einem erhöhten Zeitaufwand. Die Vielfältigkeit der ärztlichen Aufgaben und die Dominanz der stationären Krankenversorgung in der Organisation der Abläufe hat häufig zur Folge, dass die entsprechenden Fachärzte während der Sprechstunden auch im OP oder auf Station tätig werden müssen, was die Verweildauer der Patienten und damit ihre Wartezeiten in den Ambulanzen weiter erhöht. Hinzu kommt, dass es zum Teil keine Übereinstimmung der Arbeitszeiten zwischen den verschiedenen Berufsgruppen gibt, was zusätzliche Leerlaufzeiten bedingen kann. Aufgrund eines zumeist ineffizienten Einbestellungsmanagements, ungünstiger Öffnungszeiten und langer Wartezeiten sind viele hochschulmedizinische Ambulanzen für berufstätige Patienten wenig attraktiv.

Eine neue seit 2004 mögliche Organisationsform in der ambulanten Versorgung sind die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die als fachübergreifende Einrichtungen nach Zulassung auch Krankenhäusern die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht (siehe Abschnitt 1) in Anhang 2). Die Umfrage des Wissenschaftsrates weist aus, dass inzwischen etwa zwei Drittel der Universitätsklinik Träger eines oder mehrerer (Maximum: 4, Median: 1) zugelassener MVZ sind. Für gut zwei Drittel dieser MVZ wurden Kassenarztsitze aufgekauft. Die weit überwiegende Mehrheit der MVZ wird in eigenständiger Rechtsstruktur als GmbH geführt. Die ärztliche Berufsausübung kann sowohl im Angestelltenverhältnis als auch als Vertragsarzt erfolgen. Angestellte Ärzte (Minimum: 2, Maximum: 22, Median: 11) sind in allen MVZ tätig. Vertragsärzte (Minimum: 2, Maximum: 7, Median: 2) sind in etwa jedem fünften MVZ tätig. In einem von vier Fällen sind die im MVZ angestellten Ärzte nicht gleichzeitig am Klinikum beschäftigt. Die an den einzelnen Standorten am häufigsten in MVZ vertretene Fachgruppe ist die Strahlentherapie (8 Standorte), gefolgt von der Laboratoriumsmedizin (7) sowie der Humangenetik und Pathologie (je 6) (siehe Übersicht A.1 in Anhang 1). Über die MVZ werden demnach eher spezialisierte denn allgemeine Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung angeboten. Eine generelle Konkurrenzsituation zu den Niedergelassenen in der Fläche ist nicht erkennbar. Die neue Versorgungsform der MVZ bietet

den Universitätsklinik die Möglichkeit, spezifische erforderliche Versorgungsleistungen ausschließlich wirtschaftlich optimiert zu erbringen.

A.II FORSCHUNG

Forschung ist eine der zentralen Aufgaben der hochschulmedizinischen Ambulanzen. Deshalb ist die im Sozialrecht festgeschriebene Ermächtigung von Hochschulambulanzen derart zu gestalten, dass die Untersuchung und Behandlung der Versicherten in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchgeführt werden kann.

Die Hochschulambulanzenstudie zeigte, dass zum Zeitpunkt der Erhebung 2001/2002 rund 11 % der Gesamtarbeitszeit von den in den Ambulanzen tätigen Ärzten für die Forschung aufgewendet wurden (4,5 Wochenstunden Forschung). Die Hochschulambulanzenstudie zeigte ferner für die untersuchten Ambulanzen, dass bis zu 30 % der von den Fachärzten überwiesenen Patienten Bezug zur Forschungsrichtung bzw. zu laufenden oder früheren Studien der Abteilung hatten. Die Patienten wurden von den Fachärzten jedoch weit überwiegend nicht zum Zweck oder zur Durchführung von Studien überwiesen, sondern wegen der durch Forschung erworbenen speziellen Expertise in der Krankenversorgung. Die Auswahl von Studienpatienten erfolgte durch die hochschulmedizinischen Ambulanzen. Insgesamt zeigte sich, dass etwa 5 % der ambulanten Patienten neu in prospektive Studien eingebunden wurden. Die Ergebnisse der Untersuchung legten laut der Autoren nahe, dass durchschnittlich mindestens die sechsfache Zahl von Patienten (je nach Ambulanzstruktur und Fach) zunächst im Zuge der reinen Versorgungsleistung gesehen werden muss, um die notwendige Zahl von Patienten für Studien rekrutieren zu können. In den untersuchten Ambulanzen wurden durchschnittlich jährlich 3 Studien pro Ambulanz durchgeführt und es entstanden jährlich 11 Publikationen aus Studien pro Ambulanz. |⁷

Die veränderten Rahmenbedingungen mit der Verlagerung von Krankenversorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor im Zuge der DRG-Einführung bedingen bei der Forschung einen Bedeutungszuwachs der ambulanten Behandlung in der Universitätsmedizin. Die Verringerung der Verweildauer der Patienten (einfache wie spezialisierte Fälle) in den Universitätsklinik vermindert die Möglichkeiten, im stationären Bereich patientenorientierte klinische Forschung durchzuführen. Darüber hinaus muss den gestiegenen Anforderungen an die Qualität und stringente Organisation klinischer Stu-

|⁷ Hochschulambulanzenstudie siehe Fußnote 4. S. 94-142.

dien Rechnung getragen werden. Zu beachten ist, dass hochschulmedizinische Ambulanzen aufgrund ihrer Expertise und technischen Ausstattung vielfach der einzige Ort sind, an dem spezielle Untersuchungen und innovative Therapien ambulant durchgeführt werden können. Dies bedingt, dass diagnostische und therapeutische Fortschritte in diesem Bereich nahezu ausnahmslos durch universitäre Forschung erzielt werden, welche letztlich, vermittelt durch universitäre Lehre und Weiterbildung, in die ärztliche Praxis überführt werden. |⁸ Die durch molekulare Erkenntnisse stärker auf den einzelnen Patienten ausgerichtete Diagnostik und Therapie erfordert, dass in einem höheren Umfang als bisher angenommen Patienten gesehen werden müssen, um die für klinische Studien erforderliche Zahl geeigneter Patienten rekrutieren zu können.

Die Umfrage des Wissenschaftsrates zeigt, dass die Krankenhausinformationssysteme (KIS) der Universitätsklinik nur begrenzt darauf eingerichtet sind, innerhalb der hochschulmedizinischen Ambulanzen eine differenzierte Dokumentation bezüglich der Patienteneinbindung in Forschung, Lehre und Krankenversorgung zu ermöglichen. So kann nur an knapp der Hälfte der Standorte eine Differenzierung nach Spezialambulanzen erfolgen. Etwas mehr als die Hälfte der Standorte ist in der Lage, im KIS Patienten gesondert zu kennzeichnen und zu erfassen, die in klinische Studien eingeschlossen sind. In den wenigen Fällen, in denen diese Studienpatienten erfasst werden, liegt ihr Anteil an den Behandlungsfällen der Hochschulambulanzen in den angegebenen Fachgebieten bei unter 5 %.

Nach Angaben der Standorte können in gut der Hälfte der zugelassenen MVZ dort behandelte Patienten in die Forschung eingebunden werden. Der Umfang dürfte sich jedoch in Grenzen halten, da es gesonderte Vereinbarungen mit den Medizinischen Fakultäten etwa über die Vergütung eines durch die Forschung bedingten Mehraufwands bisher an keinem Standort gibt. Neben der möglichen Einbindung in klinische Studien werden an einzelnen MVZ die Patienten gebeten, in wissenschaftliche Auswertungen ihrer Patientendaten durch das Universitätsklinikum für Forschungsvorhaben einzuwilligen. Der Zugang zu Patien-

|⁸ Als Beispiele für ambulante Therapien, die aus grundlagen- und krankheitsorientierter klinischer Forschung der Universitätsmedizin hervorgegangen sind (translationale Forschung), seien die qualitätsgesicherte Durchführung und Evaluation von Immuntherapien bei Tumorerkrankungen (Vakzinationen) und die symptombezogenen interdisziplinären Interventionen bei häufigen chronischen Erkrankungen, wie Wundheilungsstörungen, Herzinsuffizienz oder Diabetes genannt. Beispiele für spezielle Untersuchungen bei ambulanten Patienten sind die interdisziplinäre Diagnostik von Autoimmunerkrankungen und Infektionen, die Abklärung der – meist seltenen – monogenetisch bedingten Syndrome sowie die Diagnostik multifaktoriell bedingter Krankheiten, zu denen auch häufige chronische Krankheiten wie Arterielle Hypertonie und Rheumatoide Arthritis, aber auch Psoriasis oder allergisches Asthma gehören. Voraussetzung hierfür sind die klinischen Studien im Rahmen der patientenorientierten klinischen Forschung, die zunehmend in den hochschulmedizinischen Ambulanzen (Spezialambulanzen) geleistet wird.

tendaten spielt auch bei Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten/Einrichtungen im Bereich der Forschung eine Rolle. Jeder dritte Standort gab an, über derartige Kooperationen zu verfügen. Diese dienen überwiegend dazu, Patienten für Studien zu rekrutieren, weniger zum unmittelbaren Datenaustausch. In einzelnen Indikationsbereichen sind Netzwerke mit niedergelassenen Kollegen gegründet worden, die systematisch Patienten nach einem zuvor besprochenen Standard dokumentieren und dann zum Studienabschluss bzw. zur Aufklärung über die Studie zuweisen. Institutionalisierte Kooperationen mit Niedergelassenen sind auch über die vom BMBF geförderten Kompetenznetze beschrieben. Der Zugriff auf Patientendaten ist bei Kooperationen mit Niedergelassenen zum Teil vertraglich geregelt, in der Regel jedoch nicht oder nur eingeschränkt möglich. Die Gewinnung von Probenmaterial sowie die Erhebung und Speicherung zugehöriger Patientendaten unterliegt strengen rechtlichen Auflagen. Die eingeschränkte Nutzung dieser Proben und Daten sowie die notwendige sorgfältige Aufklärung der Patienten macht die klinische Forschung gerade in der ambulanten Medizin aufwändiger.

Die Medizinischen Fakultäten sehen nahezu durchweg eine große Herausforderung wie Chance in der Nutzung eines erweiterten ambulanten Behandlungsbereichs für die patientenorientierte klinische Forschung. Der Zugriff auf wenig verbreitete Erkrankungen, aber gleichermaßen auch die Rekrutierung von Patienten mit häufigen Erkrankungen in ausreichend hohen Patientenzahlen für Studien- und Forschungszwecke werden als große Chance betrachtet. Dabei wird nicht verkannt, dass die hochschulmedizinischen Ambulanzen selten allein in der Lage sein werden, die notwendige Anzahl geeigneter Studienpatienten einzuschließen. Insbesondere in der Versorgungsforschung ergibt sich der Bedarf, außeruniversitäre Ambulanzen und Vertragsärzte einzubeziehen. Die elektronische Vernetzung von Praxen und Universitätsklinikum wird dabei als Handlungsfeld beschrieben. Um die nach Aussage der Medizinischen Fakultäten im internationalen Vergleich vorhandenen Defizite der klinischen Forschung im deutschsprachigen Raum zu beheben, wird neben einer verstärkten Bereitstellung von Mitteln die dauerhafte Sicherung der Ambulanzstrukturen der Universitätsklinikum als erforderlich angesehen. Risiken werden vor allem in einer nicht auskömmlichen Finanzierung der zu erbringenden ambulanten Leistungen erkannt. Die Kostenreduzierung bzw. Kostendeckung werden weithin als die beherrschenden Herausforderungen von den Medizinischen Fakultäten formuliert.

A.III LEHRE

Die Besonderheit der ambulanten Bereiche der Universitätsmedizin für die Lehre liegt darin, dass nur hier ein breit gefächertes Spektrum an ambulanten Pati-

enten kombiniert mit der notwendigen Ausstattung zur Ausbildung der Medizinstudierenden zur Verfügung steht.

Die Hochschulambulanzenstudie zeigte für die untersuchten Ambulanzen, dass rund 5 % der Gesamtarbeitszeit der in der Ambulanz tätigen Ärzte zum Zeitpunkt der Erhebung für die Lehre eingesetzt wurden (1,8 Wochenstunden Lehre). Für Lehrzwecke angesprochen wurden durchschnittlich 7 % der ambulanten Patienten. In durchschnittlich 5 % der behandelten Fälle wurden auch PJ-Studierende unterrichtet. Zum Zeitpunkt der Erhebung hatte der stationäre Bereich zeitlich und personell eine höhere Bedeutung für die Lehre als heute. Der Vorteil der hochschulmedizinischen Ambulanzen wurde jedoch bereits damals darin gesehen, chronische Krankheitsbilder demonstrieren zu können, die in den Universitätsklinik stationär nicht „auftauchen“. |⁹

Seit der Datenerhebung der Hochschulambulanzenstudie haben sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen deutlich verändert. Die Verlagerung von Krankenversorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor sowie die Verdichtung der akutstationären Behandlung verringern die Möglichkeiten, das für die Studierendenausbildung notwendige gefächerte Patientenspektrum im stationären Alltag zu finden. Die zweite wesentliche Veränderung ist das Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) zum 1. Januar 2003. Die ÄApprO schreibt in § 2 Abs. 3 mindestens 476 (Zeit-)Stunden patientenorientierter Lehre vor, die in Gruppen von drei oder sechs Studierenden zu absolvieren sind. Dabei sind mindestens 20 % der Praktika nach dem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in Form von Blockpraktika zu unterrichten. Blockpraktika sind Veranstaltungen von ein- bis sechswöchiger Dauer zur Differentialdiagnostik und -therapie der wichtigsten Krankheitsbilder unter Bedingungen des stationären und ambulanten medizinischen Alltags. Die so veränderten Rahmenbedingungen steigern die Bedeutung der hochschulmedizinischen Ambulanzen und sollten eine entsprechende Erhöhung des Lehrumfangs in den Ambulanzen nach sich ziehen. Die Struktur der hochschulmedizinischen Ambulanzen ist zurzeit jedoch auf klinische Abläufe und nicht auf die ambulante Lehre zugeschnitten.

Zu beachten ist, dass für die Lehre der Bedarf an einem breiten „repräsentativen“ Spektrum ambulanter Patienten besteht, dass auch einfache Fälle einschließt. Je nach Fach ist nicht jeder Patient für Lehrzwecke gleichermaßen geeignet. Entscheidende Parameter hierfür sind die Persönlichkeit, das Krankheitsbild und die Belastbarkeit der Patienten. Entsprechend ist eine größere Auswahl an Patienten notwendig.

|⁹ Hochschulambulanzenstudie siehe 4. S. 143-173.

Die Anzahl der zur Verfügung stehenden ambulanten Patienten hat unmittelbar Einfluss auf die Anzahl der an einem Standort zur Verfügung stehenden Studienplätze in der Humanmedizin. Da die ÄApprO patientenorientierten Unterricht vorschreibt, lassen das Zulassungs-/Kapazitätsrecht im klinischen Studienabschnitt nur so viele Studenten zu, wie an den vorhandenen Patienten ausgebildet werden können. Die Kapazitätsverordnung (KapVO) zieht für die Berechnung der patientenbezogenen jährlichen Aufnahmekapazität die tagesbelegten Betten und die Poliklinischen Neuzugänge als Berechnungsgrößen heran. Als Zahl der Poliklinischen Neuzugänge gelten die jährlich im Klinikum, mit Ausnahme der Zahnklinik, für eine poliklinische Behandlung angenommenen Krankenscheine, Überweisungsscheine, Vorsorgescheine und Notfallbehandlungen sowie die Zahl der Leistungsabrechnungen für Selbstzahler und der internen Überweisungen. Bei der Berechnung der patientenbezogenen jährlichen Aufnahmekapazität kann die auf Basis der tagesbelegten Betten ermittelte Zahl höchstens um 50 % durch Poliklinische Neuzugänge erhöht werden. Das heißt, dass bis zu einem Drittel der Aufnahmekapazität im klinischen Studienabschnitt über das ambulante Versorgungsgeschehen definiert sein kann. |¹⁰

Die Umfrage des Wissenschaftsrates zeigt, dass an nahezu allen Medizinischen Fakultäten der in der ÄApprO vorgesehene Unterricht am Patienten auch in den hochschulmedizinischen Ambulanzen erbracht wird. Die Angaben zum Umfang schwanken dabei sowohl fächer- als auch standortspezifisch deutlich. Am häufigsten sind Nennungen bis zu 20 %. Ein vollständiger Überblick liegt den Dekanaten hierzu häufig (noch) nicht vor. Die Standorte erwarten hier aber mehrheitlich einen Anstieg des Anteils der Pflichtstunden, die in den hochschulmedizinischen Ambulanzen erbracht werden.

|¹⁰ (1) Für den Studiengang Humanmedizin werden (in der Regel) die Zulassungszahlen für den vorklinischen und den klinischen Studienabschnitt gesondert berechnet. Basis für beide Berechnungen sind der jeweilige Curricularnormwertanteil und die der Lehrereinheit zur Verfügung stehende Lehrkapazität. Diese Lehrkapazität ergibt sich aus der Anzahl der Wissenschaftler und deren Lehrdeputat, das in der Klinik wegen der Mitarbeit in der Krankenversorgung reduziert ist. (2) Das so errechnete Ergebnis wird für den klinischen Teil des Studiengangs anhand der patientenbezogenen Einflussfaktoren überprüft. In einem ersten Schritt werden dabei 15,5 % der tagesbelegten Betten des Klinikums als (stationäre) patientenbezogene jährliche Aufnahmekapazität angesetzt. Diese Zahl wird, weil die Studenten auch an ambulanten Patienten unterrichtet werden, um einen Studienplatz pro 1.000 Poliklinische Neuzugänge pro Jahr erhöht, maximal aber um 50 % der stationären Aufnahmekapazität. Die Ambulanz bestimmt also (maximal) ein Drittel der gesamten patientenbezogenen Aufnahmekapazität. (3) Wenn, was die Regel ist, die patientenbezogene Studienplatzkapazität niedriger ist als die personalbezogene, wird diese niedrigere Zahl als Zulassungszahl festgesetzt. (4) Die Approbationsordnung für Ärzte schreibt mindestens 476 Stunden patientenbezogene Lehre pro Studierendem vor; sie ist in Gruppen zu durchschnittlich vier Studierenden zu erteilen. Wird diese Lehre auf den stationären und den ambulanten Bereich proportional zur patientenbezogenen Aufnahmekapazität verteilt, ergibt sich eine durchschnittliche Lehrbelastung von 18,45 Stunden pro Bett und Jahr und von rd. 7,2 Minuten pro Poliklinischem Neuzugang.

MVZ spielen in der akademischen Lehre im Vergleich zur Forschung eine untergeordnete Rolle und werden bisher nur in geringem Umfang eingebunden. Nur knapp jedes fünfte MVZ ist in die Lehre involviert. An einem Standort sind die Ausbildung von Studierenden und der Status als akademische Lehrpraxis in einer Vereinbarung mit der Medizinischen Fakultät festgelegt. Ein weiterer Standort strebt dies an.

Lehrpraxen für die Ausbildung der Medizinstudierenden im Bereich der Allgemeinmedizin sind an allen antwortenden Standorten etabliert. Ihre Anzahl variiert dabei erheblich um den Faktor 13 (Minimum: 20, Maximum: 256, Median: 80). Über die Ausbildung in der Allgemeinmedizin hinaus gibt jede dritte Fakultät an, weitergehende Vereinbarungen getroffen zu haben. Diese können den Einbezug in Blockpraktika der Inneren Medizin aber auch weitere Fachgebiete (z.B. Chirurgie, Neurologie, Psychiatrie, Orthopädie, Urologie) und die Teilnahme an Forschungsprojekten betreffen.

Die zunehmenden Lehraktivitäten in den ambulanten Bereichen werden von den Medizinischen Fakultäten mehrheitlich als Herausforderung angesehen. Neben der Chance des Zugriffs auf einen großen Pool an lehrrelevanten Fällen werden Probleme in der Qualitätssicherung und Budgetierung der Lehre in neuen ambulanten Versorgungsformen gesehen. Insbesondere die Ausgestaltung der Organisation in den hochschulmedizinischen Ambulanzen in einer Form, die Forschung, Lehre und Krankenversorgung gleichermaßen auf hohem Qualitätsniveau ermöglicht, wird als Herausforderung begriffen. Eine Verschiebung der Lehre in den ambulanten Bereich erfordere neue Unterrichtskonzepte und ein neues Zeitmanagement – sowohl für die Lehrenden als auch die Studierenden. Die kapazitätsrechtlichen Auswirkungen der Einbindung neuer ambulanter Versorgungsformen (z.B. MVZ) und ihre Normierung werden als zu klärende Punkte benannt.

A.IV KRANKENVERSORGUNG

Wenn auch die Ermächtigung von Hochschulambulanzen auf die Untersuchung und Behandlung von Patienten in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang beschränkt ist, so ist zu konstatieren, dass die Universitätsklinik mit ihren hochschulmedizinischen Ambulanzen einen wesentlichen Beitrag zur fachärztlichen ambulanten Versorgung (einschließlich Notfallbehandlung) der Patienten leisten, der über das für Forschung und Lehre erforderliche Maß hinausgeht.

Die Hochschulambulanzenstudie konnte zeigen, dass rund zwei Drittel der Patienten in den hochschulmedizinischen Ambulanzen von Vertragsärzten, davon die Hälfte von niedergelassenen Fachärzten des jeweiligen Fachs, an die Univer-

sitätsklinikum überwiesen wurden. Auch die stark ausgeprägte Überregionalität der Zuweisung belegte nach Auffassung der Autoren die auf spezifischer Qualifikation beruhende besondere Rolle der universitätsmedizinischen Einrichtungen. Ausschlaggebend für die Überweisungen an die Universitätsklinikum war:

- _ bei jedem zweiten Patienten die Notwendigkeit einer weitergehenden Diagnostik oder Therapie, die eines speziellen medizinischen Know-hows bedurfte,
- _ bei jedem dritten Patienten ein Versorgungsbedarf, der so interdisziplinär und komplex war, dass er anderweitig nicht gedeckt werden konnte oder im Bereich der niedergelassenen Ärzte nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand hätte erbracht werden können und
- _ bei jedem vierten Patienten die Nutzung von speziellen apparativen Einrichtungen, die in Facharztpraxen nicht zur Verfügung standen.

Die Universitätsklinikum wurden dabei als sehr gut in die Versorgungskette eingepasst angesehen. Die Betreuung der Patienten verblieb nach der Behandlung in den hochschulmedizinischen Ambulanzen in den Händen des zuweisenden Facharztes. Der höhere Schwierigkeitsgrad der Patientenversorgung in den Universitätsklinikum im Vergleich zur Klientel der niedergelassenen Fachärzte wurde dabei durch die Schwere der Erkrankungen, vermehrte Begleiterkrankungen und höheres Alter der Patienten belegt. |¹¹

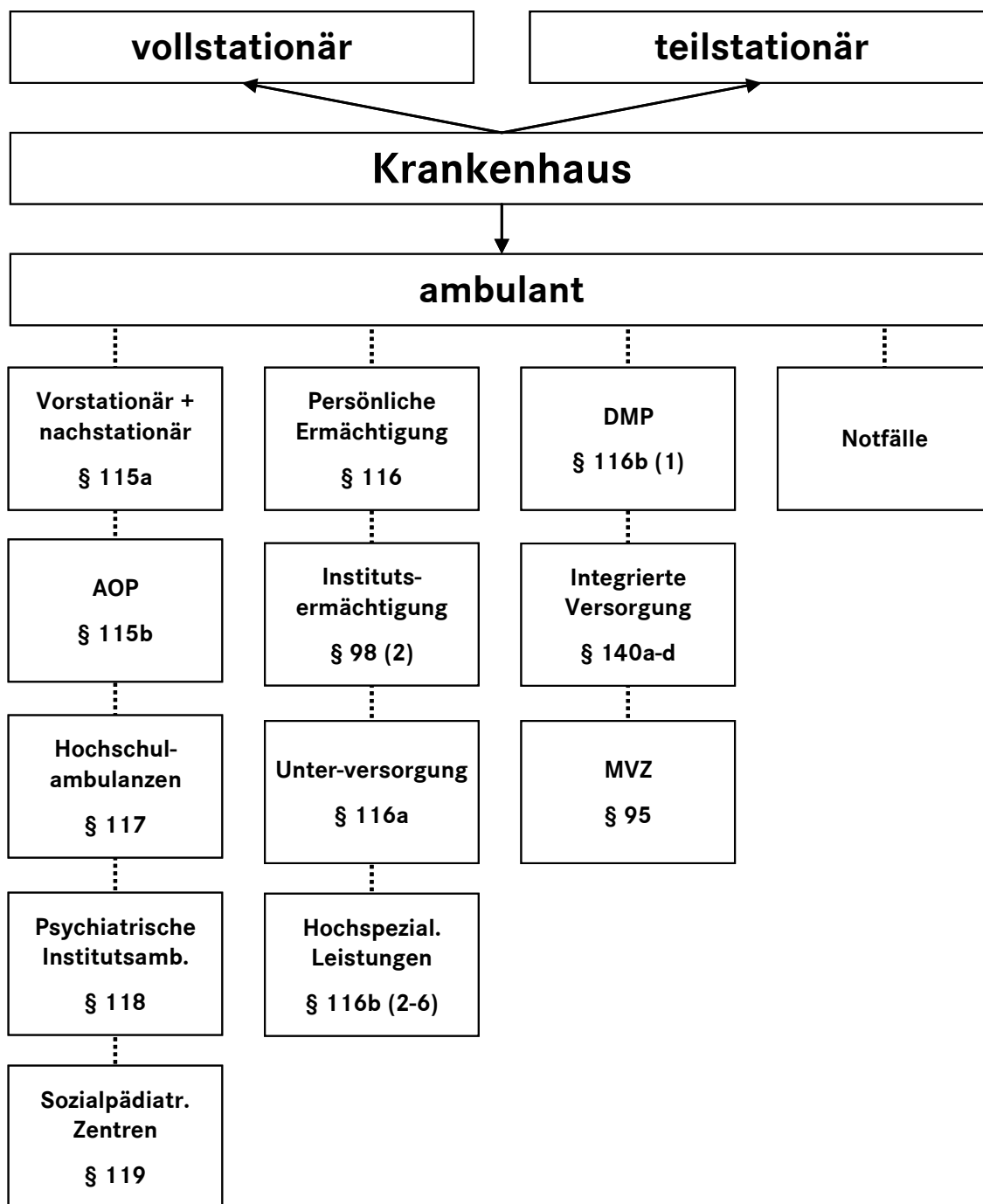
Wie in den Bereichen Forschung und Lehre bleibt auch die Bedeutung der universitären Ambulanzen für die Krankenversorgung von den veränderten Rahmenbedingungen seit der Datenerhebung der Studie nicht unberührt. Neben den Auswirkungen des DRG-Systems mit der Verringerung der Verweildauern und der Verlagerung von stationären Versorgungsleistungen in den ambulanten Bereich erfolgte mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG, 2004) und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG, 2007) eine moderate ambulante Öffnung der Krankenhäuser, die die Bedeutung der Krankenhäuser insgesamt und der Universitätsklinikum für die ambulante Patientenversorgung erhöht. Zu den neuen Möglichkeiten zählen die Erbringung ambulanter Leistungen im Rahmen von hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b SGB V, der Integrierten Versorgung (IV) nach § 140a-d SGB V oder im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f-g SGB V. Auch die Option, über MVZ unmittelbar an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, gehört dazu.

|¹¹ Hochschulambulanzenstudie siehe Fußnote 4. S. 51-93.

Abbildung 1 gibt einen Überblick zu den ambulanten Versorgungsformen im Krankenhaus. Eine detaillierte Beschreibung ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen in Abgrenzung zu stationären Versorgungsformen befindet sich in Anhang 2.

Die Umfrage des Wissenschaftsrates zeigt, dass die ambulante Versorgung in den Universitätsklinika verstärkt nachgefragt wird. So steigt bei den untersuchten 15 Standorten die gesamte ambulante Fallzahl (abgerechnete Fälle) zwischen 2005 und 2008 im Mittel pro Jahr um etwa 5 %. Die Abrechnungsart Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), die im Durchschnitt etwa 70 % der gesamten Fallzahlen ausmacht, weist im gleichen Zeitraum einen geringeren Anstieg von etwa 3,5 % pro Jahr auf.

Abbildung 1: Ambulante Versorgungsformen im Krankenhaus



Erläuterungen und Abkürzungen siehe Text sowie Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Anhang 2. Die Paragraphen verweisen auf die gesetzliche Grundlage im SGB V.

Quelle: Wissenschaftsrat

Die übrigen ambulanten Abrechnungsarten (siehe Kapitel A.VII und B.I in Anhang 2) haben also im Beobachtungszeitraum in Relation überdurchschnittlich zugelegt. Die Zuwächse der einzelnen Abrechnungsarten variieren dabei deutlich zwischen den Standorten. Die ambulanten Fallzahlen über neue Versorgungsformen wie die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V, die Integrierte Versorgung oder DMP-Verträge können – wo vertraglich

vereinbart – zwar relativ hohe Zuwachsraten zeigen, bleiben aber bis zum Ende des Beobachtungszeitraums 2008 absolut gesehen weitgehend vernachlässigbar. Nur je einmal können über Zulassungen nach § 116b SGB V bzw. DMP-Verträge mindestens vierstellige Fallzahlen erzielt werden. Wo etabliert, weisen die MVZ der Universitätsklinik in 2008 hingegen durchweg vierstellige Fallzahlen auf.

