



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Betrifft: Ambulante Behandlung im Krankenhaus gem. § 116 b SGB V

EntschlieÙung

Auf Antrag von Vorstand (Drucksache VI - 01) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Deutsche Ärzteschaft fordert aus Sicht der Interessen der Patientinnen und Patienten seit jeher sinnvolle Formen der Integration von ambulanter und stationärer ärztlicher Versorgung. Eine integrierte Patientenversorgung, welche insbesondere bei dem Erfordernis eines häufigen Wechsels zwischen den Versorgungsbereichen von besonderer Bedeutung ist, darf nicht an starren Grenzen der Versorgungssektoren scheitern. Dieser Zielsetzung wird § 116 b SGB V in der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geänderten Fassung nicht gerecht. Die Vorschrift in ihrer jetzigen Konstruktion stellt nur sehr eingeschränkt eine Ergänzungsmöglichkeit dar, seltene Erkrankungen oder Krankheiten mit besonderem Verlauf zugunsten einer hochspezialisierten Patientenversorgung auch durch Krankenhäuser ambulant behandeln zu können. Hierfür ist die pauschale und unspezifische Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen über diesen Weg nicht zweckmäßig. Der gesetzlich vorgegebene Katalog nach § 116 b SGB V enthält keineswegs nur seltene Erkrankungen, sondern auch Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Mit bspw. onkologischen Erkrankungen oder der schweren Herzinsuffizienz betrifft er bedeutende Fallvolumina, so dass eine Richtlinienggebung durch den zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss so zu gestalten ist, dass es zu einer sinnvollen Ergänzung der vertragsärztlichen durch die stationäre Versorgung statt zu Parallelstrukturen kommt, welche bestehende Konkurrenzsituationen nur noch verstärken. Eine derartige Ausgestaltung dieses Instrumentes liegt auch insoweit im Interesse des Patienten, als es hilft, häufige Wechsel zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zu vermeiden.

Parallelstrukturen hingegen sind nicht im Interesse der Patienten, da hierdurch die Unübersichtlichkeit der Versorgungslandschaft erhöht, Schnittstellenprobleme verschärft und eine Optimierung des Ressourceneinsatzes behindert werden. Das Ziel muss vielmehr in einer durch besonderen Versorgungsbedarf begründeten Ergänzung der Versorgung liegen. Hierbei sind insbesondere die regionalen Gegebenheiten zu berücksichtigen, die sich in Flächenländern ganz anders darstellen als in Ballungszentren.

Damit die Patienten auch tatsächlich von der zusätzlichen Versorgungsmöglichkeit profitieren können, sind sinnvolle Vorgaben der Qualitätssicherung erforderlich. Die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in diesem Zusammenhang verabschiedeten Mindestmengen, die mittels einer prävalenzabhängigen Berechnungsformel eine Pseudo-Evidenz herstellen sollen, sind dazu kein geeignetes Mittel, sondern steigern lediglich die ohnehin schon überzogene Bürokratie. Die Festlegung eines Überweisungsvorbehalts durch den Vertragsarzt ist hingegen ein sinnvolles Steuerungselement. Sichergestellt werden muss darüber

Angenommen: ☒ Abgelehnt: ☐ Vorstandsüberweisung: ☐ Entfallen: ☐ Zurückgezogen: ☐ Nichtbefassung: ☐

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



hinaus, dass das Primat der Krankenhausplanung der Länder von der Richtlinienggebung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht angetastet wird.