

# Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V

## Sinnvolle Ergänzung oder Existenzgefährdung fachärztlicher Versorgung?



Dr. Klaus Ottmann,  
Vizepräsident der BLÄK

Die derzeitige Entwicklung im Gesundheitswesen zu einer zentralistischen Staatsmedizin mit zunehmender Bürokratisierung, Rationierung, Regressen, ausufernden Arbeitszeiten und Leistungsverdichtung ist nicht nur uns Ärztinnen und Ärzten längst bewusst, sondern haben inzwischen auch unsere Patienten wahrgenommen.

Die Heilberufe stemmen sich massiv gegen die zunehmende staatliche Reglementierung und Entmündigung der Selbstverwaltung.

Gerade die gemeinsamen Gremien der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung, in ihren Entscheidungen bisher unabhängig, waren es, die die subsidiäre Beteiligung von Krankenhausärzten an der ambulanten Behandlung entschieden haben (Zulassungsausschuss). Genau dieses Verfahren am Bedarf orientiert, wurde nun durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) auf den Kopf gestellt, sodass die Krankenhäuser jetzt einen qualifikationsabhängigen Anspruch auf ambulante Öffnung haben. Dass die persönlichen Ermächtigungsverfahren der Krankenhausärzte gelegentlich zu restriktiv verlaufen sind, weiß ich, aber dennoch hatten wir bisher eine vertrauensvolle auf Arbeitsteilung angelegte gemeinsame ambulante Versorgung auf hohem qualitativen Niveau. Auch kooperative Versorgungsformen wurden von uns seit Jahren entwickelt und auch gelebt. Wir hatten bisher gerade nicht die von einigen Politikern regelmäßig beklagte so genannte „doppelte fachärztliche Versorgung“ sondern einen geteilten Versorgungsauftrag.

Der Leitgedanke der Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b SGB V für hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen könnte ja noch als sinnvolle Ergänzung der ambulanten Versorgung interpretiert werden. Aber die völlig undifferenzierte Öffnung der Krankenhäuser zum Beispiel für alle onkologischen Erkrankungen oder schwere Formen der Herzinsuffizienz durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) konterkariert geradezu eine sinnvolle Arbeitsteilung. Es heißt auch nicht in den Richtlinien wie üblich „Diagnostik und Therapie“ sondern „Diagnostik und Versorgung“. Die Erklärung dieses so unauffälligen Unterschiedes ist in den Richtlinien zu finden, die es dann auch zulassen, dass die komplette Nachsorge dieser Patienten über viele Jahre im Krankenhaus erfolgen kann.

Ein Überweisungsvorbehalt durch fachspezifische Fachärzte, von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer gefordert, wurde vom G-BA abgelehnt. Durch diese undifferenzierte Öffnung der Krankenhäuser haben wir jetzt wirklich die immer angeprangerte doppelte Facharztversorgung. Die fachärztliche Versorgung besonders in den Ballungsräumen wird sich dramatisch verändern, aber offensichtlich ist dies gerade politischer Wille. Die auf Konkurrenz angelegte Entscheidung des G-BA wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) natürlich nicht beanstandet, da Konkurrenz im Gesundheitswesen ja forciert werden soll. Mit sparsamer Ressourcenverwendung hat dies wenig zu tun!

Die KBV muss jetzt sogar gegen diese Richtlinie des G-BA den Rechtsweg einschlagen, obwohl sie selbst Beteiligter am Entscheidungsverfahren war und überstimmt wurde. Natürlich werden überall Rechtsstreitigkeiten entstehen oder die Klagen sind bereits eingeleitet. Das Ganze nennt sich dann konstruktive Selbstverwaltung und zeigt deutlich, dass der G-BA der verlängerte Arm des BMG ist.

Damit schließt sich auch in diesem Bereich der Kreis der zunehmenden Vereinheitlichung unseres Gesundheitswesens bis zur Einheitsversicherung und Staatsmedizin.

Bleibt nur zu hoffen, dass wenigstens bei uns in Bayern die Entscheidungen im dafür zuständigen Krankenhausplanungsausschuss angemessen und sachgerecht erfolgen. Kooperative Strukturen sollten zwischen Krankenhäusern und der fachärztlichen Versorgung angestrebt werden. Parallelstrukturen sind nicht im Interesse der Patienten, da hierdurch die Unübersichtlichkeit der Versorgungslandschaft nur noch erhöht wird. Das Ziel der Regelung nach § 116 b sollte zu einer sinnvollen Ergänzung der Versorgung und nicht zu einem existenzvernichtenden Konkurrenzsystem führen. Vielleicht findet sich diese Einsicht auch noch beim G-BA, sodass auf eine Änderung der Richtlinien zu hoffen ist.

Die Bayerische Landesärztekammer ist in die wesentlichen Entscheidungsprozesse eingebunden und wir werden alles tun, sowohl für die bayerische Ärzteschaft, wie auch für unsere Patienten eine sinnvolle Weiterentwicklung kooperativer Versorgungsstrukturen zu erreichen.