Persönliche Ermächtigungen sowie Institutsermächtigungen sind als Instrumente sehr unterschiedlich etabliert. Dort, wo es einen direkten Zugang der Patienten zu den hochschulmedizinischen Ambulanzen gibt, liegen keine bis sehr wenige persönliche bzw. Institutsermächtigungen vor. An den übrigen Standorten variiert die Zahl stark, die persönlichen Ermächtigungen überwiegen in der Regel deutlich (siehe Übersicht A.2 in Anhang 1). Nur drei Standorte weisen mehr Instituts- als persönliche Ermächtigungen auf (Persönliche Ermächtigungen: Minimum: 0, Maximum: 75, Median: 14; Institutsermächtigungen: Minimum: 0, Maximum: 31, Median: 4). Die Fachgebiete, für die Institutsermächtigungen vorliegen, sind vielfältig, ein spezifischer überregionaler Bedarf lässt sich hieraus nicht ableiten. Die Zulassungen sind häufig mit einer Beschränkung auf fachgruppenspezifische Leistungen und Abrechnungsziffern sowie Überweisungspflicht durch Vertragsärzte verbunden. Ermächtigungen eines Universitätsklinikums aufgrund der Feststellung einer Unterversorgung im Planungsbereich kommen selten und dann nur für spezifische Leistungen vor.

Soweit psychiatrische Abteilungen an den Universitätsklinikum vorgehalten werden, liegen auch Zulassungen für Psychiatrische Institutsambulanzen vor. Dies betrifft immer die Erwachsenenpsychiatrie, häufig die Kinder- und Jugendpsychiatrie und selten weitere angrenzende Fachgebiete. Sozialpädiatrische Zentren sind dagegen nur an etwas mehr als der Hälfte der Universitätsklinikum etabliert. Die Ermächtigungen können dabei das gesamte Leistungsspektrum ohne Einschränkungen umfassen oder auf spezifische Leistungen begrenzt sein.

Ambulante Operationen werden an allen Standorten von mindestens zehn Abteilungen erbracht. Das Fach mit den absolut höchsten AOP-Zahlen ist fast immer die Augenheilkunde gefolgt von der Gynäkologie. Als weitere Fächer mit hohen AOP-Zahlen sind die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und die Chirurgie zu nennen (siehe Übersicht A.3 in Anhang 1).

Das sich abzeichnende Bild bei der ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V ist sehr differenziert. Die Anzahl der an den Standorten gestellten Anträge unterscheidet sich erheblich (siehe Übersicht A.5 in Anhang 1). Zum Stichtag 30. September 2009 waren nur an etwa jedem vierten Standort Zulassungen im be-

antragten Umfang bewilligt. |¹² Für die übrigen Standorte war ein Großteil der Anträge noch nicht beschieden. Abgelehnt wurden nach Angaben der antwortenden Standorte noch keine Anträge. Zulassungen für die beiden bisher in den Katalog gemäß § 116b Abs. 3 SGB V |¹³ aufgenommenen hochspezialisierten Leistungen liegen nur wenige vor (siehe Übersicht A.6 in Anhang 1). Die am häufigsten erteilte Zulassung betrifft insgesamt und bei den seltenen Erkrankungen die Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Mukoviszidose. Auch Zulassungen zur Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Marfansyndrom oder Pulmonaler Hypertonie treten häufiger auf. Bei den Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen liegen unter Addition der Subgruppen am häufigsten Zulassungen zur Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen gefolgt von Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen vor. Obwohl die Krankenkassen nach erfolgter Zulassung durch die Landesbehörden zum Abschluss von § 116b-Verträgen verpflichtet sind, beklagen drei von vier Standorten mit genehmigten Anträgen Umsetzungsprobleme mit den Krankenkassen. Hierzu zählen vor allem nicht klar definierte Rahmenbedingungen für die Verordnung/Abrechnung von Arzneimitteln (Betriebsstättennummer, lebenslange Arztnummer).

An Disease-Management-Programmen wird in unterschiedlichem Ausmaß teilgenommen. Die Beteiligungen liegen zwischen jedem vierten Standort bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) und drei von vier Standorten beim Brustkrebs (siehe Übersicht A.4 in Anhang 1). Alle Standorte bezeichnen die Fallzahlen über die DMP-Verträge als gering.

Verträge zur Integrierten Versorgung haben nach eigener Aussage über 90 % der Standorte zum Teil mit einer, zum Teil mit mehreren Krankenkassen abgeschlossen. Die Anzahl der IV-Verträge liegt zwischen 1 und 18 (Median: 4). Die Vertragspartner auf Leistungserbringerseite sind unterschiedlich. An fast allen Standorten sind Niedergelassene, häufig andere Krankenhäuser und seltener Reha-Einrichtungen beteiligt. Die Fallzahlen über IV-Verträge werden von den Standorten überwiegend als gering bezeichnet. Von den untersuchten 15 Standorten, zu denen die ambulanten Fallzahlen vorlagen, verfügte keiner in einem der Jahre zwischen 2005 und 2008 über mehr als dreistellige Fallzahlen über IV-Verträge. Über die Hälfte der Standorte geben in der Umfrage an, dass ihnen im Zuge des Auslaufens der Anschubfinanzierung IV-Verträge gekündigt

| ¹² Die sich nach diesem Stichtag weiter im Fluss befindliche Antrags- und Zulassungssituation kann hier im Einzelnen nicht nachgezeichnet werden.

| ¹³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V, in der Fassung vom 18. Oktober 2005, zuletzt geändert am 15. April 2010.

worden sind. An einigen Standorten sind Neuverhandlungen vorgesehen. Etwa drei von fünf Universitätsklinika geben an, außerhalb von IV-Verträgen und MVZ niedergelassene Ärzte für die Erbringung ambulanter Leistungen ins Haus zu holen. Bei diesen Kooperationen werden von den Niedergelassenen am häufigsten Herzkatheteruntersuchungen und AOP-Leistungen erbracht.

Herausforderungen der ambulanten Universitätsmedizin sind aus Sicht der Universitätsklinika nach wie vor an erster Stelle die Weiterentwicklung des Vergütungssystems hin zu mehr Transparenz bei hochspezialisierten Leistungen und die Etablierung einer adäquaten ambulanten Erlösstruktur, die neue Diagnostik- und Therapiekonzepte fördert. Weiterhin werden vermehrt die Schaffung effizienter ambulanter Behandlungsstrukturen und -abläufe und der Ausbau und die Pflege von Kooperationsnetzwerken, insbesondere mit niedergelassenen Ärzten als Herausforderungen beschrieben. Die Chancen der ambulanten Universitätsmedizin werden im Wesentlichen in einer hohen Auslastung der stationären Hochleistungsmedizin durch effiziente Ambulanzstrukturen unter Nutzung von durchgehenden Behandlungsabläufen gesehen. Weiterhin wird vielfach die Chance genannt, selbst eine sektorübergreifende Versorgung organisatorisch effektiver realisieren zu können.

Wie eine aktuelle vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene Studie zur Versorgungssituation von Menschen mit seltenen Erkrankungen in Deutschland zeigt, sind die hochschulmedizinischen Ambulanzen hier von besonderer Bedeutung. |¹⁴ In einer Befragung der Akteure des Gesundheitswesens sind vor allem die Hochschulambulanzen als die am besten geeignete Versorgungsform zur Verbesserung der Versorgung im Bereich seltener Erkrankungen bewertet worden. Eine Verbesserung des Umfangs und der Qualität der Versorgung ist laut Studie u.a. durch die Einführung von krankheitsspezifischen Spezialistenpools (Spezialambulanzen) und die Einrichtung interdisziplinärer Referenzzentren zu erreichen. Bei der Weiterentwicklung der Versorgungsformen wird der organisatorischen Eingliederung krankheitsorientierter Zentren in universitätsmedizinische Einrichtungen aufgrund der Verknüpfung mit Forschung und Lehre sowie der dort tätigen spezialisierten Ärzte besonders hohes Potenzial beigemessen. Die Größe der Universitätsklinika und die Vielfalt der vorgehaltenen Fachdisziplinen kommen dabei einer gesicherten Diagnostik und interdisziplinären Behandlung seltener Erkrankungen zusätzlich zugute.

Die europäische Dimension der Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen zeigt die Empfehlung des Rates der EU vom 8. Juni 2009 für eine

| ¹⁴ Eidt, D.; Frank, M.; Reimann, R. et al.: Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Seltene Erkrankungen in Deutschland. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Hannover 2009.

Maßnahme im Bereich seltener Krankheiten. |¹⁵ Den Mitgliedsstaaten wird empfohlen, Pläne und Strategien für seltene Krankheiten einschließlich der Einrichtung von Fachzentren zu erarbeiten. Bis Ende 2013 ist dem Europäischen Parlament und dem Rat ein Bericht über die Durchführung der Empfehlung vorzulegen und in der Folge der Rat regelmäßig über die Folgemaßnahmen zu unterrichten. Die Initiierung eines Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit seltenen Erkrankungen (NAMSE) durch die Bundesregierung im März 2010 stellt einen ersten Schritt zur Umsetzung der EU-Ratsempfehlung dar. Es führt alle Akteure zusammen und soll ein gemeinsames, koordiniertes und zielorientiertes Handeln auf dem Gebiet der seltenen Erkrankungen ermöglichen, einen nationalen Aktionsplan aufstellen und umsetzen sowie die Bildung von Fachzentren fördern. |¹⁶ Die hochschulmedizinischen Ambulanzen haben aufgrund Ihrer Expertise eine hohe Chance, im Rahmen dieses Aktionsplanes eine zentrale Rolle zu spielen.

A.V WEITERBILDUNG

Ziel der ärztlichen Weiterbildung ist der Erwerb medizinischer Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach dem Abschluss der ärztlichen Ausbildung und der Erteilung der Berufserlaubnis besondere (fach-)ärztliche Kompetenzen zu erlangen. |¹⁷ Kennzeichnend für die Weiterbildung ist die praktische Anwendung ärztlicher Kenntnisse in der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung der Patienten. Die Weiterbildung erfolgt in festgelegter Form bezüglich der Weiterbildungszeiten und -inhalte, um in Gebieten die Qualifikation als Facharzt, darauf aufbauend eine Spezialisierung in Schwerpunkten oder in einer Zusatz-Weiterbildung zu erhalten.

| ¹⁵ Rat der Europäischen Union: Empfehlung des Rates vom 8. Juni 2009 für eine Maßnahme im Bereich seltener Erkrankungen (2009/C 151/02). Den Mitgliedsstaaten wird u.a. empfohlen, dass: vor Ende 2013 Pläne und Strategien für seltene Krankheiten erarbeitet werden, die sicherstellen, dass die betroffenen Patienten medizinisch gut versorgt werden; eine systematische Bestandsaufnahme und Kodierung der seltenen Krankheiten in der EU erfolgt; der Bedarf an Forschung auf dem Gebiet seltener Krankheiten ermittelt und die Forschungszusammenarbeit gefördert wird; bis Ende 2013 im gesamten Staatsgebiet geeignete Fachzentren für die Versorgung von Patienten mit seltenen Krankheiten eingerichtet werden, die sich an europäischen Referenznetzen beteiligen; die Zusammenführung von Fachwissen über seltene Krankheiten auf europäischer Ebene u.a. durch vermehrte Schulung und Ausbildung unterstützt wird und Patientenverbände in die Planungen einbezogen werden.

| ¹⁶ Gemeinsame Erklärung und Vereinbarung zur Gründung des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit Seltene Erkrankungen (NAMSE) vom 8. März 2010. Details siehe: <http://www.bmg.bund.de/>.

| ¹⁷ Vgl. Abschnitt A, § 1 der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vom Mai 2003 in der Fassung vom 28. März 2008.

In Deutschland sind für alle Angelegenheiten ärztlicher Weiterbildung die Landesärztekammern als Körperschaften des Öffentlichen Rechts zuständig. Die von der Bundesärztekammer erarbeitete (Muster-)Weiterbildungsordnung vom Mai 2003 wurde von allen Landesärztekammern – allerdings mit unterschiedlichen Abweichungen in einzelnen Bereichen – umgesetzt. Für jede Ärztin bzw. jeden Arzt ist die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer rechtsverbindlich, deren Mitglied sie bzw. er ist.

Die Weiterbildung zum Facharzt und in Schwerpunkten ist grundsätzlich ganztägig und in hauptberuflicher Stellung an zugelassenen Weiterbildungsstätten durchzuführen. Sie erfolgt unter Anleitung befugter Ärztinnen oder Ärzte in praktischer Tätigkeit und theoretischer Unterweisung. Eine zugelassene Weiterbildungsstätte ist eine Universitätsklinik sowie eine hierzu zugelassene Einrichtung ärztlicher Versorgung, zu der auch die Praxis einer niedergelassenen Ärztin oder eines niedergelassenen Arztes zählen kann. Eine Weiterbildungsstätte muss insbesondere folgende Voraussetzungen erfüllen: (1) Die für die Weiterbildung typischen Krankheiten müssen nach Zahl und Art der Patienten regelmäßig und häufig genug vorkommen, (2) Personal und Ausstattung der Einrichtung müssen den Erfordernissen der medizinischen Entwicklung Rechnung tragen und (3) Krankenhausabteilungen müssen eine regelmäßige Konsiliartätigkeit aufweisen.

Bedenkt man, dass die weit überwiegende Zahl der Ärzte selbst ausschließlich ambulante Behandlungen durchführt und dafür spezieller Ausbildung bedarf, resultiert aus diesen Anforderungen die besondere Bedeutung der Universitätsklinik und ihrer Ambulanzen für die ärztliche Weiterbildung. Vor allem in den Gebieten der kleineren Fachrichtungen und der ca. 7.000 bis 8.000 seltenen Erkrankungen können Kenntnisse zu bestimmten Krankheitsgruppen, die beim einzelnen Niedergelassenen nur selten vorkommen, häufig nur in universitätsmedizinischen Ambulanzen vermittelt werden.

Die Aufwendungen für die Weiterbildung sind gegenüber einer ausschließlich mit Fachärzten durchgeführten ärztlichen Versorgung erheblich, werden jedoch nicht gesondert vergütet. Die Weiterbildung wird zwar für den stationären Bereich bei der Kalkulation der DRG formal berücksichtigt, ihr Mehraufwand ist aber aus Sicht der Weiterbildungsstätten insgesamt nicht adäquat abgebildet.

A.VI ZAHNMEDIZIN

Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist ein fast ausschließlich ambulant ausgeübtes Fach und stationäre Behandlungen beschränken sich auf die schweren Krankheitsbilder in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Daher spielen die

hochschulmedizinischen Ambulanzen in der Zahnmedizin eine besonders wichtige Rolle, weil die Aufgabenerfüllung in Lehre und Forschung unmittelbar mit der Krankenversorgung in diesen Ambulanzen verknüpft ist. Die klinische Ausbildung in der Zahnmedizin findet darüber hinaus im Rahmen der teilweise selbstständigen klinischen Behandlung der Patienten statt. Dies bedeutet, dass für die Lehre entsprechend ambulante Patienten des gesamten Fallspektrums, aber insbesondere auch einfache, für die Studentenbehandlung geeignete Fälle in den hochschulmedizinischen Ambulanzen benötigt werden. Stationäre Patienten sind in der Lehre nur für die schweren Krankheitsbilder in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erforderlich, die aber auch in ausreichender Zahl vorhanden sein müssen, damit die Studierenden in der Diagnostik und Nachsorge dieser Krankheitsbilder trainiert werden können. Insbesondere Patienten am Übergang zur stationären Behandlungsnotwendigkeit spielen im Unterricht innerhalb der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie darüber hinaus im Training für den Umgang mit den in der Häufigkeit zunehmenden Risikopatienten, Behinderten und älteren Patienten eine wichtige Rolle.

Im Rahmen der klinischen Behandlungskurse findet im Gegensatz zur geübten Praxis in der Medizinerbildung eine zwar unter Aufsicht aber weitgehend selbstständige Behandlung einer Vielzahl von ambulanten Patienten durch die Studierenden statt. Selbstständige Patientenbehandlungen sind auch Gegenstand der geforderten Leistungen im Staatsexamen. Bei den Patientendemonstrationen und dem Unterricht mit Patientenuntersuchung (analog dem Unterricht am Krankenbett) ist die Zahnmedizinerbildung im Gegensatz zur Medizin ebenfalls auf nahezu ausschließlich ambulante Patienten angewiesen. In der Zahnmedizin findet somit die Ausbildung unter maximaler Integration der entsprechenden hochschulmedizinischen Ambulanz statt.

Die studentische Ausbildung in der Zahnmedizin folgt dabei immer noch einer aus dem Jahr 1955 stammenden und seither weitgehend unveränderten Approbationsordnung. |¹⁸ Die erhebliche Weiterentwicklung des Fachgebiets zur Prävention und die Entwicklung von völlig neuen Behandlungsformen (z.B. adhäsive Behandlungstechniken, Implantologie, CAD/CAM-Techniken) können nicht berücksichtigt werden, und auch die Änderung der Befunde und Erkrankungen (z.B. Rückgang der Anzahl fehlender Zähne und der Karies durch Prävention mit gleichzeitiger Zunahme der parodontalen Erkrankungen insbesondere der älteren Menschen) |¹⁹ spiegelt sich nicht in der thematischen Gewichtung wie-

|¹⁸ Siehe Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an deutschen Universitäten, in: Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Bd. II, Köln 2006, S. 267-330.

|¹⁹ Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Eine Studie im Auftrag von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung, Berlin und Köln 2006.

der. Daneben existieren auf europäischer Ebene konsentrierte Vorgaben eines Lernzielkatalogs, die bereits in einer zweiten überarbeiteten Version vorliegen, dem die über 50 Jahre alte Approbationsordnung nicht entsprechen kann. |²⁰ Eine wiederholt auch vom Wissenschaftsrat geforderte Neufassung der Approbationsordnung für Zahnmediziner steht allerdings weiter aus. |²¹ Im Zuge der Berücksichtigung vermehrten Kleingruppenunterrichts ist hierbei insbesondere auch die Betreuungsrelation in den klinischen Behandlungskursen mit Therapie der Patienten durch die Studierenden zu verbessern, um die Sicherheit und Qualität für die Patienten sowie die Attraktivität der Behandlung für die Patienten zu erhöhen. Darüber hinaus erfordert die Multimorbidität einer zunehmend auch älteren Patientengruppe eine stärkere Integration in die Humanmedizin und eine Anpassung an die strukturellen Vorgaben des Humanmedizinstudiums, um die integrierte praktische Durchführung an den Standorten zu ermöglichen.

Für die klinische Forschung, die sich auch fast ausschließlich mit häufig chronisch verlaufenden Krankheitsbildern (z.B. Karies, Parodontitis) und ambulanten Therapieformen beschäftigt, sind meist „Normalkollektive“ von ambulanten Behandlungen in ausreichend großer Zahl erforderlich, die dann auch für die Prüfarzte über die studentische Behandlung hinaus zur Therapie in den klinischen Studien zur Verfügung stehen müssen. Dabei müssen Begleitbehandlungen und Behandlungen außerhalb der klinischen Fragestellung zur Gewährleistung der Patientenbindung und zur Erfüllung der Begleitkriterien (z.B. erfolgreich abgeschlossene Parodontose-Behandlung) erfolgen, die dann auch über das allgemeine, meist nur über die Hochschulambulanzverträge zur Verfügung stehende Budget abgerechnet werden müssen. Es werden zunehmend prospektive longitudinale Studien mit Zielparametern wie Überleben/Komplikationen von Zähnen nach Restaurationen oder Implantaten und langen Beobachtungszeiträumen durchgeführt. Dies setzt Langzeitkontrollen voraus, die eine regelmäßige Wiedereinbestellung der Patienten erfordern und nicht durch Feldstudien mit den niedergelassenen Zahnärzten ersetzt werden können. Es werden darüber hinaus vermehrt Fragen der Grundlagenforschung auch an ambulanten Patienten bis hin zur genetischen Medizin bearbeitet.

|²⁰ Association for Dental Education in Europe (ADEE): Profile and Competences for the Graduating European Dentist – Update 2009.

|²¹ Ein nach Zustimmung aller einschlägigen Fachverbände beim BMG anhängiger und im Jahr 2009 in der Kultusministerkonferenz mehrfach beratener Entwurf einer Neufassung der Approbationsordnung für Zahnärzte vom 1. Juli 2007 fand insbesondere aufgrund der vorgesehenen Erhöhung des Curriculurnormwertes und der damit einhergehenden Absenkung der Studienanfängerkapazitäten bisher nicht die Zustimmung der Länder.

Die hochschulmedizinischen Ambulanzen sind über die für Lehre und Forschung erforderliche Patientenbehandlung hinaus in die Sicherstellung der ambulanten Patientenversorgung bei komplexer und schwieriger Therapie oder Diagnostik in die ambulante Krankenversorgung eingebunden (faktischer Versorgungsauftrag). Meist nach zahnärztlicher Überweisung erfolgt insbesondere die Behandlung komplexer, aufwändiger oder seltener Fälle sowie spezieller Erkrankungen, die den Allgemeinzahnarzt oft fachlich überfordern oder für ihn wegen der komplexen Anforderung in der pauschalierenden Finanzierungssystematik des Bewertungsmaßstabs zahnärztlicher Leistungen (BEMA) finanziell unattraktiv sind.

Zu den komplexen Fällen zählen etwa Patienten mit chronischen Schmerzen oder psychosomatischen Krankheitsbildern und vor allem zusätzlichen internistischen Risiken (z.B. Hämophilie, Immunsuppression), die zusätzlicher Diagnostik und Therapie bedürfen. Im Falle von ausgedehnten lokalen Befunden kann ein Übergang in die stationäre Behandlung erforderlich werden. Diese komplexen Fälle sind für die Lehre nur im Sinne der Patienten- und Befunddemonstration geeignet, bedürfen aber erfahrener, oft spezialisierter Behandelnder und meist hohen Aufwandes, der zumeist auch über die Hochschulambulanzvergütung getragen werden muss. Hohen Aufwand erfordern u.a. komplexe Fälle aus dem Bereich der Chirurgie, Parodontologie oder myofunktionellen Schmerztherapie sowie Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen. Zu den seltenen Krankheitsbildern, die in Hochschulambulanzen behandelt werden, zählen z.B. Bisphosphonat-Knochennekrosen, Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, bestrahlte Tumorpatienten oder Behandlungen im Vorfeld von Organtransplantationen. Die Kinder- und meist sehr aufwändige Behindertenbehandlung sind wie die zuvor beschriebenen Krankheitsbilder auch besondere Merkmale der Krankenversorgungsaufgaben innerhalb der zahnmedizinischen Hochschulambulanzen im Zuge der realen Teilnahme an der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten, da diese Patienten in einer großen Zahl dort behandelt werden. Im Unterschied zur Humanmedizin besteht in der Zahnmedizin generell die direkte Zugangsmöglichkeit aller Patienten zu den hochschulmedizinischen Ambulanzen, zumal eine formale Überweisungsregelung selbst zur stationären Weiterbehandlung im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht existiert. |²²

|²² Ein nach Zustimmung aller einschlägigen Fachverbände beim BMG anhängiger und im Jahr 2009 in der Kultusministerkonferenz mehrfach beratener Entwurf einer Neufassung der Approbationsordnung für Zahnärzte vom 1. Juli 2007 fand insbesondere aufgrund der vorgesehenen Erhöhung des Curriculurnormwertes und der damit einhergehenden Absenkung der Studienanfängerkapazitäten bisher nicht die Zustimmung der Länder.

Die Umfrage des Wissenschaftsrates zeigt, dass die Gesamtzahl der ambulanten zahnmedizinischen Fälle der vorliegenden 15 Standorte im Beobachtungszeitraum von 2005 bis 2008 pro Jahr im Mittel nur um etwa 1,8 % und damit im Vergleich zur Humanmedizin deutlich geringer angestiegen ist. Jeder achte Standort hatte sogar einen Rückgang der Gesamtfallzahl zu verzeichnen. Die Anzahl der über die Hochschulambulanzen abgerechneten Fälle wuchs dabei im gleichen Zeitraum im Mittel nur um etwa 1,3 % pro Jahr. Hier musste jeder vierte Standort einen Fallzahlrückgang hinnehmen, was auch ein Hinweis auf eine vertragszahnärztliche Überversorgung an und in der Umgebung von Universitätsstandorten sein könnte. Der Anteil der Fälle der Hochschulambulanzen an den ambulanten Gesamtfallzahlen ist daher von 2005 bis 2008 im Mittel leicht auf 75 % zurückgegangen. |²³

Drei von vier der universitätsmedizinischen Standorte mit Zahnmedizin geben an, dass die auf den Patienten entfallenden Behandlungskosten (hohe Zuzahlungen durch Eigenanteile im Sinne der Mehrkostenregelung, Festzuschussregelung und außervertragliche Leistungen) die Gewinnung von Patienten für die studentische Behandlung behindern. Bei zwei von drei Standorten gibt es daher in unterschiedlichem Ausmaß und in unterschiedlicher Form Abschläge von der Rechnung für Patienten bei studentischer Behandlung. Bei den chirurgischen und konservierenden Leistungen liegen die häufigsten Nennungen für diese Abschläge bei 20-50 %. Der Zuzahlungsanteil kann aber auch ganz entfallen oder sich auf die Material- und Laborkosten beschränken. Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind die Angaben ähnlich. Neben prozentualen Abschlägen sind aber auch verschiedenste Formen von Festpreisen oder Minderungen der Punktwerte bzw. GOZ-Faktoren |²⁴ der außervertraglichen Leistungen und Mehrkosten etabliert.

Die meisten der antwortenden Standorte beziffern den für die studentische Ausbildung geeigneten Anteil der Fälle – zum Teil differenziert nach Fachgebiet – auf 10 % bis maximal 50 %. Letzterer am ehesten in der konservierenden Zahnheilkunde. Nur drei Standorte geben höhere Anteile an, wobei neben der tatsächlichen studentischen Mitbehandlung, für die die geeigneten Fälle sich eher am unteren Rand der genannten Spanne bewegen dürften, weitere Fälle als Falldemonstrationen (auch Fotodokumentation) in die Lehre einbezogen werden können. Geben gut zwei Drittel der Standorte an, für die Konservierende Zahnheilkunde über eine ausreichend hohe Anzahl für die studentische Mitbehand-

|²³ Die übrigen Fallzahlen verteilen sich je nach Standort auf weitere Versorgungsformen bzw. Abrechnungsarten. Die größte Gruppe stellen hier die Selbstzahler. Hinzu können z.B. spezielle Persönliche Ermächtigungen oder gesondert abzurechnende Notfälle treten.

|²⁴ GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte.

lung geeigneter Patienten zu verfügen, so sind es für die Zahnärztliche Prothetik, die Kieferorthopädie und die chirurgische Ausbildung jeweils nur etwa die Hälfte der Standorte.

In der Vergütung der zahnmedizinischen Leistungen in den Hochschulambulanzen bestehen große Unterschiede nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch zwischen den Standorten eines Bundeslandes. Knapp ein Drittel der Standorte gibt an, eine Hochschulambulanzpauschale für konservierende und chirurgische Leistungen abrechnen zu können. Sie variiert etwa um den Faktor 1,5. Zudem findet an allen Standorten zumindest für einen Teil der erbrachten Leistungen eine Einzelabrechnung nach BEMA statt. Die Punktwerte variieren – soweit angegeben – für konservierende und chirurgische Leistungen, für die Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels und die systematische Behandlung von Parodontopathien etwa um den Faktor 1,3. Für die kieferorthopädische Behandlung variieren die Punktwerte um den Faktor 1,5. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von Abrechnungsvarianten, die sich wie die Punktwerte auch noch nach Kassenarten und sonstigen Kostenträgern unterscheiden können.

Zwei Drittel der Standorte rechnen dabei direkt mit den Krankenkassen, ein Drittel über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen ab. Knapp die Hälfte der Standorte gibt an, dass Ausgabenobergrenzen für die zahnmedizinischen Hochschulambulanzen vereinbart sind. Soweit genannt, variieren die Budgetobergrenzen je Standort bis zum Faktor zwei. Unabhängig hiervon bzw. zusätzlich bestehende Fallzahlobergrenzen geben ebenfalls knapp die Hälfte der Standorte an. Sie variieren an den einzelnen Standorten um den Faktor drei bis vier.

A.VII ZUGANG, FINANZIERUNG UND INTERNE MITTELVERTEILUNG

Die wichtigste Zugangsmöglichkeit der Universitätsmedizin und gleichzeitig ihr Alleinstellungsmerkmal gegenüber den übrigen Krankenhäusern sind die Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V. Hochschulambulanzen stellen in diesem Zusammenhang keine Organisationsform sondern eine spezifische Versorgungsform und Abrechnungsart dar, die es auf Basis einer entsprechenden Ermächtigung universitären medizinischen Einrichtungen erlaubt, ambulante Leistungen zu erbringen und diese mit den Krankenkassen abzurechnen.

Nach § 117 SGB V ist die Ermächtigung so zu gestalten, dass die Hochschulambulanzen Untersuchungen und Behandlungen „in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang“ durchführen können. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung wird zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassen und den Universitätsklinikum vertraglich

vereinbart. Der Zugang der Patienten zu den Hochschulambulanzen erfolgt häufig durch Überweisung eines niedergelassenen Facharztes, in einzelnen Ländern besteht aber auch ein direkter Zugang. Das Leistungsspektrum der Hochschulambulanzen ist für Patienten wie für niedergelassene Ärztinnen und Ärzten jedoch nicht immer in der erforderlichen Breite transparent. Die Höhe der pauschalierten Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen wird in direkten Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Hochschulambulanzen festgelegt (§ 120 SGB V).

Wenn in der Hochschulambulanzenstudie auch keine Abgrenzung der Aufwendungen und Kosten für die Krankenversorgung von denen für Forschung und Lehre vorgenommen werden konnte, so zeigten die aggregierten Daten der Studie aber eindeutig die hohe Unterdeckung, die den Hochschulambulanzen zum Zeitpunkt der Datenerhebung bei den Leistungen in der Krankenversorgung entstanden. Da bei der Kostenbetrachtung keine Behandlungsfälle mit Lehr- oder Forschungsbezug einbezogen wurden, schlussfolgern die Autoren: „Für die festgestellte Unterdeckung, die sich aus der Gegenüberstellung von Kosten der Krankenversorgung und der Poliklinikpauschale ergibt, sind Forschung und Lehre daher nicht ursächlich“. |²⁵ Gesetzesänderungen im Rahmen des Fallpauschalengesetzes (FPG, 2002) haben hier zu eindeutigen Verbesserungen geführt. So fiel bei der Vergütung der Hochschulambulanzen der Abschlag für Forschung und Lehre in Höhe von 20 % weg, und die Festlegung von Vergütungshöhe und Fallzahl erfolgt seither extrabudgetär unmittelbar mit den Krankenkassen. Die vereinbarten Hochschulambulanzpauschalen sind in den letzten Jahren vielerorts merklich gestiegen. Dennoch ist zu vermuten – und Standortbegehungen des Wissenschaftsrates in jüngerer Vergangenheit sind ein Indiz hierfür |²⁶ –, dass in einzelnen Ländern bzw. an einzelnen Standorten im Zuge der ambulanten Krankenversorgung im Bereich der Hochschulambulanzen weiterhin keine Kostendeckung erzielt werden kann.

Im Übrigen besteht für die Universitätsklinika wie für alle anderen Krankenhäuser keine generelle ambulante Behandlungsmöglichkeit. Die ambulante Behandlung im Krankenhaus ist auf spezifische im SGB V beschriebene Abrechnungsarten beschränkt. Zahlreiche Reformen des Gesetzgebers in den letzten

|²⁵ Hochschulambulanzenstudie siehe Fußnote 4. S. 174-220, Zitat S. 218.

|²⁶ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur organisatorisch-strukturellen Entwicklung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, in Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 2008, Bd. III, Köln 2009, S. 529-655; Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Universitätsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Drs. 9283-09), Berlin Juli 2009; Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Universitätsmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (Drs. 9282-09), Berlin Juli 2009; Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Universitätsmedizin in Jena (Drs. 9665-10), Berlin Januar 2010.

Jahren haben zu einer immer stärkeren Diversifizierung dieser ambulanten Versorgungsformen im Krankenhaus geführt. Insbesondere die vergütungsbezogene Neuordnung des akutstationären Bereichs mit der verpflichtenden Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems anhand von Diagnosis Related Groups (DRG) hatte sinkende Verweildauern und eine Verlagerung von bisher stationären Behandlungsfällen in den ambulanten Bereich zur Folge. Hierauf hat der Gesetzgeber insbesondere im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) mit einer Erweiterung der Zugangsmöglichkeiten der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung reagiert. Die ambulante Öffnung der Krankenhäuser erfolgte aber immer nur punktuell, so dass das System inzwischen zunehmend komplex und unübersichtlich geworden ist (siehe Abbildung 1 in Kapitel A.IV sowie Kapitel B.I in Anhang 2).

Die Umfrage des Wissenschaftsrates zeigt, dass mehrheitlich kein direkter Zugang der Patienten zu den hochschulmedizinischen Ambulanzen besteht. Für die Leistungsabrechnung der Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V ist in diesen Fällen ein Überweisungsschein bzw. besonderer Berechtigungsschein erforderlich. Ein grundsätzlich direkter Zugang besteht für die Patienten nur in wenigen Ländern. Darüber hinaus gibt es einzelne Standorte, für die ein anteilig direkter Zugang vereinbart ist. Die Hochschulambulanzpauschale variiert – soweit angegeben – zwischen den Standorten etwa um den Faktor zwei bis drei. Die bestehenden Fallzahlobergrenzen variieren um mehr als den Faktor zehn (Minimum: 27.000, Maximum: 285.000, Median: 77.595). Die Definition des Behandlungsfalls, für den die Hochschulambulanzpauschale abgerechnet werden kann, unterscheidet sich zwischen den Standorten. Vielfach gilt als Behandlungsfall die gesamte Untersuchung und Behandlung desselben Anspruchsberechtigten während des Kalendervierteljahres in einer oder mehreren zugelassenen Hochschulambulanzen unabhängig von der Art und Zahl der Erkrankungen bzw. der Zahl der Überweisungen. An verschiedenen Standorten ist diese enge Regelung dahingehend erweitert, dass ein medizinisch indizierter Gebietswechsel als neuer Behandlungsfall gilt. Darüber hinaus können für bestimmte Leistungen abweichende Abrechnungsmodalitäten vereinbart sein. In der Vergütung der Hochschulambulanzen bestehen somit große Unterschiede zwischen den Bundesländern, aber auch zwischen den Standorten eines Bundeslandes.

Wenn und soweit die Hochschulambulanzpauschalen durch die Universitätsklinik an die Abteilungen weitergereicht werden, geschieht dies in der Regel ohne Differenzierung nur nach der Fallzahl. Eine aufwandsabhängige Differenzierung der Pauschalvergütung für die Hochschulambulanzen reklamiert nur etwa ein Drittel der Universitätsklinik für sich. So können die Ambulanzaufwendungen etwa im Rahmen der Abteilungsbudgetierung Berücksichtigung finden. Die Aufwendungen für die ambulante Behandlung werden dann aus bedarfsabhängigen ambulanten Budgets bestritten, die nicht unmittelbar im Zu-

sammenhang mit den erzielten Erlösen aus den Hochschulambulanzpauschalen stehen.

Auf die Umfrage des Wissenschaftsrates antwortet ein Drittel der Universitätsklinik, an ihrem Standort die Leistungsdokumentation soweit entwickelt zu haben, dass eine Einzelfallabrechnung mit den Kostenträgern vereinbart werden könnte. Ebenfalls ein Drittel hält einen Wechsel von der Pauschal- zur Einzelleistungsvergütung für sinnvoll. Die Befürworter erwarten sich von einer Einzelfallabrechnung die Gewährleistung einer leistungsorientierten Bezahlung. Auch wird angeführt, dass der Aufwand für ambulante Patienten/Fälle sehr heterogen verteilt und eine gerechte Abbildung des Aufwands auf der Erlösseite über eine Pauschale kaum möglich sei. Differenziert wird zum Teil nach Art der Ambulanzen. Für Spezialambulanzen wird eine Einzelleistungsvergütung für sinnvoll gehalten, da hier nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) höhere Erlöse erzielt werden könnten. Für einen Großteil der „normalen“ Ambulanzen sei jedoch die Pauschalvergütung sinnvoller. Die Gegner einer Einzelleistungsvergütung führen an, dass der Dokumentations- und technische Abrechnungsaufwand durch von der stationären Leistungserfassung abweichende und uneinheitliche Leistungskataloge nicht vertretbar sei. Ferner sei die Vergleichbarkeit von Leistungen in Hochschulambulanzen und vertragsärztlichen Leistungen aufgrund des vielfach unterschiedlichen Aufwands nicht gegeben und innovative Leistungen im EBM nicht abgebildet. Mithin werden bei einer Umstellung Mindererlöse befürchtet.

Die größte Herausforderung der ambulanten Universitätsmedizin sehen denn auch fast alle Universitätsklinik in einer adäquaten Vergütung der erbrachten Leistungen. Dass die Universitätsklinik zur Verbesserung des Kostendeckungsgrades in der ambulanten Versorgung nicht nur einseitig auf die Erhöhung der Erlöse setzen, zeigen die Antworten eindeutig. Zentralisierung ambulanter Kapazitäten, Optimierung der Behandlungsstrukturen und -prozesse oder Budgetierung der Personal- und Sachaufwendungen sind Maßnahmen, die die Universitätsklinik in unterschiedlichem Umfang bereits zur Senkung der Kosten umsetzen. Erlösoptimierungen erhofft man sich durch Vertragsabschlüsse bei anderen Versorgungsformen wie IV-Verträgen oder der Teilnahme an der ambulanten Versorgung nach § 116b SGB V. Die Erwartung einer Steigerung der Erlöse durch die Verhandlung verbesserter Verträge bei den human- und zahnmedizinischen Hochschulambulanzen ist nicht an allen Standorten gleichermaßen hoch. Mehr Hoffnungen, Kostendeckung zu erzielen, liegen zum Teil auf der Verhandlung von Verträgen für sonst nicht abrechnungsfähige Leistungen etwa bei der Medikamentenversorgung. Dass die Krankenkassen je nach Bundesland und Standort sehr unterschiedliche Verhandlungspositionen einnehmen, zeigt sich bei der Frage nach den Möglichkeiten, zu Sondervereinbarungen mit den Krankenkassen zur Vergütung innovativer therapeutischer Verfahren zu kommen. Je etwa ein Drittel der Standorte gibt an, dass Vertragsabschlüsse

(z.B. PET/CT-Leistungen) bereits existieren bzw. geplant sind. Das übrige Drittel gibt dagegen an, dass derartige Vereinbarungen mit den Krankenkassen nicht möglich seien. Bei der Vergütung vorstationärer Leistungen sind die Erwartungen, zu Sondervereinbarungen zu kommen, weit niedriger. Hier geben zwei Drittel der Universitätsklinika an, dass dies nicht möglich sei.

B. Analyse und Empfehlungen

Der Wissenschaftsrat ist der Auffassung, dass den hochschulmedizinischen Ambulanzen künftig eine stärkere Rolle bei der Erfüllung der Aufgaben der Universitätsmedizin zukommen muss. Neben der vollstationären und der vertragsärztlichen Versorgung werden zunehmend größere Bereiche ambulanter Versorgungsleistungen von Krankenhäusern und speziell von den Universitätsklinikum mit ihren Ambulanzen angefordert, die von diesen mangels alternativer Anbieter erbracht werden müssen. Ursache ist eine Verlagerung von Krankenhausleistungen, die früher zur stationären Versorgung zählten, in die ambulante Versorgung. Diese Entwicklung betrifft nicht nur Fächer wie Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Dermatologie und so genannte kleine Chirurgen, sondern auch Bereiche der konservativen Medizin wie Endokrinologie, Hämatologie/Onkologie, Nuklearmedizin oder Neurologie.

Diese Leistungsbereiche sind aber auch notwendig, damit die Universitätsmedizin ihren Aufgaben in Forschung, Lehre und Weiterbildung in der gebotenen Qualität nachkommen kann. Über diese universitären Aufgaben hinaus sichern die hier erbrachten medizinischen Leistungen eine sowohl qualitativ hochwertige als auch effiziente Versorgung der Bevölkerung und die Umsetzung medizinischer Innovationen. Die hochschulmedizinischen Ambulanzen behandeln vielfach Fälle, die primär einer speziellen Diagnostik und/oder Therapie bedürfen, welche in der vertragsärztlichen Versorgung nicht oder nur unzureichend angeboten werden.

Darüber hinaus werden aber auch immer mehr Krankheiten ambulant diagnostiziert und behandelt. Dies ist ein Zeichen des zum Teil beträchtlichen Strukturwandels, den die Universitätsmedizin im Laufe der letzten Jahrzehnte erfahren hat. Hierzu haben u.a. die Notwendigkeit der Spezialisierung auf Grund des wissenschaftlichen Fortschritts, insbesondere der Technologieentwicklung und die Etablierung von Spezialpraxen sowie von breit angelegten Facharztzentren in der Niederlassung beigetragen. Dies hat dazu geführt, dass manche Bereiche der Medizin, die früher in der Universitätsmedizin maßgeblich vertreten waren,

hier kaum noch durch eigene Abteilungen oder wissenschaftlich ausgewiesene Ärzte vertreten sind. Dazu gehören z.B. die Diabetologie, die Rheumatologie oder die Pränatalmedizin. Patienten, die einer fachärztlichen Versorgung auf diesen Gebieten bedürfen, werden heute vorrangig von niedergelassenen Ärzten behandelt. Diese Themengebiete, auf denen international sehr erfolgreich geforscht wird, laufen damit Gefahr, in Deutschland gänzlich aus dem Fokus der traditionell vorwiegend stationär orientierten Universitätsmedizin und der medizinischen Wissenschaft zu geraten, mit allen negativen Folgen für die wissenschaftliche Reputation und das Ausbildungsniveau in den genannten Fächern.

Patienten mit den exemplarisch genannten Krankheiten bzw. Schwangere mit einem potenziell beeinträchtigten Embryo/Feten gehen der Universitätsmedizin für Forschung und Lehre sowie für die Weiterbildung verloren. Dies wird in Zukunft z.T. gravierende Auswirkungen haben und kann so weit gehen, dass in den genannten Bereichen zu wenige Ärzte zu Fachärzten weitergebildet werden können. Dabei ist der Facharztbedarf hier auch in Zukunft hoch, da die Krankheiten in den genannten Bereichen häufig sind und ein erheblicher Forschungsbedarf besteht. Konsequenzen aus dieser Entwicklung ergeben sich nicht nur für Forschung und Lehre, sondern auch für die Patientenversorgung sowohl in den Universitätsklinika als auch im niedergelassenen Bereich.

Welche Krankheitsbilder und zugehörigen medizinischen Leistungen über die genannten Bereiche hinaus der Universitätsmedizin für Lehre und Forschung durch eine Verlagerung in den vertragsärztlichen Sektor de facto vollständig verloren gehen und auch über Kooperationen nicht ohne weiteres wieder zugänglich gemacht werden können, ist nur schwer einzuschätzen. Der Wissenschaftsrat sieht die Universitätsmedizin in der Verantwortung, dies bundesweit zu beobachten und nach Möglichkeit gegenzusteuern. Die Universitätsklinika sollten mit ihren Ambulanzen insbesondere solche Bereiche (siehe oben) abdecken, die Patienten überwiegend ambulant versorgen. Diese Ambulanzen sollten von wissenschaftlich ausgewiesenen Klinikern geleitet werden, so dass die Patienten für Forschung und Lehre sowie Weiterbildung zur Verfügung stehen und auch genutzt werden können. Dies ist auch dann notwendig, wenn der niedergelassene Bereich in Zukunft verstärkt zur Weiterbildung befugt sein sollte.

Der an vielen Standorten eingeschränkte Zugang der Universitätsmedizin zur ambulanten Versorgung wird dieser Gesamtentwicklung nicht gerecht. Die neu ins Sozialrecht aufgenommenen ambulanten Versorgungsformen für Krankenhäuser greifen für die Universitätsmedizin zu kurz, da nicht von einer Sicherstellung der ambulanten Versorgung allein durch den vertragsärztlichen Sektor ausgegangen werden kann und die Bedürfnisse von Forschung und Lehre in der Breite nicht hinreichend berücksichtigt sind. Die Universitätsmedizin bedarf eines adäquaten und dauerhaften Zugangs zu Patienten in der ambulanten Versorgung. Zusammen mit notwendigen Strukturveränderungen muss die Ein-

bindung der ambulanten Bereiche der Universitätsmedizin in Forschung, Lehre und Weiterbildung ausgebaut und das Potenzial dieser Bereiche konsequent genutzt werden. Die hochschulmedizinischen Ambulanzen müssen künftig neben dem stationären Betrieb als gleichwertiger Teil der Universitätsmedizin gesehen werden.

B.1 STRUKTUREN OPTIMIEREN

Analyse

Unabhängig von den neueren sozialrechtlichen Regelungen ist zu konstatieren, dass die ambulanten Bereiche der Universitätsmedizin häufig in ihrer Struktur als auch ihrer Organisation weder den Erfordernissen der Patienten noch denen der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Studierenden oder Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern gerecht werden.

Es finden sich noch immer Ambulanzen („Polikliniken“), deren Kennzeichen es ist, um 8 Uhr morgens von Patienten überfüllt und spätestens ab 16 Uhr vollständig verwaist zu sein. Die Öffnungszeiten entsprechen nicht den Anforderungen der modernen Arbeitswelt, und ein unzureichendes Einbestellungsmanagement führt zu erheblichen Wartezeiten der Patienten. Ursächlich hierfür sind zum einen eine Vernachlässigung der ambulanten zugunsten der stationären Abläufe und eine häufig nicht klare Leitungsstruktur. Allerdings erschweren auch die arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen die Flexibilisierung von Arbeitszeiten. Dies gilt auch für die Organisation von Lehre, die häufig zu wenig auf die Abläufe in den Ambulanzen ausgerichtet ist, sowie für die Koordination der wissenschaftlichen Arbeit. Die Organisation des Ambulanzdienstes wird oft mehreren häufig wechselnden Funktionsoberärzten übertragen. Eine straffe Leitung im Sinne einer langfristigen organisatorischen und wissenschaftlichen Führung ist selten zu finden.

Zudem betreibt vielfach jede Abteilung ihre eigenen Hochschulambulanzen. Interdisziplinäre, fachübergreifende Einheiten sind selbst in der Inneren Medizin selten. Es dominieren die tradierten Gliederungen entlang des Fächerspektrums. Entwicklungspotenziale hinsichtlich innovativer Wissenschaft und Versorgungsqualität, aber auch im Hinblick auf eine schonende Ressourcennutzung, bleiben so unausgeschöpft.

Nachteilig ist auch die häufig zu geringe IT-Durchdringung der hochschulmedizinischen Ambulanzen, was sowohl die Hardware, aber insbesondere auch die Software-Einbindung betrifft. Die Krankenhausinformationssysteme (KIS) sind

stationär und versorgungsorientiert geprägt und auf eine einheitliche Leistungserfassung nach ICD und OPS ausgelegt. |²⁷ Eine Leistungserfassung nach EBM oder GOÄ wie im Vertragsarztbereich erfordert ergänzende IT-Lösungen, was die Leistungsdokumentation und den Abrechnungsaufwand erschwert. Auch bilden die Funktionalitäten der KIS häufig die Belange von Forschung und Lehre aber auch der Krankenversorgung spezieller Patientengruppen nicht im erforderlichen Maße ab. So sind etwa eine differenzierte Dokumentation der Nutzung von Spezialambulanzen oder die Erfassung von Studienpatienten nicht überall möglich.

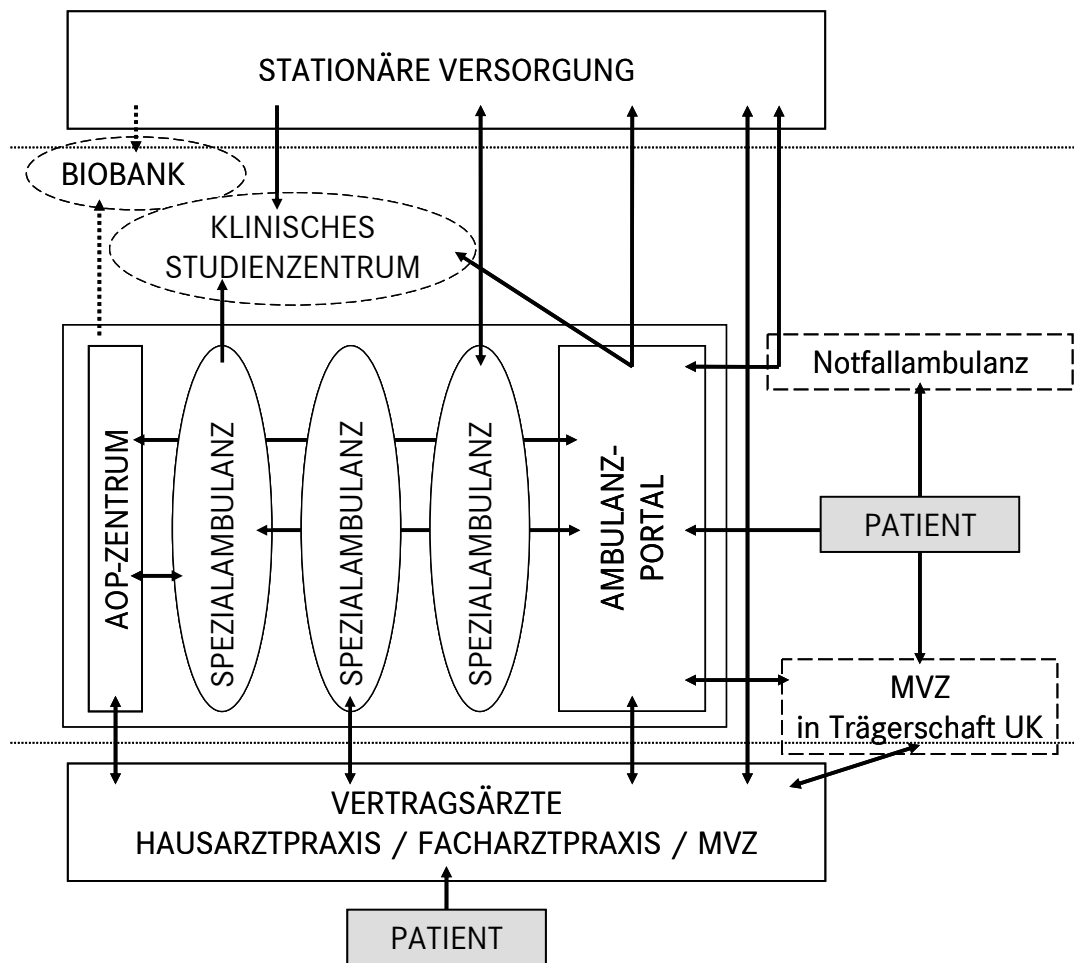
Empfehlungen

Die Struktur und Organisation der hochschulmedizinischen Ambulanzen muss deren wachsender Bedeutung entsprechend ausgestaltet werden. Sie sind den aktuellen Erfordernissen einer sich zunehmend in den ambulanten Bereich verlagernden Krankenversorgung anzupassen. Dazu gehört eine stärkere Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Patienten. Die Gesamtorganisation der hochschulmedizinischen Ambulanzen muss sich in die Gesamtstrategie von Fakultät und Klinikum in Forschung, Lehre und Krankenversorgung einfügen.

Der Wissenschaftsrat spricht sich für ein abgestuftes Organisationsmodell aus, dessen Gliederung mit wenigen zentralen Ambulanzportalen und nachgelagerten Spezialambulanzen sowie wenigen, im Idealfall einem AOP-Zentrum dem notwendigen Leistungsspektrum Rechnung trägt und das Profil der Gesamteinrichtung in Forschung, Lehre und Krankenversorgung widerspiegelt. Er verweist in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlungen zur Bildung universitätsmedizinischer Zentren, |²⁸ die sich auch auf die ambulanten Bereiche erstrecken sollte und die besonderen Bedürfnisse der universitären Lehre wie auch wissenschaftlicher klinischer Studienorganisation berücksichtigt. Universitätsmedizinische Zentren sollen Organisationsformen mit klaren Leitungsstrukturen unter Überwindung starrer Instituts- und Klinikstrukturen entlang der Fächergrenzen ermöglichen und so der Optimierung der Leistungsfähigkeit der Gesamteinrichtung dienen. Der Wissenschaftsrat unterscheidet idealtypisch in Departments, die Teil der vertikalen Organisationsstruktur von Fakultät/Klinikum mit in der Regel fest zugeordneten Kliniken und Instituten sind, und Profilzentren, die quer zur Departmentebene themenbezogene Kompetenzen bündeln.

|²⁷ ICD = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, OPS = Operationen- und Prozedurenschlüssel.

|²⁸ Vgl. Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin, Köln 2007, S. 7-16.



Die durchgezogenen Pfeile stellen die wesentlichen Patientenpfade dar. Der Patient erhält sowohl über einen Vertragsarzt oder direkt über das Ambulanzportal, ggf. auch über eine (zentrale) Notfallambulanz Zugang zu den hochschulmedizinischen Ambulanzen. Forschung und Lehre finden integriert in den Strukturen statt (siehe Kapitel B.II und B.III).

Quelle: Wissenschaftsrat

Abbildung 2 zeigt ein Organisationsmodell der hochschulmedizinischen Ambulanzen. Es sollte ein Maximum an Zentralisierung angestrebt werden. Die Anzahl der Ambulanzportale richtet sich nach dem Grad der Zentrenbildung sowie den infrastrukturellen Gegebenheiten vor Ort. Sind mehrere dezentrale Ambulanzportale eingerichtet, sollten diese dennoch konzeptionell, organisatorisch und logistisch miteinander verbunden sein. Beispiele für universitätsmedizinische Zentren (hier Profizentren), in denen bereits interdisziplinäre Ambulanzen als zentrale Einheiten etabliert sind, sind vielfach Comprehensive Cancer Centers oder die vom BMBF geförderten Integrierten Forschungs- und Behandlungszentren (IFB). Gleiches gilt für Spezialambulanzen, die themenbezogen verstärkt interdisziplinär angelegt werden sollten (z.B. Wundambulanzen, Autoimmunambulanzen).

Die Infrastruktur hochschulmedizinischer Ambulanzen sollte gemeinsam genutzt und entsprechende Raumnutzungsmodelle, deren Einsatz an einzelnen Standorten bereits erfolgt, entwickelt werden. Gleiches gilt entsprechend für den Einsatz des Personals und zugehörige Arbeitszeitmodelle. Dies schließt eine Harmonisierung der Arbeitszeiten der verschiedenen Berufsgruppen und patientenfreundliche verlängerte Öffnungszeiten ein. In der Ausgestaltung der Raumnutzungs- und Arbeitszeitmodelle sind die Anforderungen von Forschung und Lehre zwingend zu berücksichtigen.

Die Ambulanzportale sollten zur Steuerung der Patienten ein Aufnahmearztssystem mit kompetenter Verteilerfunktion vorsehen. Ein konsequentes, auf Terminvergabe ausgelegtes Einbestellungsmanagement ist zu etablieren. Für die Ambulanzportale ist zudem eine eigene, straffe Leitung im Sinne organisatorischer und wissenschaftlicher Führung erforderlich. Die Leitungsposition sollte mit erfahrenen und wissenschaftlich qualifizierten Fachärztinnen oder Fachärzten besetzt und in Vollzeit wahrgenommen werden. Denkbar ist im Rahmen von Forschungsschwerpunkten auch die Ausstattung mit einer Professur. Durch solche Strukturen kann die Tätigkeit in einer hochschulmedizinischen Ambulanz an Attraktivität gewinnen. Die Spezialambulanzen bleiben dabei fachlich weiter in der Verantwortung der jeweiligen Zentren bzw. Kliniken und Institute. Bei der Leitung der Einheiten muss sichergestellt sein, dass je nach primärer Expertise der Leiterin oder des Leiters die Breite des Leistungsspektrums durch komplementäre Expertise des weiteren Personals qualifiziert abgedeckt wird.

Die KIS müssen flächendeckend in geeigneter Weise an die Erfordernisse der ambulanten Universitätsmedizin sowohl in der Frage der Leistungsplanung, -dokumentation und -abrechnung als auch in Forschung und Lehre angepasst werden. Dies schließt auch die Möglichkeit zum elektronischen Datenaustausch der hochschulmedizinischen Ambulanzen mit Niedergelassenen und weiteren außeruniversitären Leistungserbringern mit ein.

B.II FORSCHUNG INTENSIVIEREN

Analyse

Die hochschulmedizinischen Ambulanzen spielen eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die klinische Praxis. Sie

kommen dabei in allen Bereichen der klinischen Forschung |²⁹ – wenn auch in unterschiedlichem Maße – zum Tragen und nehmen stetig an Bedeutung zu.

Die patientenorientierte klinische Forschung schließt selbstverständlich den direkten Kontakt zum Patienten ein. Hierzu zählen die Untersuchung von Probenmaterial sowie klinische Studien und epidemiologische Studien bis hin zu Bereichen der Versorgungsforschung. Die hochschulmedizinischen Ambulanzen sind hierfür unverzichtbar. Im Gegensatz zur stationären Versorgung dürfen in der ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgung neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 135 Abs. 1 SGB V) nur dann zu Lasten der GKV erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zuvor ihren therapeutischen Nutzen sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit anerkannt hat (Erlaubnisvorbehalt). Klinischen Studien im Zuge des Einsatzes neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie dem zulassungsüberschreitenden Einsatz von Arzneimitteln („Off-Label-Use“) in hochschulmedizinischen Ambulanzen kommt daher eine besondere Bedeutung zu. Gleiches gilt für neue Heilmittel (§ 138 SGB V).

Für die krankheitsorientierte klinische Forschung, die an Modellsystemen die Pathogenese und die Behandlung von Krankheiten zu verstehen versucht, ist zunächst kein Zugang zum Patienten erforderlich. Die Bedeutung der hochschulmedizinischen Ambulanzen liegt hier in der notwendigen Rückkopplung der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit Klinikern über die Aussagefähigkeit der angewandten Modellsysteme und der Überprüfung der Ergebnisse in der klinischen Versorgungspraxis.

Auch die klinisch-theoretischen sowie theoretischen Fächer benötigen im Zuge ihrer grundlagenorientierten klinischen Forschung einen – wenn auch nicht unmittelbaren – Zugang zum ambulanten Patienten. Im Mittelpunkt steht hier die Gewinnung von Probenmaterial für die Forschung. In dem Maße, in dem Versorgungsleistungen in den ambulanten Bereich und damit möglicherweise ganz in den vertragsärztlichen Bereich verschoben sowie labordiagnostische Untersuchungen an Dienstleister abgetreten werden, geht den Grundlagenfächern

|²⁹ Zu Definition und Verständnis der klinischen Forschung siehe Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG): Denkschrift „Klinische Forschung“, Weinheim 1999. Die DFG unterscheidet in: (1) grundlagenorientierte klinische Forschung, in deren Mittelpunkt der Erkenntnisgewinn in biomedizinischen Systemen (Molekularbiologie, Genetik, Biochemie etc.) steht, der in der Folge zur Erforschung krankheitsrelevanter Fragestellungen beiträgt, (2) krankheitsorientierte klinische Forschung, die an Modellsystemen, zum Beispiel im Tierversuch oder in in vitro-Systemen, mit den Methoden der modernen Biomedizin einen Einblick in die Pathophysiologie und die genetischen Ursachen von Krankheiten zu gewinnen versucht und Ansätze für mögliche therapeutische Maßnahmen erprobt, (3) patientenorientierte klinische Forschung, die direkt am und mit dem Patienten oder Probanden durchgeführt wird. Hierunter fallen vor allem klinische Studien aller Phasen, und auch epidemiologische Studien sowie weite Bereiche der Versorgungsforschung.

(z.B. Pathologie, Medizinische Mikrobiologie, Immunologie, Humangenetik, Biochemie) das notwendige Material für ihre Forschung etwa in Form von Blut- und Gewebeproben – verbunden mit der notwendigen phänotypischen Beschreibung (klinische Informationen) – verloren. Dies gilt in besonderem Maße für die grundlagenorientierte klinische Forschung bei seltenen Erkrankungen, die häufig syndromalen Charakter haben und damit die Einbindung mehrerer Fachdisziplinen erfordern.

Eine grundlegende Änderung der deutschen Forschungslandschaft vollzieht sich derzeit mit dem Aufbau „Deutscher Zentren der Gesundheitsforschung“, mit dem das BMBF die Erforschung und Bekämpfung der wichtigsten Volkskrankheiten neu ausrichten will. Die Zentren sollen als langfristig angelegte, gleichberechtigte Partnerschaften von außeruniversitären Forschungseinrichtungen und Universitäten mit Universitätsklinika vorhandene Kompetenzen bündeln und so einen maßgeblichen Beitrag zur Schließung von Wissenslücken und zur Verbesserung von Prävention, Diagnose und Therapie leisten. Forschungspolitisches Ziel ist die an Indikationen und dem Bedarf der Patienten orientierte enge Zusammenarbeit der Grundlagenforschung aller Partner in der klinischen Forschung. Durch die enge Vernetzung und den damit verbundenen Ausbau vorhandener Forschungsstrukturen soll ein schnellerer Transfer von Forschungsergebnissen in den klinischen Alltag ermöglicht werden (Translation). Im Jahr 2009 wurden bereits das „Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) e.V.“ und das „Deutsche Zentrum für Diabetesforschung (DZD) e.V.“ gegründet. In 2010 werden vier weitere Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung in den Bereichen Infektiologie („Deutsches Zentrum für Infektionsforschung“), Kardiologie („Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung“), Onkologie („Deutsches Konsortium für translationale Krebsforschung“) und Pneumologie („Deutsches Zentrum für Lungenforschung“) initiiert. |³⁰ Die Universitätsmedizin muss dabei einen wesentlichen Partner darstellen, da nur sie über das notwendige Know-how in der klinischen Forschung und den unverzichtbaren Zugang zum Patienten verfügt. Gefordert ist hier insbesondere auch die ambulante Universitätsmedizin, da sich mit der Zunahme chronischer Erkrankungen wie etwa Diabetes vor allem der ambulante Betreuungs- und Behandlungsbedarf erhöht.

|³⁰ Die Bekanntmachungen zur Errichtung dieser vier Zentren sind im Bundesanzeiger Nr. 73 vom 18.05.2010 erschienen. Berechtigt zur Teilnahme am Wettbewerb als Partner in den Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung sind staatliche und nicht-staatliche Universitäten mit Universitätsklinika, außeruniversitäre Forschungseinrichtungen sowie mit diesen verbundene Dritte. Die Partner können sich einzeln oder als regionaler Verbund bewerben. Die bundesseitige Finanzierung erfolgt über eine Aufstockung der institutionellen Förderung eines Zentrums der Helmholtz Gemeinschaft im Rahmen der Programmorientierten Förderung.

Neue diagnostische und therapeutische Methoden – sowohl konservativ als operativ – müssen vor der Einführung in den klinischen Alltag erprobt werden. Langzeitbeobachtungen nehmen dabei entscheidend an Bedeutung zu. Voraussetzung hierfür ist, dass hochschulmedizinische Ambulanzen in verstärktem Maß effiziente Partner für klinische Studien werden. Dazu gehört auch, dass sie die Erfassung von Patienten unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen in ihren wissenschaftlichen Schwerpunkten auch prospektiv betreiben, um im Falle der Anfrage für klinische Studien unmittelbar die Verfügbarkeit bestimmter Patientengruppen (anhand von Ein- und Ausschlusskriterien) aufzeigen zu können. Dies bedingt eine Erweiterung der derzeit primär auf Leistungsabrechnung ausgelegten Datenverarbeitungssysteme der Klinika, die meistens keine studiengeeignete, prospektive Erfassung potenzieller Studienteilnehmer beinhalten, wie die Umfrage des Wissenschaftsrates zeigt.

Die Begehungen von Universitätsklinika und Medizinischen Fakultäten durch den Wissenschaftsrat haben in den vergangenen Jahren immer wieder gezeigt, dass die Fakultäten sehr hohe Beträge für den Betrieb der Hochschulambulanzen aufwenden. Dennoch ist der wissenschaftliche Output häufig als begrenzt anzusehen. Ziel muss es deshalb sein, für die eingesetzten Ressourcen mehr und bessere Forschungsergebnisse zu erzielen. Nachteilig auf die Forschungsleistungen wirkt sich auch aus, wenn Krankenversorgungs- und Forschungsschwerpunkte nicht komplementär entwickelt sind.

Empfehlungen

Für die grundlagenorientierte klinische Forschung ist die Sicherstellung der Materialgewinnung einschließlich der notwendigen klinischen Daten der Patienten (Phänotypisierung) von entscheidender Bedeutung. Dies stellt hohe Anforderungen an die Leitung und Organisation der Ambulanzportale und Spezialambulanzen. Probenmaterial ist unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen systematisch zu akquirieren und die entsprechenden Bio- und Datenbanken sind zu etablieren oder, wo bereits vorhanden, ist deren Vernetzung mit den hochschulmedizinischen Ambulanzen zu optimieren. Für die Bio- und Datenbanken bedarf es einer institutionalisierten Finanzierung, um die aufgebauten Strukturen nachhaltig zu sichern. |³¹

Standortübergreifenden Forschungsk Kooperationen kommt dabei eine immer stärkere Bedeutung zu. Die einzelnen universitätsmedizinischen Standorte sollten sich mit ihrer jeweiligen Forschungsexpertise in Expertennetzwerken zu-

|³¹ Zur besseren nationalen und internationalen Vernetzung vorhandener lokaler Biomaterialbanken im universitären und außeruniversitären Bereich als Infrastruktur für eine anspruchsvolle klinische Forschung hat das BMBF eine gesonderte Fördermaßnahme aufgelegt. Siehe Bundesanzeiger Nr. 81 vom 02.06.2010.

sammenschließen. Dies gilt nicht nur aber insbesondere für die grundlagenorientierte klinische Forschung im Bereich der seltenen Erkrankungen, die interdisziplinär und häufig über lange Zeit behandelt werden müssen. Der Wissenschaftsrat spricht sich in diesem Zusammenhang für eine regional übergreifende Abstimmung der Forschungsschwerpunkte in der Universitätsmedizin aus. In diese Abstimmung sind die hochschulmedizinischen Ambulanzen einzubeziehen.

Über eine konsequente Schwerpunktbildung wird sich die Universitätsmedizin als unverzichtbarer Partner für die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung etablieren können. Die Schwerpunktbildung ermöglicht nicht nur die notwendige Bündelung von Ressourcen, sondern auch ausreichend große Patientengruppen an den Universitätsklinik in den jeweiligen Forschungsgebieten. Hierauf ist nicht zuletzt auch die Organisation der hochschulmedizinischen Ambulanzen auszurichten. Aus Sicht des Wissenschaftsrates ist für einen Erfolg der Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung eine enge partnerschaftliche Kooperation zwischen der Helmholtz Gemeinschaft und der Universitätsmedizin erforderlich. Innerhalb dieser Kooperationen muss die ambulante und stationäre Versorgung unter der Verantwortung der Universitätsmedizin erfolgen.

Die Einbindung der hochschulmedizinischen Ambulanzen in die patientenorientierte klinische Forschung ist zu intensivieren. Der Einsatz neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie der zulassungsüberschreitende Einsatz von Arzneimitteln („Off-Label-Use“) sollte in den hochschulmedizinischen Ambulanzen nach Möglichkeit immer im Rahmen von klinischen Studien erfolgen, um den wissenschaftlichen Erkenntnisstand zum therapeutischen Nutzen der Methoden zu erhöhen.

Um vermehrt klinische Studien durchführen zu können, bedarf es einer entsprechenden Organisation, bei der Patienten gezielt über die Ambulanzportale in Spezialambulanzen transferiert werden. Die Steuerung der Patientenströme ist so auch im Hinblick auf Forschung und Lehre zu optimieren. Die Spezialambulanzen, aber auch die Ambulanzportale, müssen für die Erfordernisse klinischer Studien ausgestattet und konsequent mit Klinischen Studienzentren (Clinical Trial Centers, CTC) vernetzt werden, um eine effiziente und qualitätsgesicherte Durchführung der klinischen Studien zu gewährleisten. Langzeitstudien kommt dabei eine steigende Bedeutung zu. Patientenkollektive der hochschulmedizinischen Ambulanzen sollten nach Möglichkeit in Zusammenarbeit mit Niedergelassenen und anderen Kliniken für patientenorientierte klinische Forschung genutzt werden können. Die externen Partner sind hierfür über Netzwerkstrukturen an die Ambulanzen zu binden.

Für die prospektive und studiengerechte Patientenrekrutierung bedarf es einer Optimierung der Datenerfassung. Entsprechende Instrumente, über die erfor-

derliche Parameter der Patienten dokumentiert werden können, sind zu entwickeln. Die notwendigen Schnittstellen zu Biobanken sind zu berücksichtigen.

Eine verbesserte Translation setzt eine Teambildung zwischen „Klinikern“ und „Forschern“ in den hochschulmedizinischen Ambulanzen voraus. Diese gilt es zu stärken. Erforderlich hierfür ist, die Attraktivität der Ambulanzen für Wissenschaftler zu erhöhen. Sie müssen Chancen für eine wissenschaftliche Karriere bieten. Hierzu gehört neben der Freistellung von Ärzten von der Krankenversorgung für Forschung in den Ambulanzen die Etablierung karrierefördernder Leitungsmodelle für forschungsorientierte Ambulanzen und die Einführung flacher Führungsstrukturen. Der Wissenschaftsrat verweist in diesem Zusammenhang auch auf die Möglichkeit einer Tandemführung innerhalb einer Organisationseinheit, die er im Zuge seiner Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin beschrieben hat. In diesem Modell übernehmen ein Kliniker oder eine Klinikerin (mit Forschungserfahrung) und ein Wissenschaftler oder eine Wissenschaftlerin (mit klinischer Erfahrung) die kollegiale Leitung von Einrichtungen, die sich der grundlagenorientierten, krankheitsorientierten und patientenorientierten klinischen Forschung widmen. |³²

Generell gilt es, die Einbindung der hochschulmedizinischen Ambulanzen in die Forschungsschwerpunkte der Fakultät zu verbessern und entsprechende Ressourcen bereitzustellen, damit die Standorte an nationalen und internationalen Expertennetzwerken im Ambulanzbereich teilhaben können. Hierzu zählt auch ein größeres Engagement im Bereich der Versorgungsforschung.

Dies setzt eine adäquate Finanzierung der Forschungsaufwendungen und eine Einbindung in die Leistungsorientierte Mittelvergabe (LOM) voraus. Die Medizinischen Fakultäten sollten dabei zur Vermeidung von Fehlsteuerungen die wissenschaftliche Produktivität der einzelnen hochschulmedizinischen Ambulanzen regelmäßig z.B. durch Forschungsevaluationen überprüfen. Der Einsatz von Fakultätsmitteln ist auf Dauer nur gerechtfertigt, wenn nachweisbare Forschungsleistungen erbracht werden. Ein einfaches Kriterium kann dabei der Anteil der Behandlungsfälle sein, die in den Ambulanzen in qualitativ hochwertige klinische Studien oder Untersuchungen mit grundlagenwissenschaftlichem Bezug eingeschlossen sind. Eine sachgerechte und transparente Abgrenzung der Aufwendungen für Forschung, Lehre und Krankenversorgung ist die notwendige Grundlage.

|³² Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004, S. 76. Siehe auch: Deutsche Forschungsgemeinschaft: Empfehlungen der Senatskommission für Klinische Forschung. Strukturierung der wissenschaftlichen Ausbildung für Medizinerinnen und Mediziner, Bonn 2010.

Analyse

Die Einbindung der hochschulmedizinischen Ambulanzen in die Lehre ist bisher noch sehr begrenzt und unterscheidet sich zudem stark fach- und standortspezifisch. In den Ambulanzen prägt vielfach die Krankenversorgung die Strukturen und Abläufe vor Ort. Die Organisation der Lehre spiegelt in keiner Weise wider, dass bis zu einem Drittel der Aufnahmekapazität im klinischen Studienabschnitt durch Poliklinische Neuzugänge definiert sein kann. Es ist zu erwarten, dass sich künftig die Bedeutung der Ambulanzen in der studentischen Ausbildung deutlich erhöht, um ein für die Praxis adäquates Spektrum an konkreten Diagnose- und Therapiekonzepten vermitteln zu können. Der ambulante Patient kann dabei auf drei Arten mit abnehmender Intensität in die Lehre einbezogen werden: Unmittelbar im Zuge des Unterrichts am Patienten, bei der Falldemonstration oder lediglich im Rahmen der Krankenversorgung bei der Begleitung des behandelnden Arztes durch Studierende.

Bei zunehmender Verweildauerverkürzung und Verdichtung des Krankenhausaufenthalts auf die tatsächliche akutstationäre Phase stehen weniger für die Lehre geeignete Patienten im Bereich der stationären Versorgung zur Verfügung. Zwar ergibt sich durch die verkürzte Verweildauer in der Regel eine erhöhte Fallzahl, die stationären Patienten sind aber aufgrund der Leistungsverdichtung weniger belastbar und damit für manche studentische Ausbildung weniger einsetzbar. Zudem wird das gesamte Spektrum der Krankheitsbilder einschließlich einfacher Fälle benötigt, das sich allein stationär nicht mehr abbilden lässt. Die entsprechenden Lehrleistungen müssen daher den Patienten in den ambulanten Bereich folgen.

Steht in der studentischen Ausbildung zunächst die Diagnostik und Therapie der häufigen Erkrankungen im Vordergrund, sind für eine Stärkung der Wissenschaftlichkeit in der Lehre vermehrt pathogenetisch beispielhafte Erkrankungen von Interesse. Diese eher seltenen Erkrankungen, die einer kontinuierlichen ambulanten Betreuung bedürfen, können für die Heranführung an wissenschaftliches Arbeiten und klinische Studien in besonderer Weise genutzt werden.

Für die Ausbildung in der Allgemeinmedizin (Blockpraktikum und Praktischen Jahr) ist die Kooperation mit Lehrpraxen ein zunehmend an Bedeutung gewinnendes Instrument. Über die Allgemeinmedizin hinaus bieten die Lehrpraxen Anknüpfungsmöglichkeiten für weitere Kooperationen auch in der Forschung.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt den Medizinischen Fakultäten, die Einbindung ambulanter Patienten in die Lehre zu intensivieren und bedarfsorientiert umzusetzen. Dies gilt für das Curriculum in beiden Studienabschnitten einschließlich des Praktischen Jahrs (PJ). Hierfür wird es erforderlich sein, den Ambulanzbetrieb und die Unterrichtsformen aneinander und damit an die Erfordernisse der ambulanten Lehre anzupassen. Es könnten in beiden Studienabschnitten Lehrpfade für Studierende für die verschiedenen ambulanten Bereiche entwickelt werden, um die hier erwerbbareren Kenntnisse und Kompetenzen strukturierter und reproduzierbar zu vermitteln. Beauftragte für die Lehre in den Ambulanzen könnten durch stringente Organisation vor Ort die notwendigen räumlichen, zeitlichen und personellen Voraussetzungen für qualitativ hochwertige Lehre schaffen.

Bereits im ersten Studienabschnitt sollten interdisziplinäre Veranstaltungen von Theoretikern zusammen mit Klinikern unter Nutzung von Patientenvorstellungen angeboten werden. Der frühzeitige Patientenbezug ist geeignet, die Motivation der Studierenden für eine Auseinandersetzung mit den Grundlagenfächern und die Erarbeitung vorklinischer Lernziele zu heben. Ambulante Patienten sind für den Unterricht in der Regel besonders geeignet, da sie mobil sind, ihr Einsatz planbar ist, und sie insbesondere bei chronischen Erkrankungen für die Mitwirkung in der Lehre motivierbar sind.

Im zweiten Studienabschnitt besteht die Möglichkeit, die in der ÄApprO vorgeordnete patientenorientierte Lehre im Umfang von mindestens 476 (Zeit-)Stunden verstärkt in den ambulanten Bereichen durchzuführen. So kann eine gezielte, themenbezogene Einbindung der Studierenden in zukünftig wichtige Abläufe der Krankenversorgung vorgenommen werden. Durch direkten Patientenkontakt kann die zeitlich komprimierte Sprechstundensituation eingeübt werden.

Zu den insbesondere in den hochschulmedizinischen Ambulanzen zu vermittelnden Kenntnissen gehören weiterhin:

- _ die Grundlagen für die Entwicklung von Behandlungspfaden in der ambulanten Medizin auf der Basis gesicherten Wissens – einschließlich der Kenntnis eines sektorübergreifenden Schnittstellenmanagements,
- _ die Mechanismen einer effektiven Kontrolle der Ergebnisqualität des therapeutischen Handelns in der ambulanten Medizin,
- _ das Design und die praktische Durchführung von klinischen Studien im ambulanten Bereich in Zusammenarbeit mit den Klinischen Studienzentren (CTC) und Niedergelassenen als kompetenten Partnern.

Im Rahmen der Ausbildung sollte die gesamte ambulante Versorgungskette von der Prävention bis zur Rehabilitation abgebildet werden. Auch im PJ muss die ambulante Medizin in allen Tertialen unter Berücksichtigung allgemeinmedizinischer Inhalte ausreichend Berücksichtigung finden. Dies setzt häufig die Etablierung von Kooperationen mit externen Einrichtungen voraus. Die bereits etablierten Lehrpraxen im Fach Allgemeinmedizin können dazu beitragen. Um diese sehr sinnvollen Kooperationen in einem angemessenen Umfang im bestehenden Curriculum noch weiter ausbauen zu können, ist es in der Regel erforderlich, dass den Praxisinhabern eine adäquate Aufwandsentschädigung gezahlt wird.

Der Studiengang Humanmedizin unterliegt strengen Zulassungsbeschränkungen. Die Zulassungszahl im klinischen Studienabschnitt wird durch die Anzahl der tagesbelegten Betten und durch die Anzahl der Poliklinischen Neuzugänge eines Universitätsklinikums bestimmt (siehe Kapitel A.III, Fußnote **Fehler! Textmarke nicht definiert.**). Die patientenbezogene jährliche Aufnahmekapazität entsprechend der studentischen Nachfrage zu erweitern, ist wegen der hohen Kosten insbesondere für den stationären Bereich der Universitätsklinik nicht finanzierbar. Daher ist es umso wichtiger, nicht zuletzt aus verfassungsrechtlichen Gründen, neben den stationären Ressourcen auch das ambulante Potenzial optimal zu nutzen. Die Medizinischen Fakultäten sind gefordert, die ambulanten Fallzahlen in diesem Sinne auszuschöpfen. Daher muss den Fakultäten auf Basis der gültigen KapVO mindestens die Fallzahl zugestanden werden, die es ermöglicht, die anhand der tagesbelegten Betten errechnete patientenbezogene jährliche Aufnahmekapazität um bis zu 50 % zu erhöhen. Diese Zahl ambulanter Patienten ist auch die Mindestzahl dessen, was § 117 SGB V als für die Lehre erforderlich beschreibt. Auf deren Zulassung haben die Universitätsklinik einen Rechtsanspruch, der die adäquate Vergütung für diese Patienten einschließt.

Bei einer Fortschreibung des Kapazitätsrechts ist zu prüfen, ob und inwieweit ambulante Patienten langfristig für eine Erweiterung der patientenbezogenen jährlichen Aufnahmekapazität herangezogen werden können. Von einer Veränderung der Gewichtung vom stationären zum ambulanten Bereich in der Ausbildung der Medizinstudierenden ist eine generelle Erhöhung der absoluten patientenbezogenen jährlichen Aufnahmekapazität nicht abzuleiten. Es ist jedoch zu überprüfen, ob die ihr in der KapVO zugrunde liegenden Berechnungsparameter den veränderten Erfordernissen in der Lehre angepasst werden müssen.

Die ambulanten Bereiche der Universitätsmedizin leisten einen erheblichen Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung, der über das für Forschung und Lehre erforderliche Maß hinausgeht. Dies betrifft nicht nur die Diagnostik bei komplexen Krankheitsbildern oder die Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen, sondern in unterschiedlichem Ausmaß auch die Regel- und Notfallversorgung. Die einzelnen universitätsmedizinischen Standorte unterscheiden sich dabei in ihrem durch ihr unterschiedliches Umfeld geprägten Versorgungsauftrag deutlich. Zu berücksichtigen sind dabei die unterschiedlichen Ausgangssituationen der Universitätsklinik hinsichtlich ihrer Lage in Ballungsgebieten oder eher ländlichen Regionen sowie ihre besondere Expertise auf Basis der vor Ort etablierten Forschungsschwerpunkte.

IV.1 Teilnahme an der Regelversorgung

Analyse

Die hochschulmedizinischen Ambulanzen ergänzen die dem vertragsärztlichen Bereich zugewiesene Sicherstellung der ambulanten Versorgung, was aus dem Überweisungsverhalten der Vertragsärzte an die Hochschulambulanzen hervorgeht. Sie sind häufig Anlaufstation und Letztinstanz für komplexe, schwere und seltene Fälle, die von den Vertragsärzten nicht abschließend diagnostiziert und optimal behandelt werden können oder die für diese zu kosten- oder zeitintensiv sind. Entscheidend für den Patienten sind hierbei nicht nur die diagnostischen Möglichkeiten, die die Universitätsklinik von der genetischen Untersuchung bis zur Bildgebung bieten, sondern auch die Expertise des Spezialisten zur Differentialdiagnostik komplexer Krankheitsbilder. Nur so können etwa seltene Erkrankungen zeitnah diagnostiziert werden. |³³ Eine besondere Vergütung ist für die Universitätsklinik hiermit nicht verbunden. Die Befriedigung einer intensiven Nachfrage nach speziellen Krankenversorgungsleistungen durch niedergelassene Ärzte gleichen Faches kann bei den bestehenden Hochschulambulanzpauschalen so oft nicht kostendeckend erfolgen.

Die Ambulanzen erfüllen darüber hinaus eine Funktion bei der Indikationsstellung zur Einweisung von Patienten in die stationäre Versorgung. Zu den Aufgaben, die die Ambulanzen hier erfüllen, zählt auch die nachstationäre Sicherung des Behandlungserfolgs. Mit Blick auf den erklärten politischen Willen „ambu-

|³³ Studie zur Versorgungssituation von Menschen mit seltenen Erkrankungen in Deutschland siehe Fußnote 14. S. 87-96.

lant vor stationär“ wird diese Rolle in der Krankenversorgung künftig stärker gefragt sein. Die Universitätsklinika sind zudem fast ausnahmslos in die ambulante Notfallversorgung vor Ort eingebunden.

Generell haben die Universitätsklinika an den Standorten, an denen der Zugang zu den zugelassenen Hochschulambulanzen von der „Überweisung“ eines Vertragsarztes in Form eines besonderen Berechtigungsscheins abhängt, keine ausreichenden Steuerungsmöglichkeiten hinsichtlich der Zuweisung der Patienten in Auswahl und Anzahl. So verbleiben aus Sicht der Universitätsklinika häufig auch in kleineren Fächern für Forschung und Lehre relevante Fälle im vertragsärztlichen Bereich und gelangen nicht in die hochschulmedizinischen Ambulanzen. Es ist zu konstatieren, dass die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aufgrund der in manchen Bereichen durchaus bestehenden Konkurrenzsituationen und mangelnder Kommunikation nicht selten ein Problemfeld ist (Schnittstellenproblematik).

Die besondere Rolle der hochschulmedizinischen Ambulanzen für die Sicherstellung der Krankenversorgung wird auch von den Krankenkassen und KVen nicht in dem Maße anerkannt, wie es ihren Leistungen entspricht. Dies liegt zum einen an der Universitätsmedizin, die es nicht geschafft hat, ihr Aufgaben- und Leistungsspektrum genügend transparent zu machen. So ist die ambulante Leistungsdokumentation an vielen Standorten nicht hinreichend entwickelt und die Kostenstruktur der ambulanten Bereiche in der Krankenversorgung häufig nicht bekannt. Zum anderen begegnen die Selbstverwaltungspartner der Universitätsmedizin mit einer gewissen Gleichgültigkeit, wenn sie ihre ambulante Leistungserbringung in den im Vergleich zu Vertragsärzten nur wenigen hochschulmedizinischen Ambulanzen als zu „vernachlässigende Episode“ im Versorgungsgeschehen klassifizieren.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Universitätsmedizin innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung im GKV-System nur sehr indirekt über die Mitgliedschaft des Verbands der Universitätsklinika (VUD) in der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) repräsentiert ist (vgl. Kapitel A.II in Anhang 2). Es fehlen eine spezielle und gezielte Vertretung sowie die damit verbundenen Möglichkeiten zur Durchsetzung der Interessen der ambulanten Universitätsmedizin im Gesundheitssystem.

Empfehlungen

Der Universitätsmedizin muss zur Erfüllung ihrer Aufgaben ein adäquat ausgestalteter Zugang zur ambulanten Versorgung ermöglicht werden. Der Wissenschaftsrat hält es in diesem Zusammenhang für unabdingbar, dass ein direkter Zugang der Patienten zu den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V geschaffen wird – so wie es in einigen Ländern bereits der Fall ist. Die Erfahrungen an Standorten mit einer direkten Zugangsmöglichkeit für Patienten zeigen,

dass auch aus Gründen der Sicherung der Versorgungsqualität generell ein direkter Zugang der Universitätsklinik zur ambulanten Versorgung bestehen sollte. Die therapeutischen, aber vor allem die diagnostischen Kompetenzen der Universitätsklinik können Unter- und Fehlversorgung vermeiden helfen. Dies soll jedoch keinen Freibrief zur uneingeschränkten ambulanten Behandlung begründen. Die Universitätsmedizin soll sich auf das versorgungsnotwendige und für Forschung und Lehre erforderliche Maß beschränken (siehe Kapitel B.VII).

Um ihren Versorgungsaufgaben nachgehen aber auch den Anforderungen in Forschung und Lehre gerecht werden zu können, müssen die an den Universitätsklinik vorherrschenden kleinteiligen Ambulanzen zugunsten interdisziplinärer Einheiten entlang universitätsmedizinischer Zentren patientenzentriert neu strukturiert werden (siehe Kapitel B.I).

Insgesamt ist es erforderlich, die Kommunikationsstrukturen und hier insbesondere auch mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu verbessern. Ein geeignetes Schnittstellenmanagement ist zu etablieren. Netzwerke mit Niedergelassenen sind anzustreben. Hierfür bedarf es institutionalisierter, regelmäßiger Kontakte zu den niedergelassenen Fachvertretern über die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der ambulanten Versorgung der gemeinsamen Patienten.

Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sind für die Erfüllung der Aufgaben in Forschung und Lehre zwingend erforderlich. Sie können durch MVZ in Trägerschaft der Universitätsklinik oder ähnliche Strukturen, die Kassensitze beinhalten, nicht ersetzt werden. Dort wo MVZ für eine Teilhabe an der vertragsärztlichen Versorgung eingerichtet werden, ist sicherzustellen, dass – unbeschadet der wirtschaftlichen Interessen des Universitätsklinikums – eine Einbindung der Patienten und die Nutzung von Patientenproben und -daten in Forschung und Lehre möglich ist. Sollen Forschungs- und Lehraufgaben übernommen werden, sind diese mit den Medizinischen Fakultäten vertraglich zu vereinbaren.

Eine transparente Leistungserfassung ist in den Ambulanzen zu etablieren. Mittels Budgetierung und Kostenrechnung hat eine Abgrenzung der Aufwendungen für Forschung und Lehre von denen der Versorgungsaufgaben zu erfolgen. Mittels einer genaueren Leistungsdokumentation wird es auch einfacher möglich sein, die Kostenträger vom notwendigen Umfang und der Qualität der erbrachten Leistungen zu überzeugen und die Vergütung leistungsgerechter zu gestalten (siehe Kapitel B.VIII).

Der Wissenschaftsrat erachtet die bisherige Interessenvertretung der Universitätsmedizin in den Gremien der Selbstverwaltung (z.B. Zulassungs- und Bewertungsausschüsse) gemäß ihrer Bedeutung für die Sicherstellung der Versorgung

und ihrer Aufgaben in Forschung und Lehre für nicht hinreichend. Er fordert daher den Gesetzgeber auf zu prüfen, wie eine angemessene Gesamtvertretung der Interessen der Universitätsmedizin in Forschung, Lehre und Krankenversorgung im Rahmen der Selbstverwaltung ausgestaltet werden kann.

IV.2 Betreuung spezieller Patientengruppen

Analyse

Die hochschulmedizinischen Ambulanzen nehmen eine besondere Rolle in der Versorgung von Patienten mit komplexen und seltenen Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonders schweren Verläufen wahr. Die neu geschaffenen ambulanten Versorgungsformen werden diesen Anforderungen nur bedingt gerecht. So erfolgte und erfolgt die Umsetzung der Zulassungen nach § 116b SGB V in vielen Ländern nur zögerlich, und auch die Umsetzung wird durch administrative Hürden erschwert. |³⁴

Wie die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebene Studie zur Versorgungssituation von Menschen mit seltenen Erkrankungen in Deutschland zeigt, sind hier die Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V von besonderer Bedeutung. |³⁵ Die Empfehlungen des Rates der EU für eine Maßnahme im Bereich seltener Krankheiten weist den Weg zu Referenzzentren und -netzen auf diesem Versorgungsgebiet. |³⁶ Zu konstatieren ist, dass seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, siehe Kapitel A.II in Anhang 2) Initiativen zur Einrichtung und Vergütung der besonderen Leistungen in Experten-netzwerken bisher nur unzulänglich unterstützt wurden.

Eine besondere Aufgabe der hochschulmedizinischen Ambulanzen liegt im Zuge der patientenorientierten klinischen Forschung in der klinischen Anwendung/Erprobung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren. Aus der krankheitsorientierten klinischen Forschung heraus besteht hoher Bedarf zur Interaktion mit Klinikern in den hochschulmedizinischen Ambulanzen zur Verifizierung von Modellsystemen am Menschen.

|³⁴ In der Europäischen Union gilt eine Erkrankung als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen in der EU von ihr betroffen sind. Demnach sind etwa 7.000 bis 8.000 Erkrankungen als selten einzustufen. Die im Katalog gemäß § 116b Abs. 3 SGB V aufgeführten 15 seltenen Erkrankungen (bzw. deren Gruppen) bilden demnach nur einen geringen Teil der als selten einzustufenden Erkrankungen ab, von denen etwa 4 Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind.

|³⁵ Eidt, D.; Frank, M.; Reimann, R. et al.: Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Seltene Erkrankungen in Deutschland. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Hannover 2009.

|³⁶ Siehe Fußnote 15.

Für seltene Erkrankungen sollten an den Universitätsklinika Anlaufstellen definiert und in Spezialambulanzen, Fach- bzw. Referenzzentren und regional übergreifende Expertennetze, gegliedert werden. Eine überregionale Koordination von Spezialambulanzen/Studiennetzwerken erscheint unverzichtbar. Den hochschulmedizinischen Ambulanzen kommt hierbei die zentrale Rolle zu. Als Referenzzentren kommen nur solche in Frage, die eine besondere Expertise in der Erforschung und Behandlung der jeweiligen seltenen Erkrankung nachweisen können.

Die Netzwerke sollten die jeweiligen Experten, die über langjährige Expertise, spezielle diagnostische Möglichkeiten und regelmäßige Patientenströme zu definierten seltenen Erkrankungen verfügen, in gesteuerten überregionalen und länderübergreifenden Organisationsformen verknüpfen. Der häufig syndromale Charakter der seltenen Erkrankungen muss sich im Aufbau der Expertennetze widerspiegeln, wobei zur Begrenzung der Anzahl der Expertennetze eine sinnvolle Gruppierung der somatischen Ausprägungen zu treffen ist. Der Wissenschaftsrat begrüßt in diesem Zusammenhang die auf Initiative des BMG erfolgte Gründung des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE). Er fordert die Universitätsmedizin nachdrücklich auf, sich an diesem Aktionsbündnis aktiv zu beteiligen, da sie aufgrund der Komplexität des Themas und der Nähe zur Forschung der einzig ausgewiesene Akteur in Forschung, Lehre und Krankenversorgung auf diesem Gebiet ist.

Um den Aufbau von Expertennetzen zu ermöglichen, bedarf es einer entsprechenden Ausgestaltung der Möglichkeiten des § 116b SGB V und entsprechender Finanzierungswege. Der Katalog von seltenen Erkrankungen nach § 116b Abs. 3 SGB V sollte sukzessive ergänzt werden. Für die Universitätsmedizin sollte unabhängig hiervon ein für alle Patienten bestehender direkter Zugang zur ambulanten Versorgung über § 117b SGB V hergestellt werden. Eine Erweiterung der Möglichkeiten der Hochschulambulanzen sollte auch die bisher unzureichende Berücksichtigung im Zuge des § 116b SGB V umfassen (siehe Kapitel B.VII).

B.V POTENZIAL IN DER WEITERBILDUNG NUTZEN

Analyse

Ärztliche Weiterbildung ist ständige Aufgabe der hochschulmedizinischen Ambulanzen. Vor allem in den Gebieten der kleineren Fächer können Kenntnisse zu bestimmten Krankheitsgruppen, die beim einzelnen Niedergelassenen nur selten vorkommen und nicht zum stationären Repertoire gehören, häufig nur in hochschulmedizinischen Ambulanzen vermittelt werden. Nicht zuletzt auf-

grund dieses Alleinstellungsmerkmals verfügen die meisten der Universitätsklinien mit ihren Fachvertretern über die volle Weiterbildungsbefugnis.

Neben der Vermittlung der jeweiligen Fachspezifika (Kenntnisse bezüglich spezieller Methoden und seltener Erkrankungen) sind die hochschulmedizinischen Ambulanzen prädestiniert für den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Differentialdiagnostik, der ambulanten Notfallmedizin und der Durchführung ambulanter klinischer Studien. Zudem bieten sie die wesentliche Möglichkeit einer Nachverfolgung der stationären Behandlung zur Überprüfung der Ergebnisqualität.

Aus dieser herausgehobenen Position ergibt sich aber auch die besondere Verantwortung der ambulanten Universitätsmedizin für die Gestaltung der ärztlichen Weiterbildung. Da gleichzeitig die Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses ständige Aufgabe der hochschulmedizinischen Ambulanzen ist, sind sie elementarer Bestandteil der Erneuerungsfähigkeit der wissenschaftlichen Medizin insgesamt.

Die Verlagerung ehemals stationärer Versorgungsleistungen in den ambulanten Bereich lässt einen Bedeutungszuwachs der hochschulmedizinischen Ambulanzen auch in der ärztlichen Weiterbildung erwarten.

Empfehlungen

Die Universitätsmedizin sollte die Chance ergreifen, innerhalb von Weiterbildungscurricula die Möglichkeiten der hochschulmedizinischen Ambulanzen stärker zu nutzen. Diese liegen insbesondere in einer verstärkten Nutzung interdisziplinärer Ambulanzen, in denen Möglichkeiten geschaffen werden können, Weiterbildungsinhalte auch aus angrenzenden Fachgebieten zusammenhängend zu erwerben. Mit der Entwicklung von Pfaden für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung unter Einschluss der Vielfalt ihrer Spezialambulanzen könnten die Universitätsklinien an Attraktivität als Arbeitgeber für Assistenzärzte gewinnen.

In konsequenter Weiterverfolgung der bereits im Studium insbesondere in den hochschulmedizinischen Ambulanzen zu vermittelnden Kenntnisse gehören hierzu in der Weiterbildung der Erwerb von Kompetenzen in der Diagnostik und Therapie seltener Erkrankungen und in der Bewertung klinischer Studien.

Insbesondere die Ambulanzportale mit idealerweise etablierten Netzwerken zu Niedergelassenen und der Möglichkeit, nachgelagerte Spezialambulanzen einzubeziehen, sollten ein geeigneter Ort sein, spezifische Weiterbildungsangebote auch für die Allgemeinmedizin zu entwickeln und anzubieten. Die Netzwerke mit Niedergelassenen sollten die Universitätsklinien auch zur Erweiterung ihres Weiterbildungsangebotes in den Bereichen nutzen, in denen die fachärztliche

Versorgung heute vorrangig von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erfolgt (z.B. Endokrinologie inkl. Diabetologie, Rheumatologie oder Pränatalmedizin).

Der Wissenschaftsrat empfiehlt den Ärztekammern zu prüfen, ob der Verlagerung ehemals stationärer Versorgungsleistungen in den ambulanten Bereich im Zuge der Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnungen durch eine stärkere Anerkennung von Weiterbildungszeiten im ambulanten Bereich Rechnung getragen werden sollte. Ferner sollte eine adäquate Anerkennung von insbesondere in Forschungsambulanzen erbrachten Forschungszeiten im Rahmen der Weiterbildung erfolgen.

Für die Weiterbildung sollte eine adäquate Finanzierung existieren. Der Gesetzgeber sollte prüfen, wie sich die Finanzierung der Weiterbildung transparenter abbilden lässt und Mittel gezielt und leistungsbezogen bei den Einrichtungen ankommen, die Facharztweiterbildung betreiben. Hierbei ist der Umfang der in ambulanten Bereichen der Krankenhäuser und insbesondere den hochschulmedizinischen Ambulanzen erbrachten Weiterbildungsleistungen zu berücksichtigen.

Es ist sicherzustellen, dass den Hochschullehrern durch entsprechende ambulante Fallzahlen für ihr Fachgebiet die volle Weiterbildungsbefugnis ohne inhaltliche und zeitliche Begrenzung ermöglicht wird.

B.VI BESONDERE ROLLE IN DER ZAHNMEDIZIN WEITERENTWICKELN

Analyse

Die starke Einbindung der ambulanten Patienten in die Lehre reflektiert den ambulanten Versorgungscharakter der Zahnmedizin. Im Gegensatz zur Humanmedizin beinhaltet die Lehre in der Zahnmedizin auch die selbstständige Behandlung von Patienten durch die Studierenden. Daher ist die Anzahl der für die studentische Ausbildung geeigneten Patienten ein wichtiges Qualitätskriterium für die praktisch-klinische Ausbildung der Studierenden, wenn nicht vollständig auf oft nicht befriedigende Phantomübungen ausgewichen werden soll. Da aber nur eine kleine Gruppe der ambulanten Patienten – je nach Fach etwa jeder Fünfte oder Zehnte – für die studentische Behandlung geeignet ist, ist eine insgesamt große Zahl an ambulanten Patienten an den einzelnen Hochschulstandorten erforderlich. Im Kern bestimmt daher die Anzahl ambulanter Patienten eher die klinische Ausbildungskapazität eines Standortes als die vorhandene Anzahl der Behandlungsstühle oder des Personals.

Eine häufig hohe Versorgungsdichte durch eine große Zahl von Vertragszahnärzten in der Umgebung von Zahnkliniken reduziert aber die Patienten mit einfachen, für die studentische Behandlung geeigneten Befunden. Gerade diese Pa-

tienten sind auch für die Vertragszahnärzte durch den überwiegend geringeren Behandlungsaufwand bzw. Schwierigkeitsgrad in einer undifferenzierten BE-MA-Finanzierungssystematik finanziell lukrativ. Zudem besteht eine hohe Hauszahnarztbindung, so dass die Patientenrekrutierung neben den direkt die hochschulmedizinische Ambulanz aufsuchenden Patienten häufig über die Notfallbehandlung oder aus der Gruppe der überwiesenen Patienten erfolgen muss.

Die Behandlung in den hochschulmedizinischen Ambulanzen ist für die Patienten mit Einschränkungen verbunden. Die wesentliche Einschränkung besteht in einem hohem Zeitbedarf für die Behandlung, der durch die mangelnde Routine der Studierenden, aber auch durch die vielen zur Qualitätssicherung erforderlichen Kontrollen (Testate) durch die betreuenden Assistenten verstärkt wird. Hier kommt der negative Effekt einer durch die veraltete Approbationsordnung für Zahnärzte vorgegebenen ungünstigen Betreuungsrelation noch hinzu. Zusätzlich ergeben sich Probleme im Zuge der Einbindung der studentischen Teilschritte in die Lehre während einer synoptischen, in den Zahnkliniken häufiger interdisziplinär in unterschiedlichen Polikliniken aufgeteilten Langzeitbehandlung. Das heißt, der ausbildende Zahnarzt muss vor- bzw. nachbehandeln, um die Patientenbehandlung durch Studierende als Teilschritt einer Gesamtbehandlung erst möglich zu machen. Dafür müssen Termine in oft unterschiedlichen Polikliniken koordiniert werden. Die Semesterfokussierung der studentischen Behandlung führt darüber hinaus zu Wartezeiten für die Patienten, da diese Terminverschiebungen in die Semesterzeit in Kauf nehmen müssen. Auch die Infrastruktur und das Ambiente der Betreuung im Zuge der studentischen Behandlung in den hochschulmedizinischen Ambulanzen sind den Rahmenbedingungen der meisten Zahnarztpraxen unterlegen.

Mehrkostenregelungen, befundorientierte Festzuschussregelungen und die Verlagerung moderner Therapieformen zu den außervertraglichen Leistungen führen zu steigenden Zuzahlungen der Patienten auch in den Zahnkliniken und damit auch in den studentischen Behandlungskursen. Aufgrund dieser Finanzierung müssen gesetzlich versicherte Patienten für zahlreiche Therapieverfahren auch in der studentischen Behandlung steigende, nicht unerhebliche Eigenbeteiligungen aufbringen, was bei den deutlich längeren Behandlungszeiten im Studentenkurs auf sinkende Akzeptanz stößt. Gerade diese außervertraglichen Leistungen werden darüber hinaus in den Zahnarztpraxen mit dem Ausweis einer zusätzlichen qualifizierenden Fortbildung (Tätigkeitsschwerpunkt, Fortbildungszertifikate, Master- und Spezialistentitel) beworben, so dass die Skepsis gegenüber der Eignung einer studentischen Behandlung bei diesen, dann auch noch im hohen Maße selbst finanzierten Therapieformen wächst. Eigenbeteiligungen der Patienten sind inzwischen auch für die Füllungstherapie, Endodontologie und Parodontologie erforderlich. In der Prothetik, mit einer schon immer bestehenden, aber jetzt deutlich verstärkten Zuzahlungspflicht (Eigenanteil), werden die den Patienten auch schon lange gewährten Rabatte beim zahn-

ärztlichen Honorar zusätzlich immer unattraktiver, da der steigende Laboranteil an den Gesamtkosten – er liegt zum Teil bereits über 70 % – als Durchlaufposten nicht rabattfähig ist. Es entstehen somit insbesondere nach Einführung der Festzuschuss-Regelung zum Teil erhebliche Selbstkostenanteile für die Patienten auch in der studentischen Behandlung.

Aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgegliederte zahnmedizinische Leistungen (z.B. Molaren-Wurzelfüllung, Implantologie) sind zum Teil moderne und wichtige Behandlungsstrategien, die über eine Hochschulambulanzpauschale nicht finanziert werden können, in einer modernen Zahnheilkunde aber gelehrt werden müssen. Konservierende und chirurgische Leistungen (zumeist unterschiedlich pauschaliert mit Fallzahlobergrenzen) sind häufig unterfinanziert, da vielfach eine notwendige komplette Durchsanierung des Gebisses erfolgt. Zu niedrige Obergrenzen bezüglich Fallzahl oder Budget in der Zahnmedizin limitieren in einem Ausmaß die Patientenzahl, dass dadurch Kapazitätsengpässe in der Ausbildung der Studierenden oder Qualitätsverluste in der praktisch-klinischen Lehre möglich werden.

Die in den Weiterbildungsordnungen (z.B. Oralchirurgie) geforderten OP- bzw. Leistungskataloge erfordern ebenfalls eine hohe Anzahl auch weniger komplexer Therapiefälle und stehen damit in direkter Konkurrenz zur studentischen Ausbildung um diese weniger komplexen Patientenfälle, was zu der Gefahr einer Reduktion der studentischen Behandlung auf eine Assistenz bei diesen Patienten führen muss.

Die Patientenrekrutierung für die studentische Ausbildung und die klinische Forschung wurde in den letzten Jahren insgesamt immer schwieriger, da schwierige Fälle und die Ansprüche der Patienten zunahm, bei gleichzeitig steigenden Eigenkostenanteilen und schrumpfenden Möglichkeiten für finanzielle Anreize. Die hochschulmedizinischen Zahnkliniken werden im Bereich der Krankenversorgung durch direkte Zuweisung der niedergelassenen Zahnärzte zunehmend zum Auffangbecken für komplexe Behandlungen und schwierige Patienten (Multimorbidität, Psychosomatik), deren Versorgung durch die pauschalierte Kostenerstattung dramatisch unterfinanziert ist. Die universitären Zahnkliniken werden damit in eine Versorgerrolle gedrängt, die nicht mehr dem für Forschung und Lehre notwendigen Ausmaß entspricht. De facto müssen dadurch eine Vielzahl von meist schwierigen Fällen durch erfahrene Zahnärzte behandelt werden, um für die studentische Ausbildung geeignete Patienten zu gewinnen, bzw. diese hierfür vorzubereiten. Dies ist in den unzureichenden Budgets in keiner Weise abgebildet.

Empfehlungen

Entscheidend für die Erfüllung der primären Aufgaben der Zahnmedizin an den Universitäten in der klinisch-praktischen Studierendenausbildung und der kli-

nischen Forschung wird sein, dass den hochschulmedizinischen Ambulanzen in der Zahnmedizin dauerhaft und ausreichend Patienten des gesamten Fallspektrums einschließlich leichter Fälle zur Verfügung stehen. Um dies zu gewährleisten, sieht der Wissenschaftsrat ein Bündel an Maßnahmen für erforderlich an, die Attraktivität der studentischen Behandlung für Patienten zu erhöhen. Eine konkurrenzfähige personelle und bauliche Infrastruktur an den Hochschulstandorten – die jüngsten Standortbegehungen des Wissenschaftsrates weisen hier auf deutlichen Nachholbedarf im Bereich der Zahnkliniken hin |³⁷ – ist hierfür eine notwendige aber nicht hinreichende Voraussetzung.

Zur Vermeidung des Behandlerwechsels bei unterschiedlichen Therapieschritten sollten integrierte Kurse der beteiligten Fachgebiete angestrebt werden. Kontinuierliche Behandlungsangebote über die Semester Grenzen hinweg und attraktivere Behandlungszeiten etwa in Form von Abendsprechstunden müssen die Attraktivität der Behandlungsangebote für die Patienten erhöhen. Zur Rekrutierung von GKV-Patienten für Lehrbehandlungen wird es zudem erforderlich sein, bei den steigenden Eigenbeteiligungen der Patienten finanzielle Anreize zu setzen. Hierfür sollten etwa durch die gestaffelte Erstattung des Eigenanteils für zuzahlungspflichtige Therapieverfahren aus dem Budget für Forschung und Lehre geeignete und transparente Anreizsysteme entwickelt werden.

Der Wissenschaftsrat sieht in der möglichst raschen Umsetzung einer neuen Approbationsordnung für Zahnärzte eine wichtige Maßnahme zur Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung der Ausbildung im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Die Berücksichtigung der Weiterentwicklung des Fachgebiets zur Prävention, der Entwicklung völlig neuer Behandlungsformen, der Veränderung der Befunde und Erkrankungen sowie die stärkere Integration in die Humanmedizin sind hierbei wesentliche Aspekte. Die Betreuungsrelationen beim Unterricht am Patienten |³⁸ sind denen in der Humanmedizin anzugleichen (von 1:6 auf 1:3 Lehrende zu Studierenden), um die Qualität der Behandlung zu erhöhen. Dies hat auch Auswirkungen auf die KapVO. Eine engere Supervision bewirkt zudem eine Reduktion der Behandlungszeit und vermeidet Wartezeiten für Patienten und Studierende, wodurch die Anzahl der Behandlungen pro Behandlungszeit und auf den einzelnen Behandlungsstühlen auch

|³⁷ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur organisatorisch-strukturellen Entwicklung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, in Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 2008, Bd. III, Köln 2009, S. 529-655; Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Universitätsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Drs. 9283-09), Berlin Juli 2009; Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Universitätsmedizin in Jena (Drs. 9665-10), Berlin Januar 2010; Stellungnahme zur Entwicklung der universitätsmedizinischen Standorte Gießen und Marburg nach Fusion und Privatisierung der Universitätsklinik (Drs. 9843-10), Potsdam Mai 2010.

|³⁸ Hier: Betreuung der studentischen Therapie am Patienten.

noch erhöht werden könnte. Der Wissenschaftsrat verweist in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin von 2005. |³⁹

Bei unzureichenden klinischen Behandlungsangeboten müssen Modelle zum Einbezug von anerkannten Lehrpraxen zur Ergänzung der klinischen Ausbildung geprüft und umgesetzt werden. Die Studierenden müssen in diesem Fall dem Behandlungsangebot folgen. Schon jetzt sammeln auch die approbierten Zahnärzte einen Großteil der klinischen Erfahrung im Rahmen der Assistententätigkeit, die aber unstrukturiert und ohne qualitätssichernde Vorgaben abläuft. Eine mögliche, aber sicher nicht effiziente Alternative wäre daher eine Verlagerung eines Großteils der praktisch-klinischen Erfahrungszeit in eine abhängige Tätigkeit nach dem Staatsexamen, wie es in der Humanmedizin im Rahmen der obligaten Facharztweiterbildung durchgeführt wird.

Der Wissenschaftsrat fordert die Krankenkassen als Vertragspartner auf, im Rahmen der Vergütungsverhandlungen, die besonderen Versorgungsleistungen der hochschulmedizinischen Ambulanzen in der Zahnmedizin anzuerkennen und mit angemessen hohen Hochschulambulanzpauschalen bzw. Punktwerten ggf. auch als differenzierte Versorgungsformen zu vergüten. Er erwartet in diesem Zusammenhang von den Universitätsklinika, ihre Leistungsdokumentation zu verbessern und damit ihr Leistungsspektrum in den unterschiedlichen Versorgungsformen transparenter zu machen. Fallzahl- bzw. Budgetobergrenzen dürfen Patientenzahlen nicht in unzulässiger, die klinische Ausbildungskapazität limitierender Weise beschränken.

Begonnene Strategien, im Rahmen von Public-Private-Partnerships mit einzelnen Implantatherstellern oder Herstellern komplexer Geräte (z.B. CAD/CAM-Fräsmaschinen, Mechano-optische Scansysteme) teure Infrastrukturvorhaben oder Kosteneinsparungen für die studentische Behandlung zu realisieren, bedürfen einer kritischen Prüfung und eines genauen Regelwerks. Die wissenschaftlich begründete Wahl der am besten geeigneten Materialien, Methoden und Geräte sowie eine unabhängige Darstellung der unterschiedlichen Optionen insbesondere in der Lehre dürfen hierdurch nicht beeinträchtigt werden.

Zur Unterstützung der klinischen Forschung sollte interdisziplinär genutzte Infrastruktur (Forschungsambulanzen) mit entsprechendem Fachpersonal (Study Nurses) geschaffen werden, so dass klinische Forschung auch mit Langzeitverläufen an Normalkollektiven möglich wird. Unabhängig hiervon müssen

|³⁹ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an deutschen Universitäten, in: Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 2005, Bd. II, Köln 2006, S. 267-330, hier insbesondere S. 299-317.

Feldstudien durch Netzwerkbildungen mit niedergelassenen Zahnarztpraxen (Forschungsnetzwerke insbesondere zur Versorgungsforschung) durch entsprechende Infrastruktur (IT, Datenbanksysteme) verbessert werden. Die Hochschulstandorte selbst sollten durch thematisch definierte überregionale Verbände ihre Ressourcen und Kompetenzen in der klinischen Forschung zusammenführen, um aussagefähige Kollektive zusammenstellen zu können. Der Wissenschaftsrat bekräftigt in diesem Zusammenhang seine Auffassung, dass es einer Steigerung der wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit der Zahnmedizin in Deutschland bedarf. Nur eine universitäre Lehre mit aktiver Teilnahme am Forschungsgeschehen kann eine zukunftssträchtige Ausbildung des zahnmedizinischen Nachwuchses ermöglichen. |⁴⁰

B.VII DIREKTEN ZUGANG ERMÖGLICHEN

Analyse

In Deutschland vollzieht sich seit mehreren Jahren eine Verlagerung von Krankenversorgungsleistungen aus dem stationären in die ambulanten Bereiche. Dies liegt zum einen an den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen mit der Einführung des DRG-Systems und dem Grundsatz „ambulant vor stationär“. Zum anderen entwickeln sich die medizinischen Fachdisziplinen in der Form weiter, dass viele diagnostische und therapeutische Leistungen nicht mehr stationär erbracht, sondern ambulant durchgeführt werden können. Kaum ein medizinisches Fach deckt daher die gesamte Breite seines Leistungsspektrums noch über die stationären Fälle ab. Demgegenüber steht ein eingeschränkter und in der Regel von Überweisungen der Vertragsärzte abhängiger Zugang der Universitätsmedizin zur ambulanten Krankenversorgung.

Die Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sind in der Einbeziehung ambulanter Patienten auf einen für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang beschränkt und dies wird, das zeigen die Anhörungen und die Umfrage des Wissenschaftsrates, der Versorgungsrealität und den Bedürfnissen der Patienten nicht gerecht. Die hochschulmedizinischen Ambulanzen behandeln vielfach Fälle, die primär einer speziellen Diagnostik und/oder Therapie bedürfen, welche in der vertragsärztlichen Versorgung nicht oder nur unzureichend angeboten werden. Die in den letzten Jahren geschaffenen sozialrechtlichen Regelungen zur ambulanten Versorgung im Krankenhaus folgen dieser Entwicklung nicht hinreichend. Sie sind äußerst unübersichtlich differenziert und gehen unverändert von einer Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch den

|⁴⁰ Ebd., S. 311-317.

vertragsärztlichen Bereich aus, was weder in der Humanmedizin noch der Zahnmedizin der Realität entspricht. Für die Lehre und klinische Forschung erforderliche Patienten finden hingegen aufgrund des vielfach bestehenden Überweisungserfordernisses nicht immer in ausreichender Zahl und der erforderlichen Breite den Weg in die Universitätsmedizin.

Die Universitätsmedizin kann ihren Aufgaben in Forschung, Lehre und Weiterbildung sowie in der Teilhabe der Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung aber nur in vollem Umfang nachkommen, wenn ihr alle medizinischen Leistungsbereiche ohne Einschränkungen zugänglich sind.

Empfehlungen

Der Wissenschaftsrat hält es für unerlässlich, dass die Universitätsmedizin zur Erfüllung ihrer Aufgaben einen systematischen und finanziell adäquat ausgestalteten Zugang zur ambulanten Versorgung erhält. Neben der Notwendigkeit für Forschung, Lehre und Weiterbildung ist hierbei auch die Teilhabe an der Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung zu berücksichtigen. Am sinnvollsten erscheint ein einheitlicher Zugang der Universitätsmedizin zur ambulanten Behandlung über eine Erweiterung der sozialrechtlichen Regelungen in § 117 SGB V. Der Gesetzgeber sollte prüfen, hier eine systematische Bündelung herbeizuführen, die die Universitätsmedizin grundsätzlich in die Lage versetzt, neben Hochschulambulanzverträgen auch Vereinbarungen über die weiteren im Sozialrecht verankerten Versorgungsformen wie etwa die ambulante Versorgung nach § 116b SGB V mit den Kostenträgern zu schließen.

Bei der Ausgestaltung der Hochschulambulanzverträge nach § 117 SGB V hält es der Wissenschaftsrat für unabdingbar, dass – wie bereits in einigen Bundesländern vereinbart und in der Zahnmedizin generell etabliert – den Patienten ein direkter Zugang unabhängig von der Überweisung eines (Fach-)Arztes ermöglicht wird. Ausschlaggebend hierfür sind sowohl die Erfordernisse von Forschung und Lehre als auch die Sicherung der Versorgungsqualität. Das spezifische Leistungsspektrum der hochschulmedizinischen Ambulanzen ist für Patienten und Ärzte entsprechend transparent darzustellen.

Ein direkter Zugang ist nicht mit einem unbegrenzten Versorgungsauftrag gleichzusetzen. Der Wissenschaftsrat hält die Verhandlung von adäquaten Fallzahlobergrenzen mit den Kostenträgern für hinnehmbar; die Universitätsklinik haben sich in der Krankenversorgung auf das versorgungsnotwendige Maß zu beschränken. Die zu vereinbarenden Fallzahlobergrenzen dürfen jedoch weder die patientenbezogene Ausbildungskapazität mindern (siehe Kapitel B.III) noch die klinische Forschung behindern. Die Mengengrenzungen sind regelmäßig mit den Erfordernissen von Forschung und Lehre abzugleichen. Die vertraglichen Regelungen sind standortspezifisch auszugestalten.

Die Universitätsmedizin ist aufgefordert, ihre ambulanten Behandlungsfälle wie im stationären Bereich stärker strategisch auszurichten und hierfür geeignete Planungsinstrumente zu entwickeln. Unter Berücksichtigung der Versorgungsnotwendigkeiten sollte eine Prioritätensetzung in den Forschungsschwerpunkten und den Bereichen erfolgen, in denen Patienten vorrangig ambulant betreut werden, damit hier keine Lücken für Forschung, Lehre und Weiterbildung entstehen.

B.VIII FINANZIERUNG SICHERSTELLEN UND INTERNE MITTELVERTEILUNG DIFFERENZIEREN

Analyse

FINANZIERUNG

Die überwiegend pauschale Vergütung der ambulanten Behandlung in den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V unterscheidet sich stark zwischen den einzelnen Ländern und Standorten, ist wenig transparent und zum Teil nicht kostendeckend. Die Höhe der Hochschulambulanzpauschalen variiert innerhalb Deutschlands bis zum Faktor drei. Hinzukommen auch von Standort zu Standort in demselben Land stark variierende Vereinbarungen hinsichtlich der Fallzählweise oder Abrechenbarkeit zusätzlicher Fälle und Pauschalen. Ein Vergleich ist daher nur schwer möglich. Vielerorts sind die Hochschulambulanzpauschalen zu niedrig, um die mit der ambulanten Versorgung entstehenden Kosten zu decken. Andererseits sind die Möglichkeiten, hochschulmedizinische Ambulanzen durch effizienteren Personaleinsatz und effizientere Infrastrukturen kostengünstiger zu betreiben, vielfach noch nicht ausgeschöpft. Wenn auch ein Vergleich der Kostenstruktur zu niedergelassenen Fachärzten der gleichen Fachrichtung nur bedingt möglich ist, so sind die Unterschiede im Einzelfall zu groß, als dass sie allein mit einer komplexeren Krankenversorgung zu begründen wären. Die Pauschalen differenzieren weder nach den Einzelfällen, noch nach den typischen Kosten einer Krankheit, noch nach den üblichen Vergütungssätzen der Fachgebiete. Sie berücksichtigen auch nicht eine Mitbehandlung durch Ärzte anderer Fächer innerhalb des Universitätsklinikums.

Die Mittel für die Krankenversorgung müssen die Kosten aller gemäß § 12 Abs. 1 SGB V medizinisch notwendigen und bei wirtschaftlicher Führung anfallenden Leistungen der Hochschulambulanzen decken. Die Einbeziehung eines Patienten in Lehre oder Forschung begründet weder einen Finanzierungszu-

schlag noch eine Erlösminderung. |⁴¹ Der für Forschung und Lehre erforderliche Mehraufwand ist aus den hierfür der Universitätsmedizin zur Verfügung gestellten Mitteln zu finanzieren.

Neue ambulante Versorgungsformen und damit Abrechnungsarten haben auch die Möglichkeiten der Universitätsklinik erweitert, ihre ambulanten Behandlungsfälle strukturell zu optimieren. Die Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sind jedoch weiterhin der entscheidende und zentrale Zugangsweg der ambulanten Universitätsmedizin, für den eine adäquate Vergütung der medizinischen Leistungen (§ 120 SGB V) sichergestellt werden muss.

Die Mittel für die Krankenversorgung müssen nicht nur für das Universitätsklinikum insgesamt, sondern sollten für jede einzelne Ambulanz, am besten auch für jede ihrer Fallgruppen ausreichen. Denn eine Hochschulambulanz kann auf Dauer nur die Patienten, deren Diagnose und Therapie kostendeckend vergütet werden, in angemessener Zahl und gebotener Qualität versorgen. Nur Krankheiten, die hinreichend oft behandelt werden, können adäquat erforscht werden und Gegenstand von Aus- und Weiterbildung sein. Eine sachgerechte Vergütung der hochschulmedizinischen Ambulanzen ist daher nicht nur für die Wissenschaft erforderlich, sondern aufgrund der an ambulanten Patienten zu erforschenden häufig chronischen Volkskrankheiten und der seltenen Erkrankungen auch eine gesundheitspolitische Notwendigkeit.

Eine Pauschalvergütung und deren noch häufig praktizierte undifferenzierte Weiterreichung an die jeweiligen Abteilungen erleichtert die Verwaltung. Pauschalen treffen aber im Regelfall nicht die Kosten der einzelnen Fälle, sondern unter- oder überschreiten sie. Den Durchschnitt der Fälle einer Hochschulambulanz decken sie nur zufällig. So werden einzelne Ambulanzen (zu Lasten Dritter) über-, andere unterfinanziert, mit allen Folgen für die Krankenversorgung, für die Lehre und die Forschung.

MITTELVERTEILUNG

Ein Vergütungssystem mit der Weiterreichung von einheitlichen Hochschulambulanzpauschalen setzt falsche und damit für das Gesamtsystem schädliche Anreize. Es tendiert dazu, die Zahl der Fälle mit zu hohen Erlösen zu steigern und die unterbezahlten Fälle zu reduzieren oder schlechter zu versorgen. Eine Universitätsmedizin darf nicht in die Situation geraten, bestimmte Fälle nicht in der gebotenen Zahl durchführen zu können, nur weil diese durch die (inter-

|⁴¹ So für den stationären Bereich ausdrücklich § 8 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG.

nen) Pauschalen nicht angemessen bezahlt werden. Weil sich im Regelfall die Fälle zwischen den Hochschulambulanzen nicht ausgleichen, entstehen strukturelle Ungleichgewichte zwischen den Fächern, die weder ärztlich noch wissenschaftlich begründet sind. Die Folge sind nicht nur unwirtschaftliche, sondern auch wissenschaftswidrige Fehlallokationen.

Empfehlungen

FINANZIERUNG

Eine leistungsgerechte Finanzierung der ambulanten Versorgung im Krankenhaus insgesamt ist unerlässlich. Die Vergütung der Hochschulambulanzen mit ihren Hochschulambulanzpauschalen ist bisher nicht in allen Ländern und an allen universitätsmedizinischen Standorten gleichermaßen kostendeckend ausgestaltet. Die Hochschulambulanzen sind in der bestehenden Vergütungssystematik nicht adäquat abgebildet. Eine leistungsgerechte Vergütung ist aber notwendig, um die Qualität und Leistungsfähigkeit sicherzustellen. Mindererlöse der Krankenversorgung können und dürfen auch in wissenschaftlich wichtigen Bereichen nicht regelhaft aus Lehr- und Forschungsmitteln ausgeglichen werden. Die durchweg knappen Mittel für Forschung und Lehre müssen für diese Aufgaben ungeschmälert zur Verfügung stehen. Mit ihnen die Krankenversorgung zu subventionieren, würde dem primären Hochschulauftrag zuwiderlaufen.

Der Wissenschaftsrat spricht sich dafür aus, die reine Pauschalvergütung zugunsten einer differenzierteren und leistungsgerechteren Vergütung weiterzuentwickeln. Hier sind insbesondere die Universitätsklinika gefordert, die Leistungsdokumentation in ihren hochschulmedizinischen Ambulanzen so weit zu verbessern, dass auch eine Einzelleistungsvergütung möglich wird bzw. mit den Kostenträgern Leistungskomplexhonorare verhandelt werden können. Auch könnte eine differenzierte Pauschalvergütung für Allgemein-, Spezialambulanzen und regional übergreifende Expertennetze z.B. im Bereich seltener oder komplexer Erkrankungen, die Spezialkenntnisse erfordern, vereinbart werden. Gesetzgeber und Selbstverwaltungspartner sollten in diesem Zusammenhang prüfen, die Systeme der Leistungserfassung von stationärem und ambulatem Bereich einander anzugleichen und die Vergütung nach einem einheitlichen Bewertungssystem vorzunehmen.

Mit Vertragsärzten vergleichbare Leistungen der Hochschulambulanzen sollten, unter Berücksichtigung des Investitionskostenabschlags, grundsätzlich nach Art und Höhe wie die Leistungen niedergelassener (Fach-)Ärzte oder persönlich ermächtigter Hochschulärzte vergütet werden. Solange die Vertragspartner für die Hochschulambulanzen eine pauschalierte Vergütung wählen, darf diese, wiederum unter Berücksichtigung des Investitionskostenabschlags, im Gesamtumfang nicht unter der Summe der vermutlichen Einzelvergütungen liegen. Bei

der Festlegung der Vergütungshöhe ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass die Hochschulambulanzen in überproportional vielen Fällen auch außerhalb des § 116b SGB V besonders aufwändige Fälle versorgen (müssen). Diese werden weder über eine einheitliche Pauschale noch eine Einzelleistungsvergütung nach dem EBM hinreichend abgegolten, da die spezifischen Versorgungsleistungen der Universitätsmedizin dort nicht abgebildet sind. Auch die bisher in sehr unterschiedlichem Ausmaß ausgesprochenen persönlichen Ermächtigungen nach § 116 SGB V bilden die Erbringung der spezifischen Versorgungsleistungen nur eingeschränkt ab; allenfalls wären in den bisherigen Strukturen Institutsermächtigungen nach § 98 Abs. 2 SGB V denkbar.

Der Wissenschaftsrat spricht sich daher für eine Weiterentwicklung des EBM aus. Die Sicherstellung der adäquaten Vergütung könnte durch die Einfügung eines gesonderten Kapitels im EBM mit der Überschrift „Hochschulambulanzen“ erfolgen. Eine Bewertungskommission sollte unter Federführung der Hochschulen die entsprechende Beschreibung der Leistungskomplexe einbringen und fortschreiben. Die dabei festgelegte Vergütung tangiert nicht das Budget der Vertragsärzte, sondern dient lediglich der konkreten Darstellung, die in den Verhandlungen mit den Krankenkassen zur Abrechnung genutzt werden muss. Bestandteil dieses Kapitels sollten auch strukturelle und personelle Voraussetzungen sein.

Solange die Pauschalvergütung vorherrscht, fehlen allerdings allgemein akzeptierte inhaltliche Kriterien, nach denen objektiv und mit vertretbarem Aufwand festgestellt werden könnte, welche Fälle besonders schwer und aufwändig sind und ab welchem Prozentsatz sie als übermäßig viele gelten. Hier könnte anhand eines formalen Kriteriums entschieden werden, in welchen Fällen eine höhere Vergütung zu gewähren ist: Überweist ein einschlägiger Facharzt einen Patienten an eine Hochschulambulanz, ist zu vermuten, dass diese Überweisung wegen der besonderen Kompetenzen der Hochschulambulanzen und/oder wegen eines besonderen Aufwandes bei Diagnose und/oder Therapie erfolgt. Für diese Fälle sollte mit den Kostenträgern eine besondere, über der Pauschale bzw. dem EBM-Katalog liegende Vergütung vereinbart werden können.

MITTELVERTEILUNG

Die Universitätsklinika haben die Aufgabe, die erzielten (pauschalen) Erlöse aus der ambulanten Krankenversorgung sachgerecht auf die einzelnen Hochschulambulanzen zu verteilen. Die Verteilung soll die Hochschulambulanzen darin unterstützen, ihren Bereich wirtschaftlich zu optimieren, nicht zuletzt deshalb, weil die Universitätsklinika nur auf der Basis optimaler Wirtschaftlichkeit kostendeckende Vergütungen beanspruchen können. Auch wenn mit den Kostenträgern im Außenverhältnis eine einheitliche Pauschalvergütung vereinbart ist, sollten doch die internen Zuweisungen der Universitätsklinika an die einzelnen

Hochschulambulanzen aufwandsabhängig differenziert werden. Als Maßstab für die interne Differenzierung der Erlöse könnten z.B. die Relationen zwischen den arztgruppenspezifischen Fallwerten herangezogen werden. Diese Relationen sind in jedem Fall sachgerechter als einheitliche Entgelte, auch wenn die Hochschulambulanzen insgesamt überproportional viele besonders schwere Fälle behandeln.

Anhang

ANHANG 1:

Übersicht A.1: Häufigkeit der in MVZ der Universitätsklinik vertretenen Fachgruppen
(Stand: 30.09.2009)

Übersicht A.2: Persönlichen Ermächtigungen und Institutsermächtigungen an Universitätsklinik
(Stand: 30.09.2009)

Übersicht A.3: Rangfolge der drei Fachabteilungen der Universitätsklinik mit den höchsten AOP-Fallzahlen (Stand: 30.09.2009)

Übersicht A.4: Teilnahme der Universitätsklinik an DMP-Verträgen
(Stand: 30.09.2009)

Übersicht A.5: Anzahl der Zulassungsanträge und erteilten Zulassungen der Universitätsklinik nach § 116b SGB V (Stand: 30.09.2009)

Übersicht A.6: Häufigkeit der erteilten Zulassungen der Universitätsklinik nach § 116b SGB V
(Stand: 30.09.2009)

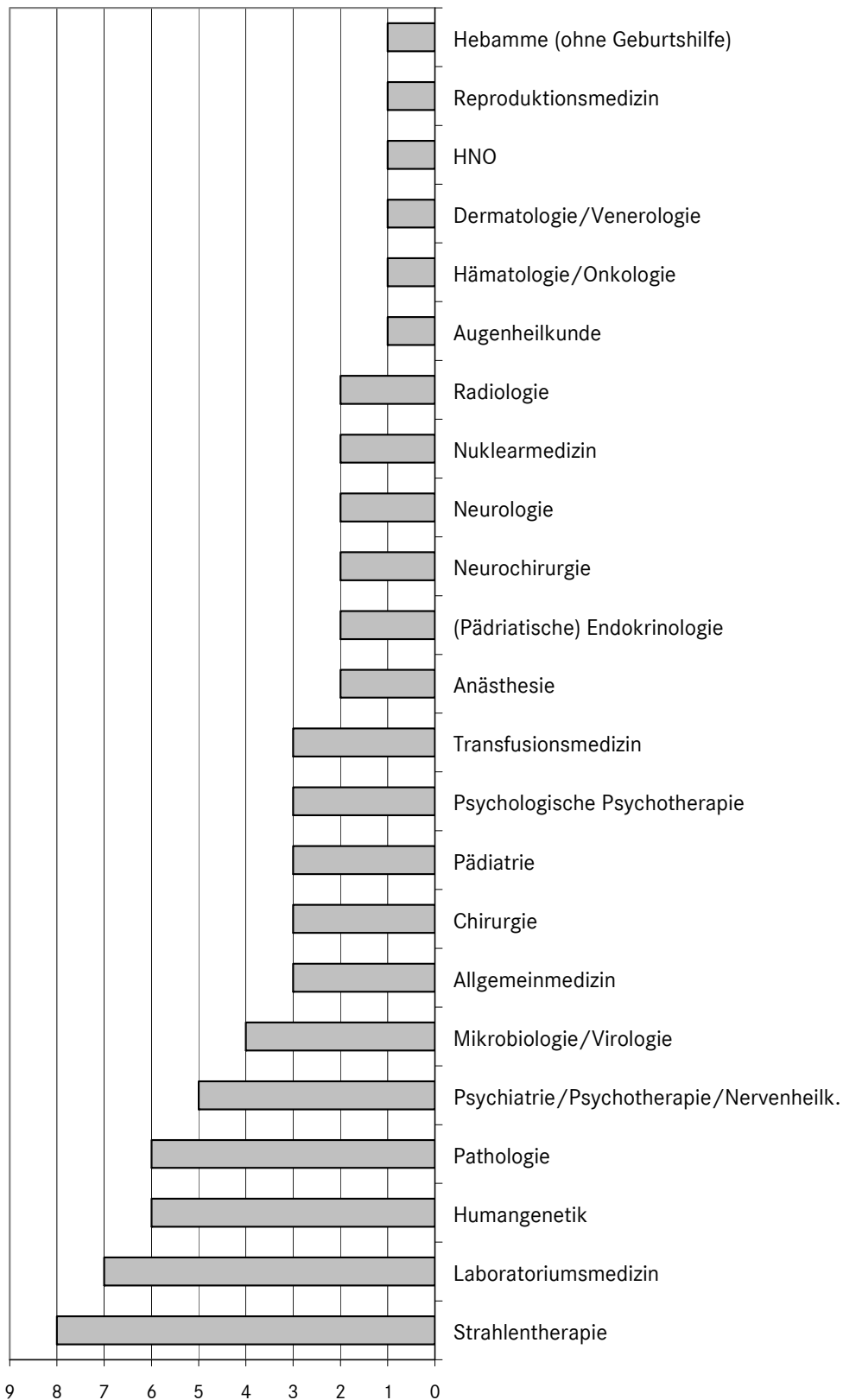
ANHANG 2:

Rechtliche Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus

ANHANG 3:

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

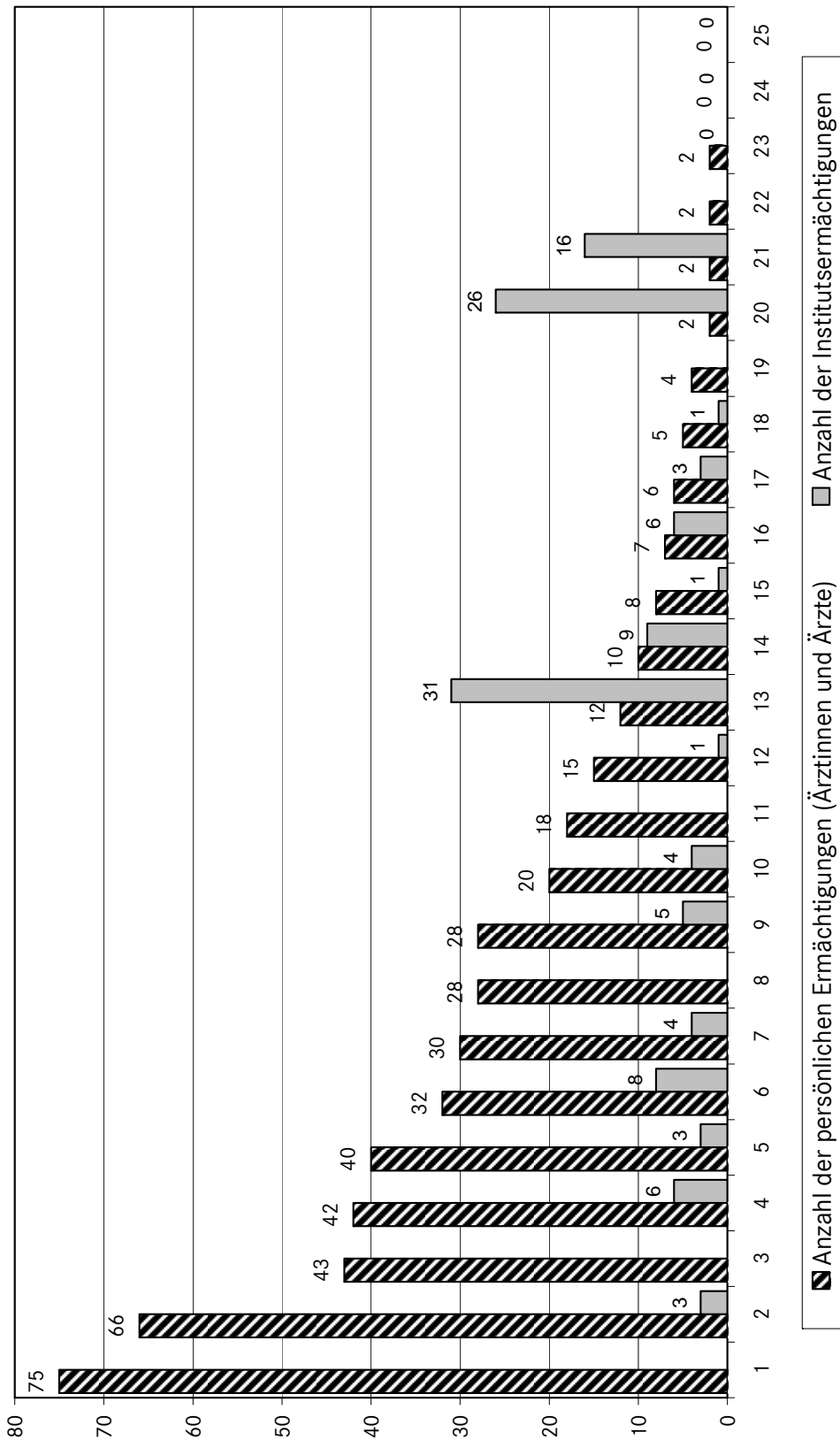
Übersicht A.1: Häufigkeit der in MVZ der Universitätsklinik vertretenen Fachgruppen (Stand: 30.09.2009)



Basis sind die Daten von 14 der 18 universitätsmedizinischen Standorte, dieangaben, über mindestens ein MVZ zu verfügen.

Quelle: Wissenschaftsrat, eigene Erhebung.

Übersicht A.2: Persönliche Ermächtigungen und Institutsermächtigungen an Universitätsklinik (Stand: 30.09.2009)



Sortierung der Standorte nach Häufigkeit der persönlichen Ermächtigungen. Basis sind die Daten von 25 universitätsmedizinischen Standorten.

Quelle: Wissenschaftsrat, eigene Erhebung.

Übersicht A.3: Rangfolge der drei Fachabteilungen der Universitätsklinik mit den höchsten AOP-Fallzahlen (Stand: 30.09.2009)

	Platz 1	Platz 2	Platz 3
Rang 1	Augenheilkunde (23)	Gynäkologie (8)	Gynäkologie (5)
Rang 2	Gynäkologie (2)	Augenheilkunde (3), Chirurgie (3), MKG (3), Gastroenterologie (3)	Chirurgie (4), Unfallchirurgie (4), Urologie (4)
Rang 3	HNO (1)	HNO (2), Urologie (2)	HNO (3)

Basis sind die Daten von 26 universitätsmedizinischen Standorten. Erläuterung: Die Standorte wurden nach ihren drei Abteilungen mit den höchsten AOP-Fallzahlen gefragt. Die Nennungen zu jedem Platz wurden addiert (Anzahl in Klammern) und die ersten drei Ränge aufgetragen. Beispiel: Die Augenheilkunde ist an 23 von 26 Standorten die Abteilung mit den höchsten AOP-Fallzahlen. An den übrigen drei Standorten weist die Augenheilkunde die zweithöchsten Fallzahlen auf. In diesen Fällen weist zweimal die Gynäkologie und einmal die HNO die höchsten AOP-Fallzahlen auf. Die Gynäkologie gehört an insgesamt 15 der 26 Standorte zu den drei Abteilungen mit den höchsten AOP-Fallzahlen. HNO: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, MKG: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Quelle: Wissenschaftsrat, eigene Erhebung.

Übersicht A.4: Teilnahme der Universitätsklinik an DMP-Verträgen (Stand: 30.09.2009)

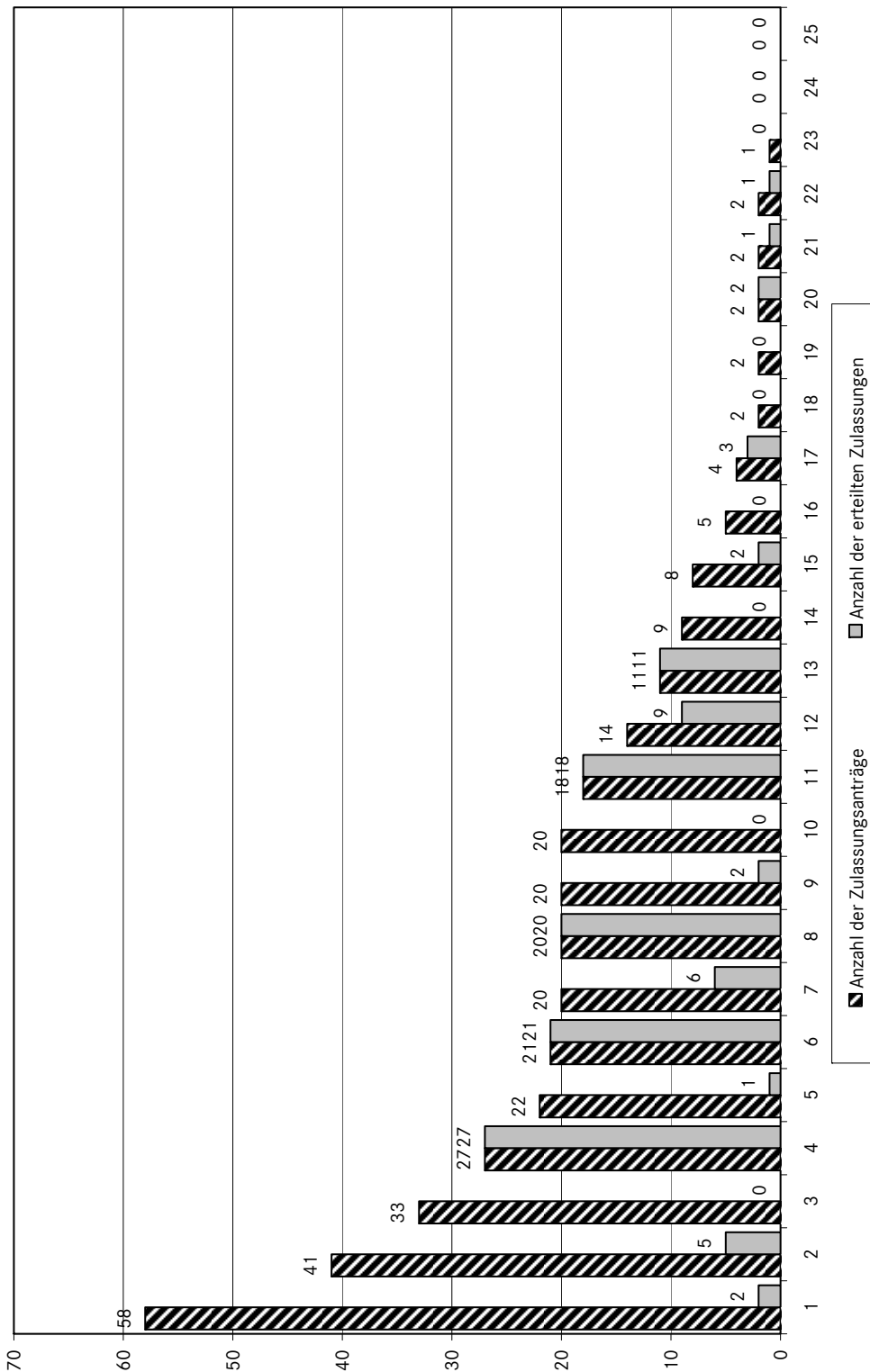
	Asthma bronchiale	COPD	Brustkrebs	Diabetes mellitus Typ 1	Diabetes mellitus Typ 2	Koronare Herzkrankheit
Ja	9	7	18	14	12	8
Nein	13	14	7	9	10	14

Basis sind die Daten von 25 universitätsmedizinischen Standorten. Spaltensummen kleiner 25 beruhen auf unvollständigen Angaben der Standorte.

COPD: Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, DMP: Disease-Management-Programme.

Quelle: Wissenschaftsrat, eigene Erhebung.

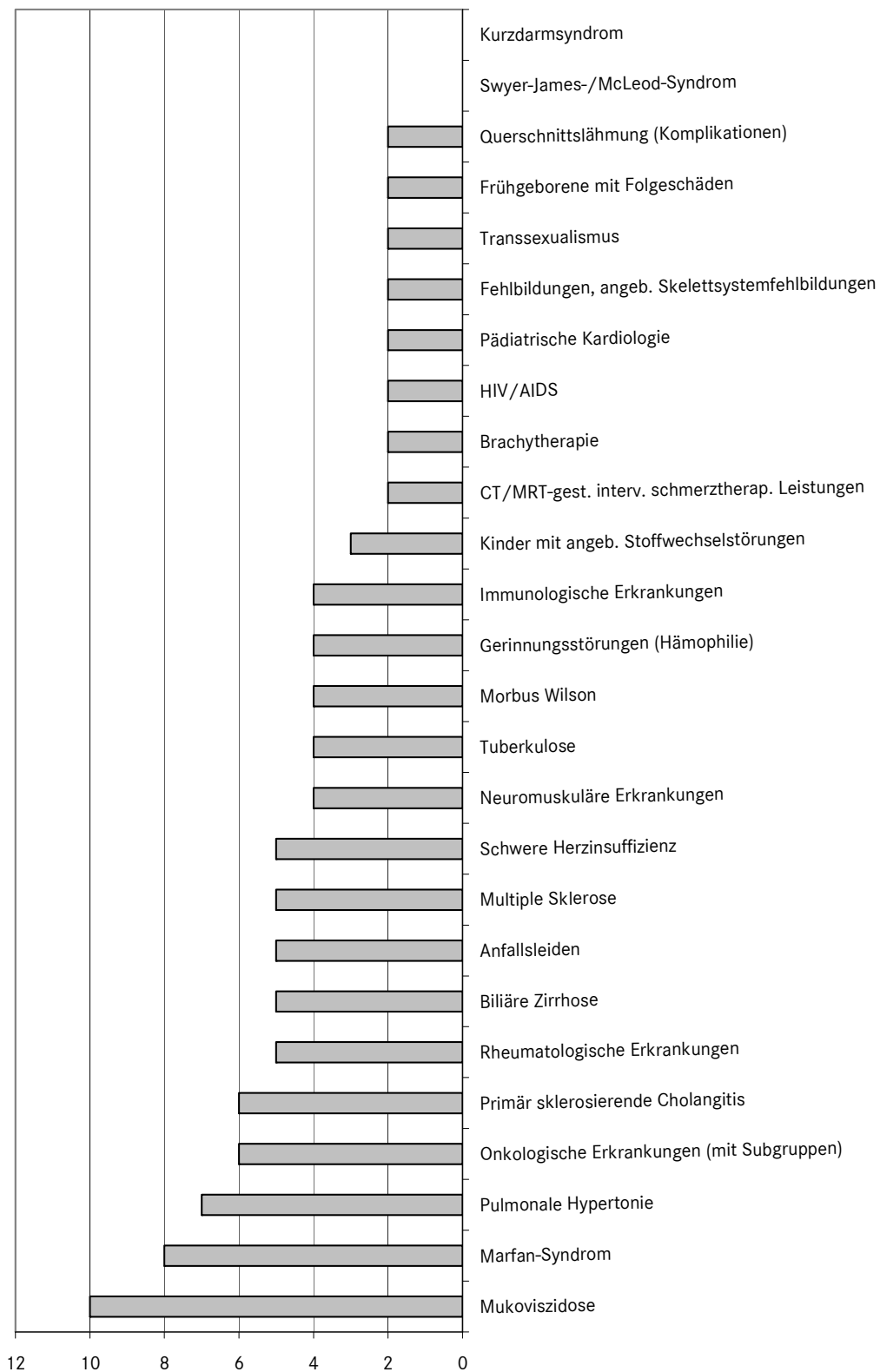
Übersicht A.5: Anzahl der Zulassungsanträge und erteilten Zulassungen der Universitätsklinik nach § 116b SGB V (Stand: 30.09.2009)



Sortierung der Standorte nach Häufigkeit der Zulassungsanträge. Basis sind die Daten von 25 universitätsmedizinischen Standorten. Nach den Katalogen von hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b Abs. 3 SGB V sind Zulassungen in 26 Indikationsgebieten möglich. Die Häufigkeit von Zulassungsanträgen und Zulassungen auch jenseits von 26 beruhen auf den 11 verschiedenen Subgruppen bei der Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen sowie auf mehreren Anträgen für verschiedene Kliniken.

Quelle: Wissenschaftsrat, eigene Erhebung.

Übersicht A.6: Häufigkeit der erteilten Zulassungen der Universitätsklinik nach § 116b SGB V (Stand: 30.09.2009)



Basis sind die Daten von 16 universitätsmedizinischen Standorten, dieangaben, über mindestens eine Zulassung nach § 116b SGB V zu verfügen. Zulassungen im Bereich der Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen wurden pro Standort nur einmal gezählt unabhängig von der Anzahl der Zulassungen für die einzelnen Subgruppen.

Quelle: Wissenschaftsrat, eigene Erhebung.

Rechtliche Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus

INHALT

A.	Akteure und Ihre Verantwortung im Gesundheitssystem	81
A.I	Staatliche Akteure	81
A.II	Korporatistische Organisationen der Selbstverwaltung	82
B.	Grundlagen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus	88
B.I	Ambulante Versorgungsformen im Krankenhaus	90
B.II	Abgrenzung zu stationären Versorgungsformen	108

A. Akteure und Ihre Verantwortung im Gesundheitssystem

Eine Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems ist, dass der Staat in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die unmittelbare Ausgestaltung und administrative Steuerung der Gesundheitsversorgung an selbstverwaltete Körperschaften und deren Verbände auf Seiten der Krankenkassen und Leistungserbringer delegiert. Der Staat beschränkt sich im Wesentlichen auf seine gesetzgeberischen Aufgaben und die Führung der Rechtsaufsicht über die Verbände und Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Kranken- und Pflegeversicherung. Man spricht in diesem Zusammenhang von einer korporatistischen Steuerung. Die gesetzliche Grundlage bildet das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V).

A.1 STAATLICHE AKTEURE

Auf Bundesebene ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das maßgebende Fachministerium für die Fragen der Kranken- und Pflegeversicherung. Es führt im Rahmen des Grundgesetzes die gesetzgeberischen und verwaltungsmäßigen Aufgaben auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik durch. Zudem obliegt ihm die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Verbände und Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung (u.a. Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Gemeinsamer Bundesausschuss).

Da weite Bereiche der Gesundheitspolitik nach Artikel 74 des Grundgesetzes der konkurrierenden Gesetzgebung unterliegen, können die Länder nur in Gegenstandsbereichen gesetzgeberisch tätig werden, die der Bund selbst nicht geregelt

hat. Die Gesetzgebung der Länder beschränkt sich daher im Wesentlichen auf solche Bereiche, die ohnehin in ihre alleinige Zuständigkeit fallen. Dies sind die Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die Organisation der stationären Krankenversorgung. Auf Landesebene ist das Ressort Gesundheit häufig in einem Ministerium mit weiteren Zuständigkeiten (insbesondere Arbeit und Soziales) repräsentiert. Die Landesministerien nehmen neben ihren Aufgaben in der Gesetzgebung die Aufsicht über die Krankenhäuser und die Gesundheitsämter in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie über die landesunmittelbaren Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene wahr (u.a. Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften, Landesverbände der Krankenkassen).

A.II KORPORATISTISCHE ORGANISATIONEN DER SELBSTVERWALTUNG

KRANKENKASSEN UND IHRE VERBÄNDE

Die gesetzlichen Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts und gliedern sich in sechs Kassenarten. |⁴² Die einzelnen Kassen jeder Kassenart sind in Landesverbänden sowie in einem bundesweiten Spitzenverband organisiert. Diese sind ebenfalls Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Krankenkassen und ihre Verbände arbeiten sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartübergreifend eng zusammen. Die Verbände der Krankenkassen unterstützen ihre Mitgliedschaften bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und der Wahrnehmung ihrer Interessen. Zudem fällt ihnen eine Vielzahl gesetzlich festgelegter Aufgaben zu.

Auf Bundesebene existiert gemäß § 217a SGB V seit dem 1. Juli 2008 ein Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der GKV-Spitzenverband. Er übernimmt für die Krankenkassen alle gesetzlichen Aufgaben, bei denen gemeinsam und einheitlich gehandelt werden muss. Zu seinen Zuständigkeiten gehören:

- _ Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen für die stationäre, ambulante und zahnärztliche Versorgung,
- _ Vertretung der GKV-Interessen in der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den Leistungserbringern auf Bundesebene (z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss) und gegenüber dem BMG,

|⁴² Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung, Ersatzkassen.

- _ Entscheidung über grundsätzliche Fach- und Rechtsfragen zum Beitrags- und Meldeverfahren in der Sozialversicherung,
- _ Festsetzung von Festbeträgen für Arznei- und Hilfsmittel sowie der Höchstbeträge für Arzneimittel,
- _ Vorgaben für Vergütungsverhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene,
- _ Ausgestaltung der Telematik im Gesundheitswesen,
- _ Definition von Grundsätzen zur Prävention und Rehabilitation.

Im Gegensatz zum GKV-Spitzenverband ist der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) ein freier Verband. Dennoch wird auch er in Teilen in die Verhandlungssysteme der Selbstverwaltung eingebunden, so in die Vereinbarungen über die Vergütung stationärer Leistungen.

ÄRZTE, ZAHNÄRZTE, PSYCHOTHERAPEUTEN UND IHRE VEREINIGUNGEN

Die Verantwortung für die ambulante ärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung – der so genannte Sicherstellungsauftrag gemäß § 75 SGB V – liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung. Die im jeweiligen Versorgungsbereich zur Behandlung von Kassenpatienten zugelassenen rund 148.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten sowie übrigen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind Mitglied ihrer regionalen Kassenärztlichen Vereinigung (KV).

Die 17 nach Ländern gegliederten KVen |⁴³sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. In Wahrnehmung ihres Sicherstellungsauftrags schließen die KVen mit den Krankenkassen bzw. deren Verbänden auf Landesebene Versorgungsverträge, in denen die Einzelheiten der ambulanten ärztlichen Versorgung geregelt werden. Hierzu zählen die Vergütung, die Leistungsmenge und die Qualitätssicherung. Die Krankenkassen entrichten an die KVen eine Gesamtvergütung, mit der alle Leistungen der Vertragsärzte für ein Jahr abgegolten sind. Die Verteilung des Honorars auf die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten ist dann Aufgabe der KV. Die KVen regeln ihre internen Belange auf dem Wege der Selbstverwaltung und unterliegen dabei der staatlichen Aufsicht.

Die KVen bilden auf Bundesebene die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die ebenfalls als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert ist. Die KBV ist

| ⁴³ In Nordrhein-Westfalen gibt es mit der KV Nordrhein und der KV Westfalen-Lippe zwei KVen.

bei bundesweit zu regelnden Angelegenheiten die zuständige Körperschaft auf Seiten der Ärzte und Psychotherapeuten und ist somit Vertragspartner für den GKV-Spitzenverband. Die KBV entsendet Vertreter in den Gemeinsamen Bundesausschuss und den Bewertungsausschuss.

Analog zu den KVen liegt die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen). Die in ihrem Versorgungsbereich zur Behandlung von Kassenpatienten zugelassenen rund 55.000 Vertragszahnärzte und übrigen an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte sind Mitglied ihrer regionalen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV). Die 17 KZVen bilden die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die allesamt Körperschaften des öffentlichen Rechts sind und ebenfalls der staatlichen Rechtsaufsicht unterliegen. Die KZBV entsendet auch Vertreter in den Gemeinsamen Bundesausschuss. Ihre Aufgaben entsprechen weitgehend denen der KBV.

KRANKENHÄUSER UND IHRE GESELLSCHAFTEN

Die Krankenhäuser sind neben den Krankenkassen und KVen der dritte Partner bei der korporatistischen Steuerung im deutschen Gesundheitssystem. Im Gegensatz zu den beiden anderen Akteuren sind sie jedoch nicht als selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert. Auf Länderebene sind die Träger der zugelassenen Krankenhäuser in Landeskrankenhausgesellschaften zusammengeschlossen. Die Landeskrankenhausgesellschaften sind privatrechtliche Vereine und vertreten als solche die Interessen ihrer Mitglieder. Auch ihnen hat der Staat Aufgaben in der Selbstverwaltung übertragen. Zu den Zuständigkeiten der Landeskrankenhausgesellschaften zählen unter anderem:

- _ die Vereinbarung eines landesweit geltenden Basisfallwerts zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen (gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und dem Landesausschuss des PKV-Verbandes),
- _ die Einrichtung einer Landesschiedsstelle (gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen) und
- _ der Abschluss von dreiseitigen Verträgen zur Gewährleistung einer nahtlosen ambulanten und stationären Behandlung der Versicherten (gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und der KV).

Die mit den Vertragspartnern getroffenen Vereinbarungen sind für die einzelnen Krankenhäuser in ihrem Zuständigkeitsbereich verbindlich.

Auf Bundesebene stellt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) den Zusammenschluss der 16 Landeskrankenhausgesellschaften und von 12 Spitzen-

verbänden der Krankenhausträger |⁴⁴ dar. Die ebenfalls als privatrechtlicher Verein organisierte DKG unterstützt ihre Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben auf dem Gebiet des Krankenhauswesens und vertritt die Krankenhausträger in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Sie ist bei allen bundesweit zu regelnden Angelegenheiten die Vertretung der über 2.000 Krankenhäuser – etwa bei der Vereinbarung der Vergütung von Krankenhausleistungen mit der Definition des Fallpauschalenkatalogs und der Bewertungsrelationen (gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband und dem PKV-Verband). Die DKG ist neben der KBV und der KZBV der dritte Vertreter der Leistungserbringer im Gemeinsamen Bundesausschuss.

BEWERTUNGSAUSSCHÜSSE

Die Bewertungsausschüsse für vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen sind gemäß § 87 SGB V das Beschlussgremium der Leistungsbeschreibungen und -bewertungen des jeweiligen einheitlichen Bewertungsmaßstabs, also der Gebührenordnung für Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte (EBM bzw. BEMA). Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Der Bewertungsausschuss besteht aus drei von der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestellten Vertretern. Den Vorsitz führen abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss wird einberufen, wenn im Bewertungsausschuss durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Vereinbarung über den Bewertungsmaßstab ganz oder teilweise nicht zustande kommt. Auf Verlangen mindestens zweier Mitglieder wird dann der Bewertungsausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt dann mit der Mehrheit seiner Mitglieder die jeweilige Vereinbarung fest.

ZULASSUNGSAUSSCHÜSSE

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen gemäß § 95 Abs. 1 SGB V zugelassene Ärzte und zugelassene Medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Über eine Zulassung und in Zulassungssachen entscheiden die Zulassungsausschüsse gemäß § 96 SGB V. Von

|⁴⁴ Arbeiterwohlfahrt Bundesverband, Bundesverband Deutscher Privatkliniken, Deutscher Caritasverband, Deutscher Landkreistag, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband, Deutscher Städte- und Gemeindebund, Deutscher Städtetag, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands, Deutsche Rentenversicherung Bund, Verband der Universitätsklinika Deutschlands, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland.

den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen werden für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) ein Zulassungsausschuss für Ärzte und ein Zulassungsausschuss für Zahnärzte errichtet. Die Zulassungsausschüsse bestehen aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestellt. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen. Die Zulassungsausschüsse beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit, bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Gegen die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse können die am Verfahren beteiligten Ärzte und Einrichtungen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen den jeweiligen Berufungsausschuss (§ 97 SGB V) anrufen. Die Berufungsausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt und aus Vertretern der Ärzte einerseits und der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen andererseits in gleicher Zahl als Beisitzern. Das Verfahren vor dem Berufungsausschuss gilt als Vorverfahren nach dem Sozialgerichtsgesetz.

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist gemäß § 92 SGB V das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Leistungserbringern und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt durch Richtlinien den Leistungskatalog der GKV und legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Die durch den G-BA beschlossenen Richtlinien sind für alle gesetzlich Versicherten sowie die Leistungserbringer und Krankenkassen in der GKV rechtlich verbindlich. Die Richtlinien regeln die Versorgung mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, ebenso wie die Versorgung mit ärztlichen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Darüber hinaus hat der G-BA Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung in der GKV.

Der G-BA, der unter der Rechtsaufsicht des BMG steht, hat 13 Mitglieder. Neben einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern stellen die gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Leistungserbringer (DKG (2), KBV (2), KZBV (1)) jeweils fünf Mitglieder. An den Sitzungen des G-BA nehmen ferner jeweils fünf Patientenvertreter mit eigenem Antragsrecht aber ohne Stimmrecht teil. Sie werden von den Organisationen benannt, die mit den in ihnen vertretenen Mitgliedern die Vielschichtigkeit der Patientenorganisationen und der Selbsthilfe abbilden.

Eine gezielte Vertretung der Universitätsmedizin und damit auch der hochschulmedizinischen Ambulanzen gibt es nicht. Die 32 Universitätsklinika sind als Leistungserbringer neben den gut 2.000 Krankenhäusern in der DKG repräsentiert. Ihre besondere Rolle in der Krankenversorgung etwa bei hochspezialisierten Leistungen und seltenen Erkrankungen ist nicht abgebildet.

B. Grundlagen der ambulanten Versorgung im Krankenhaus

Die Einbindung der ambulanten Versorgung im Krankenhaus in das Gesamtsystem der Versorgung wird international sehr unterschiedlich gehandhabt. Charakteristisch für das deutsche Gesundheitssystem ist, dass neben der hausärztlichen Versorgung auch die ambulante fachärztliche Versorgung ganz überwiegend von niedergelassenen Ärzten wahrgenommen wird. In vielen anderen Staaten werden hingegen erhebliche Teile insbesondere der ambulanten fachärztlichen Versorgung von Ärzten an Krankenhäusern durchgeführt. Großbritannien, die Niederlande und Schweden können hier als Beispiele genannt werden. Lediglich die hausärztliche Versorgung wird in den meisten Ländern von freiberuflichen Ärzten in eigenständigen Arztpraxen oder speziellen ambulanten Vorsorgeeinrichtungen angeboten. Einem derartigen Primärarztsystem wird dann häufig eine starke Lenkungs- und Lotsenfunktion zugewiesen.

Die ambulante ärztliche Versorgung nimmt im deutschen Gesundheitssystem eine Schlüsselstellung ein, da der niedergelassene Arzt in der Regel die erste und maßgebliche Anlaufstelle für Patienten darstellt. Der Vertragsarzt führt die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen eigenständig durch, verordnet Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und veranlasst weitergehende Maßnahmen wie etwa die Einweisung in ein Krankenhaus. Den in den KVen zusammengeschlossenen niedergelassenen Vertragsärzten – Ende 2008 waren dies 119.038 |⁴⁵ – obliegt die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der GKV. Krankenhausärzte dürfen nur in Ausnahmefällen, z.B. bei persönlicher Ermächtigung, ambulante Behandlungen zu Lasten der GKV erbringen. Ende 2008 gab es laut KBV 10.624 ermächtigte Krankenhausärzte.

|⁴⁵ Hinzu kommen 1.434 Partnerärzte und 4.292 angestellte Ärzte.

Internisten (2.679, ohne Innere und Allgemeinmedizin) und Chirurgen (1.888, ohne Orthopädie und Unfallchirurgie) waren dabei die größten Arztgruppen.

Umgekehrt arbeiten nur wenige niedergelassene Vertragsärzte gleichzeitig in Krankenhäusern. In kleineren Krankenhäusern werden oftmals kleine operative Fächer wie etwa die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) durch Niedergelassene vertreten, die ihre Patienten als Belegärzte stationär oder teilstationär behandeln. Ende 2008 waren laut KBV 5.859 Ärzte als Belegärzte registriert. HNO-Ärzte (1.530) und Frauenärzte (1.195) waren dabei die mit Abstand am häufigsten vertretenen Arztgruppen.

Die Möglichkeiten der Krankenhäuser in Deutschland, Patienten zu behandeln, sind in allgemeiner Form in § 39 Abs. 1 SGB V geregelt. In Satz 1 ist festgehalten, dass die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht wird. In Satz 2 wird klargestellt, dass ein Versicherter nur Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung hat, wenn das Behandlungsziel nicht durch eine andere Versorgungsform erzielt werden kann. Hierin manifestiert sich der gesundheitspolitische Grundsatz „ambulant vor stationär“. Eine generelle ambulante Behandlungsmöglichkeit für das Krankenhaus ist im Gesetz nicht aufgeführt. Die sektorale Trennung sieht keinen freien Zugang der Patienten zur ambulanten Versorgung im Krankenhaus vor. Ein Patient kann daher mit seiner Versichertenkarte ein Krankenhaus in der Regel nicht wie einen niedergelassenen Vertragsarzt unmittelbar zur ambulanten Behandlung aufsuchen. Es ist vielmehr erforderlich, dass jeder ambulante Patient im Krankenhaus einer bestimmten Versorgungsform zugeordnet werden kann, die es ermöglicht, die Behandlung mit der Krankenkasse abzurechnen. Dies setzt in der Regel eine Überweisung durch einen niedergelassenen Vertragsarzt voraus. Eine einheitliche Abrechnungsart und damit eine einheitliche Versorgungsform für die ambulante Behandlung im Krankenhaus existiert im SGB V nicht. |⁴⁶

Eine Ausnahme im beschränkten Zugang für gesetzlich versicherte Patienten zur ambulanten Versorgung im Krankenhaus besteht im Rahmen der Notfallbehandlung (siehe Kapitel B.I.m)). Abweichend ist zudem der Zugang für Privatpatienten und Selbstzahler geregelt sowie im Falle von ambulanten Behandlungen, die über andere Kostenträger wie etwa die Berufsgenossenschaften abgerechnet werden (siehe Kapitel B.I.n)).

|⁴⁶ Für eine umfassende Betrachtung des Themas insbesondere auch unter gesundheitsökonomischer Sicht siehe hier und im Folgenden Lünen, M.: Ambulante Behandlung im Krankenhaus. Zugang, Finanzierung, Umsetzung, Berlin 2007.

Zahlreiche Reformen des Gesetzgebers in den letzten Jahren insbesondere im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) haben durch eine immer stärkere Diversifizierung der ambulanten Versorgungsformen zu einer Erweiterung der Zugangsmöglichkeiten der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung geführt. Die ambulante Öffnung der Krankenhäuser erfolgte aber immer nur punktuell, so dass das System inzwischen zunehmend komplex und unübersichtlich geworden ist.

B.1 AMBULANTE VERSORGUNGSFORMEN IM KRANKENHAUS

a) Hochschulambulanzen

Der Begriff „Hochschulambulanzen“ wurde im Rahmen des Fallpauschalengesetzes (FPG) 2002 eingeführt. Er ersetzte im SGB V den Begriff der „Polikliniken“. Hiermit wurde einerseits der Beschränkung der Hochschulambulanzen auf universitätsmedizinische Einrichtungen Rechnung getragen, andererseits eine Abgrenzung zum Begriff der Polikliniken für ambulante Gesundheitseinrichtungen in der ehemaligen DDR vorgenommen, die – soweit sie am 31. Dezember 2003 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen waren – gemäß § 311 Abs. 2 SGB V Bestandsschutz genießen.

Eine Legaldefinition ist mit dem Begriff der Hochschulambulanz oder des vorhergehenden der Poliklinik jedoch nicht verbunden. Er dient häufig als Sammelbezeichnung für alle Ambulanzeinrichtungen in einem Universitätsklinikum. |⁴⁷ Hochschulambulanzen stellen im eigentlichen Sinne jedoch keine Organisationsform sondern eine spezifische Abrechnungsart dar, die es auf Basis einer entsprechenden Ermächtigung universitären medizinischen Einrichtungen erlaubt, ambulante Leistungen zu erbringen und diese mit den Krankenkassen abzurechnen.

RECHTSGRUNDLAGE

Ihre gesetzliche Grundlage erfahren die Hochschulambulanzen in §§ 117 und 120 SGB V, in denen ihre Zulassung und Finanzierung geregelt sind. Aus § 117 SGB V ergibt sich, dass Hochschulambulanzen auf Einrichtungen der Hochschulmedizin (sowie Psychologische Universitätsinstitute und Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes) beschränkt sind. Allgemeinkran-

|⁴⁷ Der Wissenschaftsrat definierte 1976 den Begriff Poliklinik wie folgt: „Unter Polikliniken sind [...] alle Einrichtungen der ambulanten Krankenbehandlung einschließlich der sogenannten organ- oder krankheitsbezogenen Spezialambulanzen zu verstehen.“ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu Aufgaben, Organisation und Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten, Köln 1976, S. 93.

kenhäuser können keine Hochschulambulanzen betreiben. Ferner legt § 117 SGB V fest, dass die Ermächtigung so zu gestalten ist, dass die Hochschulambulanzen Untersuchungen und Behandlungen „in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang“ durchführen können. Wie dieser Umfang abzugrenzen ist, wird nicht ausgeführt. Die Hochschulambulanzenstudie hat gezeigt, dass die Versorgung in den Hochschulambulanzen nicht auf die Anforderungen von Forschung und Lehre beschränkt ist.

ZUGANG

Aus § 117 SGB V ergibt sich der gesetzlich verankerte Anspruch der Universitätsmedizin auf die Einrichtung von Hochschulambulanzen. Der Zulassungsausschuss nach § 96 SGB V (s. Abschnitt b)) ist zu ihrer Ermächtigung verpflichtet; die Kassenärztliche Vereinigung hat hierauf keinen Einfluss. Folglich sind Hochschulambulanzen Bestandteil nahezu jeder Universitätsklinik. Das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung wird zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassen und den Universitätsklinken vertraglich vereinbart. Der Zugang der Patienten zu den Hochschulambulanzen erfolgt dabei häufig durch Überweisung eines niedergelassenen Facharztes, in einzelnen Ländern besteht aber auch ein direkter Zugang. Die oft spezifischen Überweisungsscheine sind Voraussetzung für die Leistungsabrechnung. Die einzelnen Regelungen weichen regional stark voneinander ab.

FINANZIERUNG

Die Vergütung der Hochschulambulanzen richtet sich nach § 120 SGB V. Seit Inkrafttreten des FPG im Jahre 2003 erfolgt die Festlegung der Höhe der Vergütungen in direkten Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Hochschulambulanzen. Bis dahin waren die Vergütungen nur zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt worden. Die vergüteten Leistungen der Hochschulambulanzen belasten seitdem auch nicht mehr das Budget der Vertragsärzte, da sie nicht mehr Bestandteil der Gesamtvergütungen nach § 85 SGB V sind. Die Hochschulambulanzen wurden damit den psychiatrischen Institutsambulanzen und den sozialpädiatrischen Zentren gleichgestellt (s. Abschnitte d) und e)).

In § 120 SGB V ist festgehalten, dass bei Hochschulambulanzen an öffentlich geförderten Krankenhäusern ein Investitionskostenabschlag – bei pauschalierter Vergütung in Höhe von 10 % – zu berücksichtigen ist. Hiermit soll eine Gleichbehandlung gegenüber den Vertragsärzten erzielt werden, die ihre Investitionen aus der Gesamtvergütung über die Kassenärztliche Vereinigung tätigen müssen. Die in Abs. 3 ermöglichte Pauschalierung der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen ist die Regel. Im Rahmen der pauschalierten Vergütung wird pro Fall und Quartal eine Pauschale mit der Krankenkasse ab-

gerechnet, unabhängig davon, wie häufig ein Patient in einem Quartal die Hochschulambulanz aufgesucht hat. |⁴⁸ Die Höhe der im Sprachgebrauch weiterhin auch als Poliklinikpauschale bezeichneten Vergütung schwankt je nach ausgehandeltem Vertrag für die einzelnen Hochschulstandorte, ist dann aber in der Regel für alle Fachdisziplinen gleich.

b) *Persönliche Ermächtigungen*

Persönliche Ermächtigungen stellen Zulassungen von einzelnen Krankenhausärzten mit abgeschlossener Weiterbildung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung und damit zur Abrechnung ambulanter Leistungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen dar. Persönliche Ermächtigungen, die durch den Zulassungsausschuss erteilt werden, können sowohl Fachärzte in Universitätsklinikum als auch in Allgemeinkrankenhäusern erlangen, so sie über besondere Fähigkeiten oder Kenntnisse verfügen, die für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten erforderlich sind. In der Praxis werden persönliche Ermächtigungen nur sehr restriktiv und befristet erteilt.

RECHTSGRUNDLAGE

Ihre Rechtsgrundlage hat die persönliche Ermächtigung von einzelnen Krankenhausärzten mit abgeschlossener Weiterbildung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in § 116 SGB V. Nach Satz 1 ist die Zulassung von Krankenhausärzten eine Kann-Bestimmung, was den Zulassungsausschüssen einen hohen Entscheidungsspielraum eröffnet. In diesen sind nach § 96 Abs. 2 SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen in gleicher Zahl vertreten. Die Zulassungsausschüsse, die für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung gebildet werden, beschließen mit einfacher Stimmenmehrheit, bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

In § 116 Satz 2 SGB V ist die Formulierung gewählt, dass die Ermächtigung nur „soweit und solange“ erteilt werden kann, wie die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Krankenhausärzte für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erforderlich sind. In der Praxis führt dies dazu, dass die Ermächtigung auf einzelne medizinische Handlungsfelder (Abrechnungsziffern) beschränkt und nur befristet erteilt wird.

|⁴⁸ In der Quartalsbetrachtung ist somit der Fall von der Konsultation abzugrenzen. Erfolgt die Behandlung über einen Zeitraum, der sich über eine Quartalsgrenze hinaus erstreckt, kann die Pauschale erneut abgerechnet werden. Diese Vorgehensweise ist dem im vertragsärztlichen Bereich vergleichbar.

Die entscheidende Hürde für den Zugang auf Seiten der Leistungserbringer sind die Zulassungsausschüsse, in denen gegen die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen keine Ermächtigung erteilt werden kann. Dabei gilt generell der Vorrang der niedergelassenen Fachärzte gegenüber der Ermächtigung eines Krankenhausarztes. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Vergütungen der persönlichen Ermächtigungen aus dem Gesamtbudget der Vertragsärzte finanziert werden. Lungen beschreibt, dass das Zulassungsverfahren „durch die Interessen der Beteiligten in der Praxis anfällig für strategische Überlegungen sein kann, die eine gesellschaftlich wünschbare Lösung verhindern“. |⁴⁹ Dies führt dazu, dass Ermächtigungen nur sehr restriktiv erteilt und auch bestehende wieder aufgehoben bzw. nicht verlängert werden. Kritisch ist hier immer das Erkennen bzw. der Nachweis einer bestehenden Versorgungslücke. Der Berufungsausschuss nach § 97 SGB V, der zur Überprüfung der Entscheidung eines Zulassungsausschusses angerufen werden kann, kommt dabei trotz eines unabhängigen Vorsitzenden in der Regel zur gleichen Entscheidung.

Der Zugang für Patienten zu einem ermächtigten Krankenhausarzt erfolgt in der Regel durch eine (spezielle) Überweisung eines niedergelassenen Facharztes.

FINANZIERUNG

Die Vergütung der von ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen erfolgt gemäß § 120 Abs. 1 SGB V nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Der Krankenhausarzt bzw. der Krankenhausträger rechnet demnach Einzelleistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) über die Kassenärztlichen Vereinigungen ab.

c) *Institutsermächtigungen*

Die Institutsermächtigung ermöglicht die Teilnahme ärztlich geleiteter Einrichtungen an der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Leistungserbringung ist somit gegenüber der persönlichen Ermächtigung nicht nur an den einzelnen Chef- oder Oberarzt gebunden, sondern kann von den Ärzten der ermächtigten Klinik oder Fachabteilung des Krankenhauses insgesamt wahrgenommen werden.

|⁴⁹ Lungen, M.: Ambulante Behandlung im Krankenhaus. Zugang, Finanzierung, Umsetzung, Berlin 2007, S. 36.

RECHTSGRUNDLAGE

Die gesetzliche Grundlage für Institutsermächtigungen, der Teilnahme ärztlich geleiteter Einrichtungen an der ambulanten ärztlichen Versorgung, ergibt sich aus § 95 Abs. 4 SGB V und § 98 Abs. 2 Nr. 11 SGB V. Die Teilnahme von Einrichtungen an der vertragsärztlichen Versorgung setzt eine Ermächtigung durch die Zulassungsausschüsse voraus. Die Einschränkung „nur in besonderen Fällen“ in § 98 Abs. 2 Nr. 11 SGB V führt dazu, dass Institutsermächtigungen immer nachrangig gegenüber persönlichen Ermächtigungen angewandt werden.

ZUGANG

Wie bei der persönlichen Ermächtigung stellen die Zulassungsausschüsse die entscheidende Hürde dar. Entsprechend des Vorrangs von persönlichen Ermächtigungen werden Institutsermächtigungen noch seltener erteilt. Patienten erlangen auch hier in der Regel durch Überweisung eines niedergelassenen Facharztes Zugang zur ermächtigten klinischen Einrichtung.

FINANZIERUNG

Analog der persönlichen Ermächtigung erfolgt eine Abrechnung von Einzelleistungen nach EBM über die Kassenärztlichen Vereinigungen.

d) Psychiatrische Institutsambulanzen

Neben Psychiatrischen Krankenhäusern sind auch Allgemeinkrankenhäuser bzw. Universitätsklinika mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Für letztere ist in einem bundeseinheitlichen Vertrag die Gruppe psychisch Kranker festgelegt, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung in den psychiatrischen Institutsambulanzen behandelt werden dürfen.

RECHTSGRUNDLAGE

Gesetzlich verankert sind Zulassung und Finanzierung der psychiatrischen Institutsambulanzen in § 118 und § 120 SGB V. Die vertragliche Festlegung der Gruppe von Patienten, für die die Ermächtigung erteilt wird, erfolgt nach § 118 Abs. Satz 2 SGB V auf Bundesebene zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Nehmen psychiatrische Abteilungen von Universitätsklinik oder Allgemeinkrankenhäusern eine regionale Versorgungsverpflichtung war, sind sie automatisch zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung im vertraglich vereinbarten Umfang ermächtigt. Für Patienten gilt auch hier das Überweisungsgebot durch einen niedergelassenen Vertragsarzt.

FINANZIERUNG

Die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen werden nach § 120 Abs. 2 SGB V unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung wird von den Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den Krankenhäusern vereinbart. Sie muss die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Nach Abs. 3 kann die Vergütung pauschaliert werden; bei öffentlich geförderten Krankenhäusern gekürzt um einen Investitionsabschlag von 10 %.

e) *Sozialpädiatrische Zentren*

Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, können vom Zulassungsausschuss zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Behandlung ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder Frühförderstellen behandelt werden können.

RECHTSGRUNDLAGE

Die rechtliche Grundlage für die Zulassung sozialpädiatrischer Zentren und die Einschränkung der zu behandelnden Kinder bildet § 119 SGB V; ihre Finanzierung ist analog den psychiatrischen Institutsambulanzen in § 120 SGB V geregelt. In § 119 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist die Formulierung gewählt, dass die Ermächtigung nur „soweit und solange sie notwendig ist“ erteilt wird, um eine sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen. Eine Ermächtigung wird damit in der Praxis nur befristet ausgesprochen.

ZUGANG

Nach § 119 Abs. 1 Satz 1 SGB V ist die Zulassung sozialpädiatrischer Zentren eine Kann-Bestimmung, was den Zulassungsausschüssen auch hier Entscheidungsspielraum eröffnet. Der Zugang für Patienten erfolgt in der Regel durch Überweisung eines niedergelassenen Facharztes. § 119 Abs. 2 SGB V schreibt die Ausrichtung der sozialpädiatrischen Zentren auf komplexe Behandlungsfälle

fest und sieht zugleich die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Frühförderstellen explizit vor.

FINANZIERUNG

Die Leistungen der sozialpädiatrischen Zentren werden analog den psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 120 Abs. 2 SGB V unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Auch hier ist die Leistungsfähigkeit bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten und nach Abs. 3 bei pauschalierter Vergütung ein Investitionsabschlag von 10 % bei öffentlich geförderten Krankenhäusern zu berücksichtigen.

f) Ambulantes Operieren

Ambulantes Operieren (AOP) ist die ambulante Versorgungsform, bei der für Krankenhäuser wie für niedergelassene Vertragsärzte einheitliche Rahmenbedingungen gelten. 1993 wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) die rechtliche Grundlage zum ambulanten Operieren im Krankenhaus geschaffen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen sowohl vertraglich einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe als auch die einheitliche Höhe der Vergütung auf Grundlage des EBM für Krankenhäuser und Vertragsärzte fest.

RECHTSGRUNDLAGE

Ihre Rechtsgrundlage erfährt das ambulante Operieren im Krankenhaus in § 115b SGB V. Hier ist festgelegt, dass neben dem dreiseitigen Vertrag (GKV-Spitzenverband, DKG und KBV) über Umfang und Vergütung der ambulanten Operationen auch Maßnahmen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit zu vereinbaren sind. In der Anlage zum AOP-Vertrag sind abschließend die Leistungen aufgeführt, die Operationen und stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115b SGB V darstellen. Der derzeit gültige AOP-Vertrag in der Fassung vom 4. Dezember 2009 trat zum 1. Januar 2010 in Kraft. Der Vertrag soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern. Dies umfasst auch die nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) zulässigen neuen Kooperationsmöglichkeiten. Er zielt darauf ab, auf der Basis des § 39 SGB V zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlung eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung zu sichern.

Die Krankenhäuser sind gemäß § 115b Abs. 2 SGB V zur ambulanten Durchführung der im Katalog genannten Operationen und stationsersetzenden Eingriffe zugelassen. Hierzu bedarf es nur einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss. Nach § 1 des AOP-Vertrages gilt die Zulassung in den Leistungsbereichen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. In der maschinenlesbaren Mitteilung sind die Operationen, die ambulant durchgeführt werden sollen, zu benennen. In § 2 Abs. 1 des AOP-Vertrages ist festgehalten, dass die Eingriffe in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheins durchgeführt werden sollen. Der Zugang für den Patienten ist aber auch ohne Überweisungsschein mit Krankenversichertenkarte möglich. In § 2 Abs. 2 des AOP-Vertrages ist klargestellt, dass aus dem als Anlage zu § 3 des Vertrages beigefügten „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe“ nicht die Verpflichtung hergeleitet werden kann, dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen sind. Der Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Gemäß § 3 Abs. 2 des AOP-Vertrages wird im Katalog zwischen Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden sollen, und Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, unterschieden. Nach § 3 Abs. 3 des AOP-Vertrages wird für die allgemeinen Tatbestände, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann, auf die G-AEP-Kriterien verwiesen. |⁵⁰

FINANZIERUNG

Die Vergütung erfolgt gemäß § 115b Abs. 1 SGB V einheitlich für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Sie erfolgt derzeit auf Grundlage des EBM nach einem festen Punktwert außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütungen.

|⁵⁰ G-AEP-Kriterien (*German Appropriateness Evaluation Protocol*): Medizinische Kriterien zur Beurteilung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung im Krankenhaus im Rahmen einer Fehlbelegungs- und Abrechnungsprüfung. Siehe Anlage 2 zu den Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen in der gültigen Fassung vom 15.04.2004.

g) *Unterversorgung*

Gemäß § 72 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Kann die ausreichende ärztliche Versorgung in Ermangelung niedergelassener Fachärzte nicht gewährleistet werden, hat der Gesetzgeber im Rahmen des GMG die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenhäuser bei Unterversorgung zur ambulanten Behandlung zugelassen werden können.

RECHTSGRUNDLAGE

Die Rechtsgrundlage der Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung bei Unterversorgung bildet § 116a SGB V. Hiernach kann die Ermächtigung der Krankenhäuser durch den Zulassungsausschuss nur für die Fachgebiete und Planungsbereiche erfolgen, in denen die Unterversorgung festgestellt wurde. Den Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung haben gemäß § 72 SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen.

ZUGANG

Die Unterversorgung muss zunächst vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in einem Planungsbereich festgestellt werden. Krankenhäuser können dann auf Antrag vom Zulassungsausschuss zur ärztlichen Versorgung ermächtigt werden, soweit und solange dies zur Deckung der Unterversorgung notwendig ist. Hier besteht wieder Entscheidungsspielraum seitens des Zulassungsausschusses. Der Patient kann das ermächtigte Krankenhaus wie einen Vertragsarzt aufsuchen.

FINANZIERUNG

Die Vergütung der Krankenhausleistungen bei Unterversorgung erfolgt analog der eines Vertragsarztes.

h) *Hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen*

Ebenfalls mit dem GMG wurde die Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung einer Reihe in einem Katalog zusammengefasster hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen eingeleitet. Seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 erfolgt die Zulassung der Krankenhäuser nicht mehr per Vertrag mit den Krankenkassen, sondern seitens der Zulassungsbehörde. Zu den Leistungen, die Gegenstand dieser ambulanten Versorgungsform im Krankenhaus sind, hat der Gesetzgeber einen initialen Katalog festgelegt, der vom G-BA spätestens alle zwei Jahre zu prüfen und fortzuschreiben ist. Der G-BA legt

zudem die Konkretisierung der jeweiligen Erkrankung und des Behandlungsauftrages mittels Angabe von Diagnosen sowie diagnostischen und therapeutischen Prozeduren, die sächlichen und personellen Anforderungen als auch eine mögliche Überweisungserfordernis und Mindestmenge fest. Derzeit umfasst der Leistungskatalog zwei hochspezialisierte Leistungen, 15 seltene Erkrankungen und neun Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. |⁵¹

RECHTSGRUNDLAGE

Gesetzlich verankert ist die hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen umfassende ambulante Versorgungsform in § 116b Abs. 2-6 SGB V. Hier sind insbesondere die Zulassung, der initiale Leistungskatalog, die Vorgaben für den G-BA, die Vergütung und der Leistungsumfang geregelt.

ZUGANG

Bis zum 1. April 2007 war für die Krankenhäuser zur Erlangung der Zulassung ein Vertrag mit einer Krankenkasse oder deren Verbänden erforderlich. Da die Vergütung extrabudgetär erfolgt, bestanden für die Krankenkassen keine Anreize, Verträge abzuschließen. Der Gesetzgeber hat daraufhin die Vertragspflicht aufgehoben. Seither entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde auf Antrag des Krankenhausträgers über die Zulassung. Hierbei ist die vertragsärztliche Versorgungssituation zu berücksichtigen. Der Zugang des Patienten setzt in der Regel die Überweisung durch einen Vertragsarzt voraus. Die jeweiligen Überweisungserfordernisse werden vom G-BA festgelegt.

FINANZIERUNG

Die vom Krankenhaus erbrachten Katalogleistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen auf Grundlage des EBM zu den gleichen Punktwerten wie für die Vertragsärzte vergütet. Da das Budget der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht entsprechend bereinigt wird, handelt es sich für die Kassen um zusätzliche Ausgaben.

|⁵¹ Siehe Anlage 1-3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der Fassung vom 18. Oktober 2005, zuletzt geändert am 15. April 2010, in Kraft getreten am 12. Mai 2010.

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten. Sie sollen den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch erkrankter Versicherter verbessern und zu einer Senkung der Behandlungskosten beitragen. Als Klassifikationsmerkmal des Risikostrukturausgleichs der GKV sollen DMP zudem verhindern, dass die hohen Behandlungskosten chronisch Kranker zu einem negativen Selektionskriterium seitens der Krankenkassen wird. Die Krankheiten, für die DMP entwickelt werden sollen, werden vom Bundesministerium für Gesundheit per Rechtsverordnung festgelegt. |⁵² Krankenkassen können Anträge für entsprechende Programme stellen, über deren Zulassung das Bundesversicherungsamt entscheidet. DMP zeichnen sich durch eine langfristige, evidenzbasierte, sektorübergreifende Versorgung aus, für deren Umsetzung die Krankenkassen Verträge mit einzelnen Leistungserbringern schließen. Mit der Gesetzesänderung durch das GMG wurde den Krankenhäusern explizit die Möglichkeit eröffnet, im Rahmen von DMP mit den Krankenkassen Verträge über ambulante ärztliche Behandlung zu schließen, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung in den DMP-Verträgen dies erfordern. Da chronisch Kranke einen Großteil aller Patienten ausmachen, wird die Motivation der Krankenhäuser, an DMP teilzunehmen, weniger in der Chance des Marktzutritts zur ambulanten Versorgung als vielmehr in der Sicherung der Belegung und damit der Verhinderung des Marktausschlusses aus der stationären Versorgung gesehen. |⁵³

RECHTSGRUNDLAGE

Die gesetzliche Grundlage für die Einrichtung und Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme, DMP) bei chronischen Krankheiten liefert § 137f-g SGB V. Die Teilnahme eines Krankenhauses an der ambulanten Versorgung im Rahmen der DMP regelt § 116b Abs. 1 SGB V. Vertragspartner sind danach unmittelbar die Krankenkassen oder ihre Landesverbände.

|⁵² Gemäß Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) vom 3. Januar 1994, zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. April 2010, können folgende Krankheiten Gegenstand von DMP-Programmen werden: Brustkrebs, koronare Herzkrankheit (KHK), Diabetes mellitus Typ I und Typ II, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) und Asthma bronchiale.

|⁵³ Lüngen, M.: Ambulante Behandlung im Krankenhaus. Zugang, Finanzierung, Umsetzung, Berlin 2007, S. 91.

Ist die Beteiligung von Krankenhäusern an der ambulanten Behandlung im DMP-Programm vorgesehen, kann ein Vertragsabschluss zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erfolgen. Der Versicherte muss sich bei Vorliegen der entsprechenden Erkrankung in das DMP-Programm seiner Krankenkasse einschreiben, um die spezifischen Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen zu können.

FINANZIERUNG

Die Vergütung der vom Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen ist nicht gesetzlich geregelt. Sie ist im Rahmen des Vertragsabschlusses zwischen Krankenkasse und Krankenhaus zu verhandeln.

j) Integrierte Versorgung

Die integrierte Versorgung (IV) soll zur Überwindung der sektoralen Trennung im deutschen Gesundheitssystem beitragen. Die Krankenkassen können seit der Neuregelung im Rahmen des GMG Verträge über „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ mit einzelnen Leistungserbringern abschließen. Vertragspartner können neben Vertragsärzten oder deren Gemeinschaften u.a. auch Krankenhäuser sein. Unter Berücksichtigung der allgemeingültigen Anforderungen an Qualität, Leistungsumfang und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ermöglicht der Gesetzgeber den Vertragspartnern ein hohes Maß an Gestaltungsfreiheit – so auch bei der Finanzierung oder der Abweichung von ansonsten geltenden Zulassungsbeschränkungen.

RECHTSGRUNDLAGE

Die integrierte Versorgung (IV) ist in § 140a-d SGB V gesetzlich verankert. Hier ist maßgeblich die Teilnahme an der integrierten Versorgung, die Ausgestaltung der Verträge, deren Vergütung sowie die Anschubfinanzierung geregelt. Die ambulante Behandlungsmöglichkeit der Krankenhäuser ergibt sich aus § 140b Abs. 4. Darüber hinaus sind Krankenhäuser im Rahmen von IV-Verträgen zur ambulanten Behandlung der im Katalog nach § 116b Abs. 3 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen berechtigt.

ZUGANG

Der Zugang der Krankenhäuser erfolgt über einen Vertragsabschluss mit den Krankenkassen. Hierbei haben sich in der Praxis im Wesentlichen zwei Ausprägungsformen herausgebildet. Dies ist zum einen die Teilhabe an einem große-

ren Netzwerk von Vertragsärzten und ggf. weiteren Krankenhäusern mit dem Ziel der Versorgung einer Region mit einer bestimmten medizinischen Leistung. Die zweite Variante ist der Abschluss von Komplexpauschalen, in denen im Rahmen der Therapie einer spezifischen Erkrankung neben der akutstationären Behandlung (etwa ein elektiver, planbarer operativer Eingriff) weitere Leistungen wie Nachsorge oder Rehabilitation vereinbart werden. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) in § 140a Abs. 1 die Bestimmung eingeführt, dass IV-Verträge eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen sollen, was die Chancen auf einen Abschluss von Komplexpauschalen verringert. Der Zugang der Versicherten ist beschränkt durch das Angebot ihrer Krankenkasse in integrierter Versorgung, die Teilnahme freiwillig.

FINANZIERUNG

Die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner im Rahmen der integrierten Versorgung ist Gegenstand der Verträge. Die Mittel hierfür wurden anfänglich regional über die Kürzung der Krankenhausrechnungen und der Gesamtvergütung der Vertragsärzte um bis zu 1 % bereitgestellt. Diese Anschubfinanzierung war auf die Jahre 2004-2008 beschränkt. Nicht verwendete Mittel sind wieder an die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser auszuzahlen.

k) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. |⁵⁴ Die SAPV umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt nach Maßgabe der entsprechenden Richtlinie des G-BA zu verordnen.

RECHTSGRUNDLAGE

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung SAPV ist in § 37b SGB V gesetzlich verankert und wurde mit dem GKV-WSG 2007 eingeführt. Hier sind der

|⁵⁴ Siehe § 1 Abs. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie (SAPV-RL)) vom 20. Dezember 2007 in Kraft getreten am 12. März 2008.

Anspruch der Versicherten und die Zuständigkeit des G-BA für die Bestimmung der Leistungen geregelt. In § 132d SGB V ist der Abschluss der Verträge zwischen den Krankenkassen und den geeigneten Leistungserbringern festgelegt.

ZUGANG

Der Zugang der Krankenhäuser erfolgt über einen Vertragsabschluss mit den Krankenkassen.

FINANZIERUNG

Die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner im Rahmen der SAPV ist Gegenstand der Verträge.

1) Medizinische Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Zugelassene MVZ nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil und treten damit gleichberechtigt neben den freiberuflich tätigen, niedergelassenen Arzt. Diese neue, mit dem GMG eingeführte Organisationsform in der ambulanten Versorgung orientiert sich an den in der ehemaligen DDR verbreiteten Polikliniken. Die MVZ können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; ihre Gründung ist auf Leistungserbringer beschränkt, die auf Grund von Zulassung (also auch Krankenhäuser), Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen. Im III. Quartal 2009 waren laut Angaben der KBV bundesweit 1.378 MVZ mit 6.647 Ärzten (darunter 5.316 im Angestelltenverhältnis) zugelassen. 38,2 % der MVZ waren in Trägerschaft eines Krankenhauses. Universitätsklinika werden in der Statistik nicht gesondert ausgewiesen. |⁵⁵

RECHTSGRUNDLAGE

Die gesetzliche Regelung der Medizinischen Versorgungszentren als fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen erfolgt in § 95 SGB V. Die Ärzte des MVZ müssen in das Arztregister eingetragen sein. Um als fachübergreifend zu gelten, müssen der Einrichtung Ärzte mit verschiedenen Facharzt- bzw. Schwerpunktbezeichnungen angehören. Da für jeden im MVZ tätigen – auch angestellten – Arzt eine Zulassung durch den Zulassungsausschuss erforderlich ist, wird die Zahl der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte (bzw. deren

|⁵⁵ Die KBV erhebt seit 2004 quartalsweise Daten zu MVZ aus den 17 KV-Regionen und stellt die Informationen zum Entwicklungsstand im Internet zur Verfügung.

Leistungsvolumen) nicht erhöht. Eine Überversorgung wird so ausgeschlossen. Für Krankenhäuser von Bedeutung sind die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vorgenommene Regelung, dass die Zulassung eines Vertragsarztes mit der Hälfte eines Versorgungsauftrags erfolgen kann und die entsprechende Klarstellung in § 20 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Hiernach ist die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationsklinik mit der Tätigkeit eines Vertragsarztes vereinbar. Dies ermöglicht die parallele Tätigkeit eines Facharztes in Krankenhaus und MVZ.

Damit eröffnen sich Krankenhäusern über eine Beteiligung an einem MVZ indirekt weitere ambulante Betätigungsmöglichkeiten. So können Krankenkassen Verträge mit MVZ im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V oder zur besonderen ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V abschließen.

Die MVZ orientieren sich an den in der ehemaligen DDR verbreiteten und heute weitgehend verschwundenen Polikliniken. Sie existieren nur noch vereinzelt aufgrund des in § 311 Abs. 2 SGB V gewährten Bestandsschutzes.

ZUGANG

Das Krankenhaus bzw. der Krankenhausträger kann ein MVZ gründen und in eigener Rechtsverantwortung führen. In der Regel wird es hierfür bestehende Vertragssitze aufkaufen. Alternativ kann mit einem von Vertragsärzten geleiteten MVZ kooperiert werden. Patienten können ein zugelassenes MVZ wie einen niedergelassenen Vertragsarzt der Fachrichtung aufsuchen.

FINANZIERUNG

Die Vergütung der MVZ erfolgt entsprechend der Vorschriften für Vertragsärzte auf Basis einer Einzelleistungsabrechnung nach dem EBM über die Kassenärztlichen Vereinigungen.

m) Notfälle

Bei der Notfallbehandlung im Krankenhaus sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen, die auf eine Definition des Notfalls aus dem Kassenarztrecht zurückgehen: |⁵⁶

|⁵⁶ Siehe Längen, M.: Ambulante Behandlung im Krankenhaus. Zugang, Finanzierung, Umsetzung, Berlin 2007, S. 44. Dort mit Verweis auf Kehres, E.: Kosten und Kostendeckung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus, Essen 1994, S. 42.

- 1 – Eine ärztliche Behandlung ist dringend erforderlich („Erste Hilfe“).
- 2 – Ein an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt (= niedergelassener Vertragsarzt) ist nicht erreichbar.
- 3 – Notfallbehandlung ist nur Erstversorgung. Im Notfalldienst sind nur solche Maßnahmen zu treffen und abzurechnen, die einen den Notfall begründenden Zustand soweit bzw. solange beseitigen, bis die kassen- bzw. vertragsärztliche Versorgung wieder in Anspruch genommen werden kann.

Genauer ist Gegenstand von Verträgen zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene. Diese gelten gleichermaßen für Allgemeinkrankenhäuser wie für Universitätsklinika.

RECHTSGRUNDLAGE

Eine unmittelbar gesetzliche Regelung zur Notfallbehandlung im Krankenhaus gibt es nicht. In § 115 SGB V findet sich lediglich die Vorgabe zum Abschluss dreiseitiger Verträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten. So heißt es in Abs. 1, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landeskrankenhausesellschaften oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge mit dem Ziel schließen, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten. Die Verträge regeln insbesondere nach Abs. 2 Nr. 3 die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes sowie nach Abs. 2 Nr. 5 die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus. In diesen Verträgen können jeweils regional unterschiedliche Regelungen zur ambulanten (Notfall-)Behandlung festgelegt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, bei denen nach § 75 Abs. 1 SGB V der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung einschließlich der Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) liegt, |⁵⁷ bestimmen dabei vielfach entscheidend mit, welche Therapieformen in welchem Umfang im Krankenhaus an ambulanter Notfallbehandlung erbracht werden dürfen.

ZUGANG

Eine Beschränkung des Zugangs für Krankenhäuser zur Behandlung von Notfallpatienten liegt zunächst nicht vor. Sie ergibt sich insoweit nur aus der Defi-

|⁵⁷ Zu unterscheiden vom Notdienst ist der Rettungsdienst. Die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes wird vom Landesrecht bestimmt.

nition, was ein Notfall ist, der einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus bedarf. Eine klare Abgrenzung ist hier schwierig. Zudem suchen Patienten immer wieder die Notfalleinrichtungen von Krankenhäusern auf, obwohl aus medizinischer Sicht eine Versorgung durch den kassenärztlichen Notdienst ausreichend gewesen wäre.

FINANZIERUNG

Die Vergütung der im Krankenhaus durchgeführten ambulanten Notfallbehandlungen ist nicht einheitlich. Sie erfolgt häufig auf Basis einer Einzelleistungsabrechnung nach EBM gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen. Dabei ist gemäß einem Urteil des Bundessozialgerichts |⁵⁸ in Anwendung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V die Kürzung um einen Investitionsabschlag in Höhe von 10 % zulässig. Es kommt jedoch vor, dass Kassenärztliche Vereinigungen darüber hinaus regelmäßig intransparente und nicht näher begründete Punktwertreduktionen vornehmen, die dann Gegenstand langwieriger gerichtlicher Auseinandersetzungen sind. Dies ist unmittelbar Ausfluss der Wettbewerbssituation zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern im Verteilungskampf um das gedeckelte Budget der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Abweichend hiervon erfolgt an einigen Standorten die Abrechnung der ambulanten Notfallbehandlungen im Rahmen der Hochschulambulanzen und ihrer pauschalen Vergütung. In diesen Fällen erfolgt auch keine getrennte Fallzählung.

n) Privatpatienten, Selbstzahler, BG-Fälle

Von den gesetzlichen Regelungen für GKV-Versicherte abweichende Zugangsmöglichkeiten zur ambulanten Versorgung sowohl für die Krankenhäuser als auch die Patienten gibt es, wenn über andere Kostenträger als die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden kann. Dies gilt insbesondere für PKV-Versicherte und Patienten, die als Selbstzahler auftreten, oder weitere Kostenträger wie z.B. die Berufsgenossenschaften (BG-Fälle).

PKV-VERSICHERTE (PRIVATPATIENTEN)

Privatpatienten als Mitglieder einer privaten Krankenversicherung schließen für die Behandlung einen privatrechtlichen Vertrag mit dem Chefarzt oder einem anderem vom Krankenhausträger ermächtigten Arzt ab. Sieht der Chefarztvertrag nicht das Recht zur Privatliquidation vor, wird der Wahlarztvertrag mit dem Krankenhausträger geschlossen und dieser übernimmt die Liquidation. Der Patient erhält die Rechnung über die erbrachten Leistungen unmittelbar vom

|⁵⁸ Urteil des Bundessozialgerichts vom 19. August 1991 (6 RKa 6/91).

Chefarzt ausgestellt und kann diese bei seiner privaten Krankenkasse zur Erstattung einreichen. Es gelten die Grundsätze des bürgerlichen Vertragsrechts gemäß § 611 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Der Privatpatient kann aufgrund seines Versichertenstatus den liquidationsberechtigten Krankenhausarzt wie einen niedergelassenen Facharzt aufsuchen. Eine Überweisung oder die Zuordnung zu einer bestimmten ambulanten Versorgungsform und damit Abrechnungsart ist nicht erforderlich. Die Vergütung erfolgt als Einzelleistungsabrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) unter Anwendung der vorgesehenen Steigerungssätze. Einschränkende Zulassungsregeln der Kassenärztlichen Vereinigungen, Mengenbegrenzungen bei der Leistungserbringung oder sonstige Restriktionen des Zugangs bestehen bei Privatpatienten nicht.

SELBSTZAHLER

Unabhängig vom Versichertenstatus können Patienten jederzeit zur ambulanten Behandlung ein Krankenhaus aufsuchen, wenn sie als Selbstzahler auftreten. Dies können zum einen Patienten sein, die weder gesetzlich noch privat versichert sind, zum anderen aber auch GKV-Versicherte, die entweder gemäß § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben oder aber explizit eine Behandlung durch einen Krankenhausarzt – etwa zum Einholen einer Zweitmeinung – wünschen sowie PKV-Versicherte, die etwa zur Wahrung von Prämien-erstattungen die Rechnung selber begleichen. |⁵⁹ Da für Selbstzahler die einschränkenden Vorgaben des SGB V nicht gelten, besteht ein weit gefasster Zugang für Leistungserbringer, der sich an den Vorgaben für Privatpatienten orientiert. Die Einzelleistungsabrechnung erfolgt über einen privatrechtlichen Vertrag auf Basis der GOÄ oder nach DKG-Normtarif (DKG-NT).

BG-FÄLLE

Einen Sonderfall bilden zudem Patienten, deren ambulante Behandlungen im Krankenhaus über Berufsgenossenschaften abgerechnet werden (BG-Fälle). Berufsgenossenschaften – bzw. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung insgesamt – stellen besondere Anforderungen an die Strukturqualität der behandelnden Einrichtung, etwa in Bezug auf die personelle und medizintechnische Ausstattung oder Mindestfallzahlen. Der Zugang ist entsprechend für Krankenhäuser und Patienten limitiert. Die Abrechnung von Patienten in BG-Ambulanzen erfolgt über eine Variante der GOÄ speziell für die gesetzliche Unfallversicherung (UV-GOÄ).

|⁵⁹ Der Abschluss eines Wahlarztvertrages ist nicht zwingend.

a) *Vor- und nachstationäre Behandlung*

Die vor- und nachstationäre Behandlung ist eng mit einer akutstationären Behandlung verknüpft. Dennoch handelt es sich um eine ambulante Versorgungsform, da dem Krankenhaus ermöglicht wird, Versicherte bei Verordnung von Krankenhausbehandlung in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung zu behandeln. Dies geschieht um

4 – die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder sie vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder

5 – im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

RECHTSGRUNDLAGE

Gesetzliche Grundlage der vor- und nachstationären Behandlung ist § 115a SGB V. Nach Abs. 2 ist die vorstationäre Behandlung auf drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn des stationären Aufenthalts beschränkt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach dem stationären Aufenthalt nicht überschreiten. Ausnahmen gelten im Wesentlichen nur bei Transplantationen. Nach Abs. 3 sind dreiseitige Verträge zwischen den Verbänden der Krankenkassen (GKV und PKV) auf Landesebene und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie im Benehmen mit der Kasernenärztlichen Vereinigung über die Vergütung der Leistungen zu schließen. Diese soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen.

ZUGANG

Krankenhäuser haben im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben einen Anspruch auf Abrechnung der vor- und nachstationären Behandlung. Bei Vorliegen einer stationären Einweisung wird der Patient entsprechend den Planungen der Krankenhausärzte einbestellt. Eine gesonderte Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt ist nicht erforderlich.

FINANZIERUNG

Gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale nicht gesondert berechenbar. Sie kann nur abgerechnet werden, wenn die Abklärungsuntersuchung ergeben hat, dass kein stationärer Aufenthalt erforderlich ist. Erfolgt die stationäre Aufnahme ist die vorstationäre Behandlung mit der DRG-Fallpauschale vergütet. Eine

nachstationäre Behandlung kann gesondert berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der DRG-Fallpauschale übersteigt.

b) Teilstationäre Behandlung

Bei der teilstationären Behandlung handelt es sich um eine Unterform der stationären Behandlung, die jedoch im Hinblick auf die organisatorischen Abläufe und die Krankheitsbilder einen ambulanten Charakter beinhaltet. Den Katalog von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können, legen Krankenkassen und Krankenhäuser im Rahmen der Selbstverwaltung auf Landesebene in einem zweiseitigen Vertrag fest. Eine Legaldefinition der teilstationären Behandlung gibt es nicht. Sie umfasst eine Vielzahl von Leistungen, die nicht vollstationär versorgt werden müssen, jedoch einer regelmäßigen aber nicht durchgehenden Behandlung im Krankenhaus bedürfen. Hierzu können Leistungen mit hoher medizinischer Komplexität und hohem apparativen Aufwand zählen, wie etwa Strahlen- oder Chemotherapie, die in bestimmten Intervallen meist nach einem vollstationären Aufenthalt erfolgt. Teilstationäre Behandlung umfasst aber auch die medizinische Versorgung in Tages- oder Nachtkliniken, wo Unterkunft oder Verpflegung entfallen. Tageskliniken sind z.B. häufig in der Dermatologie, der Psychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingerichtet. Zur teilstationären Versorgung zählt auch die Dialyse.

RECHTSGRUNDLAGE

Die zweiseitigen Verträge (Krankenkassen und -häuser) zur Festlegung eines Katalogs teilstationärer Leistungen sind in § 112 SGB V vorgeschrieben. Die Regelung der Vergütung ergibt sich aus dem KHEntgG wonach gemäß § 6 Abs. 2 tagesbezogene Entgelte zu vereinbaren sind, da die Leistungen (noch) nicht im DRG-System eingebunden sind.

ZUGANG

Der Zugang für Krankenhäuser ist Gegenstand der Verhandlung mit den Krankenkassen. Teilstationäre Behandlungen zählen zum stationären Erlösbudget und werden in Menge (inkl. aufgestellter Betten) und Erlöshöhe verhandelt und festgeschrieben. Patienten erlangen analog zur akutstationären Behandlung mittels Einweisung Zugang zu teilstationären Leistungen.

FINANZIERUNG

Die Vergütung der teilstationären Leistungen erfolgt über die krankenhausindividuell und abteilungsindividuell vereinbarten tagesbezogenen Entgelte. Die Einbindung in das Fallpauschalensystem der DRGs war angestrebt, ist bisher aber nicht realisiert worden.

Abkürzungsverzeichnis

WR	Wissenschaftsrat
AOP	Ambulantes Operieren
ÄApprO	Approbationsordnung für Ärzte
BEMA	Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen
BG	Berufsgenossenschaften
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CAD/CAM	Rechnerunterstützte Konstruktion / Fertigung
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
CTC	Clinical Trial Center
DMP	Disease-Management-Programm(e)
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKG-NT	DKG-Normaltarif
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FPG	Fallpauschalengesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HNO	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

IFB	Integrierte(s) Forschungs- und Behandlungszentrum(en)	111
IT	Informationstechnologie	
IV	Integrierte Versorgung	
KapVO	Kapazitätsverordnung	
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz	
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz	
KHK	Koronare Herzkrankheit	
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung	
KIS	Krankenhausinformationssystem(e)	
KV(en)	Kassenärztliche Vereinigung(en)	
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	
KZV(en)	Kassenzahnärztliche Vereinigung(en)	
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	
MVZ	Medizinische(s) Versorgungszentrum(en)	
NAMSE	Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen	
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel	
PET/CT	Positronen-Emissions-Tomographie / Computertomographie	
PJ	Praktisches Jahr	
PKV	Private Krankenversicherung	
RSAV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch	
UV-GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte Gesetzliche Unfallversicherung	
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz	
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands	