

BESTANDSAUFNAHME ZUR WETTBEWERBLICHEN SITUATION IN DER NEUROLOGISCHEN UND PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG

*Ein Gutachten im Auftrag des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN),
des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN) und des Berufsverbandes
Deutscher Psychiater (BVDP)*

AUTOREN

Dr. Michael Coenen
Prof. Dr. Justus Haucap
Dr. Ina Loebert

KONTAKTPERSON

Dr. Michael Coenen
Tel: +49 211 8115492
E-Mail: coenen@dice.hhu.de

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

1. Erkrankungen des Zentralnervensystems (ZNS) bei Erwachsenen werden in Deutschland in Krankenhausunternehmen und von niedergelassenen Ärzten für Nervenheilkunde, von Fachärzten für „Neurologie“, Fachärzten für „Neurologie und Psychiatrie“, Fachärzten für „Psychiatrie“, Fachärzten für „Psychiatrie und Psychotherapie“, außerdem von Fachärzten für „Psychotherapeutische Medizin“, von Fachärzten für „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sowie von „Psychologischen Psychotherapeuten“ behandelt. Bei der Behandlung von ZNS-Erkrankungen werden Ärzte für Neurologie und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie häufig komplementär tätig. Das vorliegende Gutachten beleuchtet die Situation in der ambulanten ZNS-Versorgung bei Erwachsenen und kritisiert die zunehmende Konkurrenz, die Krankenhausunternehmen den niedergelassenen Vertragsärzten der ZNS-Fachbereiche machen.
2. Neurologische und psychische Erkrankungen bedeuten eine große Belastung für die Betroffenen und bedingen hohe volkswirtschaftliche Kosten. Diese Kosten entstehen zum einen aus den direkten Behandlungskosten und zum anderen aus den Opportunitätskosten eines in der Regel langanhaltenden Behandlungsprozesses der betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. ZNS-Erkrankungen belasten, weil sie als gravierende chronische Erkrankungen besondere Risiken für die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen bergen, die gesetzlichen Krankenkassen überdurchschnittlich. Indikationen aus Neurologie und Psychiatrie spielen daher eine herausgehobene Rolle im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der GKV. Vor diesem Hintergrund braucht es eine qualitativ hochwertige Versorgung von ZNS-Erkrankungen in angemessener Verfügbarkeit.
3. Die Zuwächse an Problemen der seelischen Gesundheit bedürfen der Mobilisierung gestufter Versorgungsangebote, die interdisziplinär und sektorübergreifend und aus Sicht der Patientinnen und Patienten niederschwellig sind. Grundsätzlich ist in der psychiatrischen und neurologischen Versorgung wie auch in anderen Facharzt-disziplinen die Frage zu stellen, ob der im Nebeneinander ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen angelegte Wettbewerb zwischen den niedergelassenen Vertragsärzten auf der einen und den Krankenhausunternehmen auf der anderen Seite um die Versorgung derselben Patientenklientel besser einer Versorgungssicht weichen sollte, in der wettbewerbliche Strukturen angelegt sind, um dem Ziel einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung zu dienen. Heute substituieren die Angebote der an Überschusserzielung orientierten Krankenhausunternehmen hingegen häufig die Angebote niedergelassener Vertragsärzte in derselben Region. Die Konkurrenz von Krankenhausunternehmen und Vertragsärzten kann daher im ZNS-Bereich zu einer langfristig negativen Arztzahlentwicklung zusätzlich beitragen.
4. In den zurückliegenden zehn Jahren wurden in Deutschland die Kapazitäten zur Versorgung von ZNS-Erkrankungen ausgebaut. Hierdurch wird ein möglicher Nachfrageüberhang bei der Behandlung neurologischer und psychischer Erkrankungen bedient, der ohne einen Kapazitätsausbau drängender wäre. Die Krankenhausunternehmen haben von der Entwicklung in stärkerem Maße profitiert und haben ihr Fallzahlenaufkommen im stationären ZNS-Versorgungsbereich stärker ausgebaut als die niedergelassenen Vertragsärzte ihr ambulantes Angebot. In den Krankenhausunternehmen muss heute von einer Dualität der stationären und ambulanten Versorgungsangebote gesprochen werden. Die Krankenhausunternehmen treten im ambulanten ZNS-Behandlungsmarkt auf einer großen Vielzahl von Wegen auf, in erster Linie über Ambulanzen und Hochschulambulanzen, den Betrieb von MVZ, über die Bestandsversorgungsangebote des § 116b SGB V a.F. sowie durch PIA in Konkurrenz mit niedergelassenen ZNS-Vertragsärzten.

5. Seit 2017 sind die psychiatrischen Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemein-krankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung zudem zur Durchführung stationsäquivalenter Behandlungen als neue Versorgungsform berechtigt. Die stationsäquivalente Behandlung wurde vom Gesetzgeber der vollstationären Versorgung im Krankenhausunternehmen gleich gesetzt. Die Entscheidung darüber, welche der beiden Behandlungsformen im Einzelfall gewährt wird, obliegt alleine dem jeweiligen Krankenhausunternehmen. Überschneidungen mit dem vertragsärztlichen Angebot und der Aufbau redundanter Doppelstrukturen durch die stationsäquivalente Behandlung in Krankenhausunternehmen können nicht ausgeschlossen werden.
6. Auch an dem jüngsten Beispiel stationsäquivalenter Behandlungen zeigt sich, wie unübersichtlich das ambulante Leistungsgeschehen in Krankenhausunternehmen inzwischen geworden ist. Zur Neuordnung des ambulanten Behandlungsmarktes ist es daher ratsam, zunächst weitgehende Transparenz über das tatsächliche ambulante Leistungsgeschehen in den Krankenhausunternehmen herzustellen. Bei weiteren Öffnungen der ambulanten Versorgung der Kliniken ist zudem auf eine adäquate Einbindung der Vertragsärzte Wert zu legen. Eine solche kann strukturell über die Kassenärztlichen Vereinigungen oder individuell erfolgen.
7. Die Vergütung von ZNS-Leistungen ist insbesondere im Bereich der Krankenhausunternehmen heterogen und teilweise intransparent. Voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen werden im Allgemeinen pauschal vergütet. Für allgemeine Krankenhausleistungen gilt das G-DRG-System, für die Leistungen psychosomatischer und psychiatrischer Kliniken PEPP, also tagesbezogene pauschalierte Entgelte. Ab dem Jahr 2018 ist PEPP von allen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verbindlich anzuwenden. Allerdings ist der Gesetzgeber mit dem zum 1. Januar 2017 in Kraft getretenen PsychVVG von der Idee abgewichen, ein für alle Krankenhäuser verbindliches einheitliches, durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzurichten. Stattdessen erfolgt die Anwendung zunächst weiter unter der Bedingung der Budgetneutralität.
8. Die Vergütung ambulanter ZNS-Leistungen unterscheidet für die privat- und vertragsärztlichen Leistungen zunächst nicht zwischen der ambulanten Behandlung durch einen niedergelassenen Vertragsarzt oder durch einen Krankenhausarzt, wenn dieser oder sein Krankenhaus beispielsweise zur ambulanten Behandlung ermächtigt ist oder er beispielsweise in einem krankenhauseigenen MVZ ambulante Leistungen erbringt. Dies gilt jedoch nicht für die Spezialvergütungen von Leistungen im Rahmen Stationsäquivalenter Behandlung (§115d SGB V), von Leistungen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V), von Leistungen der Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) und von Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen (§ 118 SGB V).
9. Langfristig sind Krankenhausunternehmen im Wettbewerb mit den niedergelassenen ZNS-Vertragsärzten flexibel im Hinblick auf die Ausrichtung ihres Angebotes auf besonders lukrative Versorgungsbereiche mit hohen Margen. Krankenhausunternehmen agieren strategisch als Wirtschaftsunternehmen, die ihr Gesamtangebot an stationären wie ambulanten Leistungen an den absehbaren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Versorgung ausrichten, mithin an den sich aus der Vergütungssystematik ergebenden Margen in der ambulanten und stationären Versorgung.
10. In den ZNS-Fachbereichen finden die Krankenhausunternehmen hierbei eine nach Patientenwerten ceteris paribus attraktive Versorgungsklientel vor. Zwar weisen ZNS-Fachbereiche typischerweise vergleichsweise geringe Gesamteinnahmen und ebenso geringe Gesamtüberschüsse auf, jedoch entstehen im Krankenhausunternehmen auch nur vergleichsweise geringe zusätzliche Kosten für Investition und Betrieb von Geräten aus der ambulanten Versorgung von ZNS-Patientinnen und Patienten. Eine Motivation zum Ausbau der ambulanten ZNS-

Angebote von Kliniken kann auch im Interesse an einem Ausgleich von Bedarfsschwankungen bei Patientenbehandlung bestehen. Außerdem haben wirtschaftlich geführte Krankenhausunternehmen ein Interesse daran, Synergien aus der Integration sich bei der Behandlung überschneidender Fachgebiete zu heben. So besteht im Falle der Neurologie ein enges Verhältnis zum Fachgebiet Psychiatrie. Neurologen arbeiten außerdem mit Radiologen und Neuroradiologen sowie mit Neuropathologen zusammen. Eine Überschneidung findet sich zudem mit Rheumatologen, Endokrinologen, Gastroenterologen und insbesondere auch Kardiologen sowie mit Urologen. Die beschriebenen Überschneidungen stiften den Krankenhausunternehmen Anreize zur horizontalen Integration aneinander angrenzender Fachgebiete, damit Krankheitsbilder vollständig innerhalb des Krankenhauses behandelt werden können. Diese Integration wirkt sich auch auf den ambulanten Bereich aus, da neue stationäre Angebote in den Krankenhausunternehmen auch neue ambulante Angebote aus demselben Fachgebiet auslösen.

11. Krankenhausunternehmen sind Mehrproduktanbieter und können aus dem Gesamtangebot Quersubventionierung in Bereichen betreiben, die wettbewerblich besonders hart umkämpft sind. Dieser Fall ist im Bereich der Neurologie möglich, die als Fachgebiet entweder explizit zur Regelversorgung im Krankenhaus zählt oder in internistischen Abteilungen von Krankenhäusern ausgeführt wird. In der psychiatrischen Versorgung sind spezialisierte Fachkliniken, historisch bedingt, oder Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern die Regel. Krankenhäuser besitzen die Möglichkeit, über den Patientenkontakt in der Notfallambulanz, der ASV, im MVZ oder aus den Psychiatrischen Institutsambulanzen auch stationäre Krankenhäuserfälle zu generieren. Ein nicht-kosten-deckender Betrieb der ambulanten Angebote lohnt sich für ein Krankenhausunternehmen, wenn durch diesen Deckungsbeiträge an anderer Stelle, also etwa in der stationären Versorgung oder aus der Krankenhausapotheke generiert werden. Hohe mögliche Umsatzzahlen der Krankenhausapotheken im Bereich der ZNS-Medikationen eröffnen den Krankenhausunternehmen hier Möglichkeiten und Anreize zur Quersubventionierung. Quersubventionierung äußert sich in Qualität „an falscher Stelle“ zur strategischen Beeinflussung von Marktanteilen mit langfristig negativen Folgen auf Anbietervielfalt und Angebotsqualität für die Patientinnen und Patienten. Sie äußert sich entweder in „zu hohen“ direkten Investitionen der Krankenhausunternehmen im Bereich der ambulanten ZNS-Versorgung oder indirekt in der Verwendung von Personal, Maschinen und Material aus anderen Bereichen in der ambulanten Neurologie und Psychiatrie und im Einsatz von Personal, Maschinen und Material aus dem stationären Bereich im ambulanten Bereich.
12. Sinkende Einnahmen der Vertragsärzte relativ zu ihren Kosten bewirken auch bei freiberuflich tätigen Neurologen und Psychiatern Anreize zu einer besonders an ökonomischen Kriterien ausgerichteten Steuerung der Patientinnen und Patienten. Dies trägt im Detail zu einer Fehlversorgung der Patientinnen und Patienten bei, mit hin zu einem Schaden für die Versicherungsgemeinschaft. Vergleichbare Anreize besitzen jedoch auch die angestellten Ärzte in krankenhauseigenen MVZ und auch in den Krankenhausunternehmen selbst. Der Versicherungsgemeinschaft entsteht ein möglicher Nachteil aus der strategischen Steuerung des Angebots in diejenigen Versorgungsbereiche mit den höchsten Margen und aus der Lenkung von Patientinnen und Patienten in das Behandlungsangebot mit den höchsten Überschüssen sowie aus der Auswahl von Patientinnen und Patienten nach Rentabilitäts Gesichtspunkten.
13. Abseits der Quersubventionierungsproblematik beim Einsatz von Personal, Maschinen und Material aus dem stationären Bereich im ambulanten Bereich gelten für Einrichtungen der Krankenhausunternehmen oftmals andere Standards als für niedergelassene Vertragsärzte, obwohl sie auf demselben Markt tätig sind. Exemplarisch sei hier der Facharztstandard bei Behandlungen in Krankenhausunternehmen genannt gegenüber dem zwingenden Facharztstatus bei Behandlungen von Patientinnen und Patienten in der niedergelassenen ver-

tragsärztlichen Versorgung. Die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten im Krankenhausunternehmen kann von anderen Statusgruppen übernommen werden mit kostenseitigen Implikationen zum Nachteil der Vertragsärzte und möglicherweise auch negativen Implikationen im Hinblick auf die Gesamtversorgungsqualität. Kostenunterschiede können für das Krankenhausunternehmen gegebenenfalls ein Grund sein, eine Patientin oder einen Patienten aus einem eigenen ambulanten Versorgungsangebot heraus zu nehmen und in einer eigenen stationären Versorgung zu platzieren. Durch den zwingenden Facharztstatus wird die Finanzierung der Versorgung im vertragsärztlichen Bereich gegenüber den Krankenhausunternehmen erschwert. Zum Teil können von den Krankenhausunternehmen auch Vorgaben des Gesetzgebers zur Behandlung von Patientinnen und Patienten kostensenkend umgangen werden und werden daher nur bedingt eingehalten (Problem der adäquaten Rechtsdurchsetzung). Krankenkassen beklagen die Deprofessionalisierung im Bereich der ambulanten Versorgung durch Krankenhausunternehmen. Gleichzeitig verbleibt der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung gänzlich bei den Vertragsärzten.

14. Ein Treiber der Unterversorgung im Bereich der vertragsärztlichen Neurologie und Psychiatrie ist die Tatsache, dass bei konstanter Morbidität der Bedarf an neurologischer und psychiatrischer Versorgung stetig wächst. Gründe hierfür liegen teils im demographischen Wandel und der Alterung der Gesellschaft, teils im Fortschritt und der ständig wachsenden Verfügbarkeit von Therapiemöglichkeiten für neurologische und psychiatrische Krankheitsbilder. Der Grad der Unterversorgung ist regional unterschiedlich ausgeprägt. Letztlich liegen regionaler Unterversorgung jedoch Fehlplanungen in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und der Krankenhausplanung zugrunde, die die ambulante und stationäre Versorgung nicht hinlänglich koordiniert und Vergangenheitswerte systematisch fortschreibt. Die Bedarfsplanung verknüpft das Angebot, schaltet die marktlichen Mechanismen vorstoßenden und nachziehenden Wettbewerbs systematisch aus und verstärkt die Tendenz zu lokalen Monopolen. Es bestehen ungleiche Versorgungsverhältnisse in den Städten und im ländlichen Raum und Unterschiede zwischen den östlichen und den westlichen Bundesländern. Die ländlichen Räume sind häufig geringer versorgt, wohingegen die Großstädte relativ zum Bedarf stärker versorgt sind. Auch bei den Psychotherapeuten und in der Arztgruppe der Nervenärzte sind ein Stadt-Land-Gefälle und zudem regionale Unterschiede im Versorgungsgrad zu erkennen. Dabei besteht ein Versorgungsgefälle zwischen dem Südwesten Deutschlands mit einer stärkeren Versorgung und dem Norden und Osten mit einer an einer versorgungsadäquaten Verhältniszahl gemessenen zu geringen Ärztedichte.
15. Die Krankenhausplanung, also die Bedarfsplanung der Krankenhäuser, hat die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit stationären Krankenhausleistungen zum Ziel. Unklar ist, was darunter konkret zu verstehen ist und ob und wie dieses Ziel erreicht werden kann. Eine mit der vertragsärztlichen Bedarfsplanung vergleichbare Transparenz über das Klinikangebot besteht nicht. Das Vordringen der Krankenhäuser in den ambulanten Sektor findet in der Krankenhausplanung bisher keine besondere Beachtung.
16. Die Festlegung in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung auf lediglich ein bestimmtes Niveau bei der Fachärztedichte geht zulasten derjenigen fachärztlichen Versorgungsbereiche, in denen das personale Angebot des Therapeuten über die Diagnostik hinaus eine hohe Bedeutung für den Behandlungserfolg besitzt, daher die Behandlungszeit, die der behandelnde Arzt mit dem einzelnen Patienten verbringt, die Qualität der Behandlung bestimmt. In der dargestellten Situation mit durch die vertragsärztliche Bedarfsplanung beschränkten Kapazitäten auf Seiten der ZNS-Fachärzte und durch die Krankenhausplanung nahezu unbeschränkten ambulanten Behandlungskapazitäten aufseiten der Krankenhausunternehmen besteht eine mögliche Auswirkung in einem Kellertreppeneffekt, der Patientinnen und Patienten zunehmend in die Angebote von Krankenhausunternehmen treibt und langfristig zu einer partiellen Substitution der vertragsärztlichen ZNS-Leistungen durch ZNS-

Leistungen der Krankenhausunternehmen führt. Vertragsärzte können bei der Behandlungstätigkeit nicht zwischen Fällen unterschiedlicher Schweregrade unterscheiden, daher gehen vergleichsweise häufig auch schwere Fälle weg von den Vertragsärzten hin zur ambulanten Alternative in den Krankenhausunternehmen.

17. Der skizzierten Entwicklung kann zum einen entgegengesteuert werden in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung durch eine höhere Zahl an Arztsitzen für die ZNS-Fächer, gegebenenfalls als Ergebnis einer bedarfsangepassten Bedarfsplanung. Unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsqualität ist zum anderen eine Erweiterung der finanziellen Ressourcen für die ambulante ZNS-Versorgung zu erwägen. Allerdings vergrößerte diese zusätzlich auch die Anreize für Krankenhausunternehmen, sich in der ambulanten ZNS-Versorgung beispielsweise mit krankeneigenen ZNS-MVZ zu betätigen. Insgesamt ist ein Soll/Ist-Abgleich der ambulanten wie stationären Bedarfsplanung vorzunehmen sowie ein Ausbau der Versorgung in weniger gut versorgten Bereichen wünschenswert. Hierzu muss eine Finanzierung gefunden werden. Da Einsparungen im bestehenden Budget der vertragsärztlichen Versorgung zur Verlagerung und zum Ausbau der Versorgung in weniger gut versorgten Bereichen nicht unbegrenzt möglich sind, ist politisch zu erwägen, inwiefern die Finanzierung neu hinzukommender Stellen durch die Krankenkassen erfolgen kann.
18. Kurzfristig sind die wirtschaftliche Entscheidungsgrundlage des Krankenhausunternehmens in erster Linie die Vergütungsunterschiede zwischen den alternativen Versorgungsmöglichkeiten am Standort des Krankenhausunternehmens. Die Behandlungskosten im Krankenhausunternehmen hingegen bestehen überwiegend aus kurzfristig unveränderlichen, versunkenen Kostenbestandteilen, die für die Steuerung der Patientin oder des Patienten im Krankenhaussystem keine Rolle spielen. Der große Vorsprung der stationären Erlöse gegenüber den Patientenwerten einer Quartalsbehandlung in der ambulanten Versorgung legt nahe, dass Krankenhausunternehmen bei der kurzfristigen Entscheidung über die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten im Krankenhaus deutliche Anreize haben, dem Grundsatz „stationär vor ambulant“ zu folgen und daher dem implizit in § 39 SGB V aus Gründen der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ zuwider zu handeln und stationäre Kapazitäten gegenüber ambulanten Kapazitäten bevorzugt auszulasten.
19. Das ambulante Vergütungssystem gilt bei niedergelassenen Vertragsärzten für alle Fälle gleich und bietet geringe Differenzierungsmöglichkeiten. Krankenhausunternehmen haben kurzfristig starke wirtschaftliche Anreize, ihre am Krankenhausstandort bestehenden Kapazitäten an pflegerischem und ärztlichem Personal, an Untersuchungs- und Behandlungsräumen sowie an Krankenhausbetten überschussmaximierend auch zulasten der niedergelassenen Vertragsärzte auszulasten, mit denen sie im Markt für ambulante Behandlungen in einem unmittelbaren Wettbewerb stehen. In dem Maße, in dem Patientinnen und Patienten bei ihrer Behandlung dem ambulanten oder dem stationären Sektor flexibel zugeordnet werden können, gehen auch die für eine stationäre Behandlung vorgehaltenen Bettenkapazitäten in dieses Kalkül ein. Den vergleichsweise flexiblen und daher großzügigen Möglichkeiten der Krankenhausunternehmen in der ambulanten ZNS-Versorgung steht eine geringe Angebotsflexibilität auf der Seite der niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater gegenüber. Da Patientinnen und Patienten zudem nach Erkrankungsgrad gegebenenfalls nicht der hausärztlichen Versorgung auf der einen oder der nervenärztlich-fachärztlichen Versorgung auf der anderen Seite eindeutig zugewiesen werden können, entsteht bei den niedergelassenen ZNS-Vertragsärzten kurzfristig wiederkehrend ein Kapazitätsengpass, den die konkurrierenden Krankenhäuser durch ihre flexiblen Kapazitätszuweisungsmöglichkeiten nicht fürchten müssen.
20. Das Zusammenspiel dieser den Krankenhausunternehmen gegenüber komplex wirkenden wirtschaftlichen Anreize benachteiligt die vertragsärztliche Versorgung und führt zu Kostennachteilen aufgrund von Ineffizienzen

für die Krankenkassen sowie zu einer inadäquaten Versorgung für die Beitragszahler. Eine Reformoption ist daher die Überführung der zwischenzeitlich unübersichtlichen Zahl an Öffnungsmöglichkeiten der Kliniken für die ambulante Versorgung in einen einheitlichen Ordnungsrahmen mit gleichen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die ambulante wie die stationäre Versorgung. Diese Zusammenführung ist im Hinblick auf die Gesamtheit des deutschen Gesundheitswesens eine Herausforderung, hat jedoch im kleinen Rahmen ein Vorbild in der Zusammenfassung der selektivvertraglichen Abschnitte des SGB V im neuen §140a SGB V „Besondere Versorgung“.

21. Der Kapazitätsengpass bei den ZNS-Vertragsärzten wird durch die in der hausärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung unterschiedlich bindende Institution von Arzneimittel-, Verbandmittel- und Heilmittel-Richtgrößen verstärkt. Die Richtgrößen motivieren die Überweisungstätigkeit in den fachärztlichen ZNS-Versorgungsbereich zur Schonung der individuellen Arzneimittel- und Heilmittelbudgets im hausärztlichen Versorgungsbereich. Ein alternativer Weg zur Eindämmung von Arzneimittel Regressen aufgrund von Richtgrößen wird in Bayern mit der seit Dezember 2014 bestehenden Wirkstoffvereinbarung beschritten. In der Wirkstoffvereinbarung sind Generika- und Leitsubstanzziele für verschiedene Medikamenten- und Arztgruppen festgeschrieben.
22. Von der Überweisungstätigkeit in den fachärztlichen ZNS-Versorgungsbereich sind insbesondere auch Fälle betroffen, die vom Krankheitsbild her zwar der jeweiligen ZNS-Facharztversorgung zugeordnet werden können, die jedoch im Hinblick auf einen eventuell besonderen Verlauf oder eine besondere Schwere der Erkrankung typischerweise nicht unbedingt fachärztlich versorgt werden müssten. In diesen Fällen wäre eine Behandlung durch einen hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner oder Internisten durch die entsprechende Verordnung eines wirksamen Arzneimittels zielführend gewesen. Aus Sicht der ZNS-Vertragsärzte ist diese Entwicklung negativ zu werten, da sie die Knappheit in der Versorgung weiter verschärft und verfügbare Behandlungszeit für schwere Fälle, die die besondere Aufmerksamkeit der behandelnden fachärztlich tätigen ZNS-Vertragsärzte verlangen, weiter reduziert.
23. Der bei ambulanten ZNS-Behandlungen vorherrschende Zeitdruck wird getrieben durch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Versorgung. Zum einen legt die Bedarfsplanung die Verhältniszahlen von Ärzten zu Patienten fest. Zum anderen bestimmt das System der kassenärztlichen Vergütung mit Regelleistungsvolumina (RLV), dass bei jedem einzelnen niedergelassenen Vertragsarzt wirtschaftliche Anreize bestehen, sich an diesen Verhältniszahlen mit seinem ambulanten Angebot zu orientieren. Eine mögliche Abhilfemaßnahme kann in einer Ausdeckelung und anschließend extrabudgetären Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Sprechleistungen analog zu der extrabudgetären Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen bestehen. Seit 2013 werden die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (EBM-Kapitel 35.2) aller Arztgruppen und die probatorischen Sitzungen (GOP 35150) der Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu konstanten Punktwerten vergütet.
24. Durch die Ausdeckelung verschiebt sich das Morbiditätsrisiko in Richtung der GKV. Darüber hinaus kann die extrabudgetäre Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Sprechleistungen wirksam sein, wenn kritische Leistungsbereiche in der kassenärztlichen Vergütung heute an der Grenze des RLV angeboten werden. Eine zusätzliche Ausdeckelung dieser Leistungsbereiche schafft Anreize für den niedergelassenen Vertragsarzt, den Umfang der Leistungen in diesen Bereichen oder die Zahl der Patientinnen und Patienten mit Leistungen

in diesen Bereichen zu erhöhen. Niedergelassene Vertragsärzte würden also ihre Tätigkeiten zugunsten derjenigen Leistungsbereiche verschieben, die keiner Deckelung durch RLV unterliegen. Die Ausdeckung kann mithin als ein Instrument verstanden werden, für die Facharzttrichtungen einzelne Leistungsbereiche in der Therapie spezifisch zu betonen. Im Hinblick auf ihre Vergütung profitieren die niedergelassenen ZNS-Vertragsärzte von einer Ausdeckung insbesondere, wenn zukünftig höherwertige ausgedeckelte Leistungen niederwertige gedeckelte Leistungsbereiche ersetzen oder wenn sie viele künftig ausgedeckelte Leistungen erbringen, die ihnen heute nur abgestaffelt vergütet werden. Im Bereich der Sprechenden Medizin ist vor dem Hintergrund der Ausdeckung in der Psychotherapie zu bedenken, dass zum einen die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des EBM-Kapitel 35.2 bereits ausgedeckt wurden und dass zum anderen im Bereich der Sprechenden Medizin generell Kapazitätsgrenzen schnell erreicht und nicht beliebig erweiterbar sind. Eine einheitliche Ausdeckung der Sprechleistungen in den ZNS-Fächern ist jedoch auch im Hinblick auf die Einheit der ZNS-Fachbereiche ein Signal und unterstützt die finanzielle Gleichbehandlung gleich gelagerter Fälle in unterschiedlichen Fachgebieten.

25. Insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen ZNS-Behandlungen, aber auch zunehmend in den übrigen ZNS-Therapien, ist eine Einbettung der Therapie in ein Behandlungsnetzwerk von großer Bedeutung. Die Koordinationsleistung hierfür wird in der üblichen EBM-Vergütung nicht abgegolten. Zwar erhalten Neurologen, Psychiater und Nervenärzte einen nicht unerheblichen Anteil ihres Honorars aus „Betreuungspauschalen“, die ihnen aus der Abrechnung bestimmter EBM-Betreuungsziffern zufließen. Diese sind jedoch nur diagnosegebunden anzusetzen, haben also das Vorliegen bestimmter schwerer oder chronischer ICD-10-Diagnosen zur Voraussetzung, die gesichert sein müssen. Verdachtsdiagnosen genügen zur Abrechnung der „Betreuungspauschalen“ nicht. Die Vorhaltung eines Behandlungsnetzwerkes zur Einbettung künftiger Therapien muss von den niedergelassenen Vertragsärzten daher ohne eine gesonderte Vergütung erbracht werden. Hingegen enthalten die pauschalierten Vergütungsformen von Krankenhäusern auch Vergütungsanteile für nichtärztliche Tätigkeiten, mit denen zumindest die Koordination ärztlicher mit nicht-ärztlichen Behandlungen im Krankenhausunternehmen selbst mitabgegolten wird.
26. Zu einer versorgungsgerechten Verbesserung der finanziellen Ausstattung der ZNS-Vertragsärzte sind im Hinblick auf die konfrontativen Wettbewerbspositionen der niedergelassenen Vertragsärzte und der Krankenhausunternehmen maßnahmenorientierte Lösungswege einzuschlagen, die niedergelassenen ZNS-Ärzten eine vergleichbare Angebotstiefe nachhaltig ermöglichen. Zu denken ist hierbei insbesondere an eine Vergütung der Koordinationsleistungen in psychosozialen Behandlungsnetzwerken nach dem Vorbild der SPV in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP). Hierbei geht es in erster Linie um die Verbesserung der Versorgungssituation durch Schaffung vernetzter Versorgungsstrukturen zur interdisziplinären Behandlung von psychiatrischen und neurologischen Patientinnen und Patienten.
27. Darüber hinaus ist an eine Weiterentwicklung der neuropsychiatrischen Versorgung zu einer Teamversorgung unter ärztlicher Leitung zu denken. Beispielhaft ist dies in dem NPPV Projekt der KV Nordrhein auf den Weg gebracht. Die KV Nordrhein erprobt in Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg und dem BKK-Landesverband Nordwest im Rahmen eines durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Projektes neue Versorgungswege für psychische und neurologische Krankheiten. Ziel des Projektes ist es, die Versorgungsqualität für die Patienten mit schweren bzw. komplexen Verlaufsformen bestimmter psychischer oder neurologischer Erkrankungen, wie z. B. affektive Störungen, Psychosen oder Multiple Sklerose und Schlaganfall, zu verbessern sowie die knappen Ressourcen der Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten besser zu allozieren. Die Umsetzung des Versorgungsmodells erfolgt auf lokaler Ebene unter Einbezug interessierter Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten. Das Versorgungsmodell sieht die modulare Versorgung

der Patientinnen und Patienten nach dem „Stepped-Care-Ansatz“ vor: In Abhängigkeit des Gesundheitszustandes des Patienten kommen Therapiemodule zur Anwendung, die sich aus den aktuellen Leitlinien der jeweiligen Indikationen ergeben. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit, die Therapie durch soziale Unterstützungsmodule zu ergänzen. Die Koordination der Therapiemodule obliegt einem Bezugsarzt oder Psychotherapeuten: Er richtet die fachärztliche/psychotherapeutische Versorgung möglichst passgenau an der spezifischen Morbidität des Patienten aus. Durch den „Stepped-Care-Ansatz“ wird im Allgemeinen das Ziel verfolgt, die bestmögliche individuelle Versorgung zu erreichen und eine Unter- bzw. Übertherapie zu vermeiden.

INHALTSVERZEICHNIS

Das Wichtigste in Kürze	3
Inhaltsverzeichnis	11
Abbildungsverzeichnis	13
Abkürzungsverzeichnis	14
1. Hintergrund und Ziele der Untersuchung	16
2. Der Status quo in der ZNS-Versorgung	18
2.1 Ärzte in der ZNS-Versorgung	18
2.2 Entwicklungen in der ZNS-Versorgung	20
3. Krankenhausangebote in der ZNS-Versorgung	28
3.1 Krankenhaus-MVZ als Strukturvariante	29
3.2 Auswirkungen von Krankenhaus-MVZ	35
3.3 Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung	39
3.4 Psychiatrische Institutsambulanzen	40
3.5 Stationsäquivalente Behandlungen	43
4. Vergütung in der wettbewerblichen ZNS-Versorgung	46
4.1 Vergütung in der stationären ZNS-Versorgung	46
4.2 Vergütung in der ambulanten ZNS-Versorgung	48
5. Die langfristige Steuerung im ZNS-Krankenhaus	52
5.1 Die deckungsbeitragsorientierte Ausrichtung des ambulanten Krankenhausangebots	53
5.2 Krankenhausapotheken	59
5.3 Quersubventionierung im ZNS-Krankenhaus	62
5.4 Facharztstandard versus Facharztstatus	64
5.5 Versorgungsdichte, Bedarfsplanung und Krankenhausplanung in der ZNS-Versorgung	65
6. Die kurzfristige Steuerung im ZNS-Krankenhaus	70
6.1 Die Überweisungstätigkeit der Hausärzte zur Schonung von Arzneimittel- und Heilmittelbudgets	72
6.2 Privatleistungen in der ZNS-Versorgung	75
6.3 Zum Vergleich: Psychologische Psychotherapeuten	76
6.4 Koordinationsleistungen der ZNS-Versorgung	79

7. Fazit	82
Literaturverzeichnis	89

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Fallzahlen je niedergelassenem Arzt/Psychotherapeuten im ambulanten ZNS-Bereich (Index, Basisquartal 1/2009).....	21
Abbildung 2: Kumuliertes Fallzahlenaufkommen im vertragsärztlichen Bereich (Index, Basisquartal 1/2009)	22
Abbildung 3: Krankenhausfälle nach ICD-10-F- und ICD-10-G-Diagnosen und insgesamt (Index, Basisjahr 2000)	23
Abbildung 4: Anzahl ZNS-Vertragsärzte (Absolut und Index, Basisjahr 2005)	25
Abbildung 5: Anzahl stationär tätiger ZNS-Ärzte.....	26
Abbildung 6: Überschüsse je Arztpraxis 2014	27
Abbildung 7: Betätigungsfelder von Krankenhäusern in der ambulanten ZNS-Versorgung	29
Abbildung 8: Entwicklung der MVZ zwischen 2004 und 2014	30
Abbildung 9: Entwicklung der Durchschnittsgrößen von MVZ zwischen 2004 und 2014	31
Abbildung 10: Anzahl der Ärzte in Krankenhaus-MVZ 2014.....	31
Abbildung 11: Arbeitszeiten angestellter Ärzte in Krankenhaus-MVZ 2014.....	32
Abbildung 12: Relation der Trägerschaft von MVZ nach Fachgruppen.....	33
Abbildung 13: Relation Krankenhaus-MVZ zu MVZ in Vertragsarzt-/sonstiger Trägerschaft nach Bundesland	34
Abbildung 14: Räumliche Verteilung der MVZ, kategorisiert nach Kernstädten, Ober-/Mittelzentren und ländlichen Gemeinden modifiziert nach BBSR.....	35
Abbildung 15: ZNS-Ärzte in Praxen nach Praxisart (Index, Basisjahr 2010)	37
Abbildung 16: Zahl von MVZ nach Trägerschaft.....	38
Abbildung 17: Anzahl von Praxen nach Praxisart (Index, Basisjahr 2010)	39
Abbildung 18: Ausgaben für PIA 1999-2015 (Index, Basisjahr 1999)	42
Abbildung 19: Aufwand je Einzelpraxis 2014	54
Abbildung 20: Gesamteinnahmen nach Facharztbereichen in Mio. Eur 2014.....	55
Abbildung 21: Gesamtüberschüsse nach Facharztbereichen in Mio. Euro 2014.....	56
Abbildung 22: Patientenwerte in der ambulanten Versorgung im vierten Quartal 2014 nach Versichertenstatus	57
Abbildung 23: Geräteaufwand je Praxis nach Fachbereichen 2014.....	58
Abbildung 24: Industrieumsätze der führenden Arzneimittel in Deutschland 2014	60
Abbildung 25: Behandlungszeit je Patient nach Fachbereichen im vierten Quartal 2014.....	68
Abbildung 26: Patientenzahlen im vierten Quartal 2014	69
Abbildung 27: Patientenwerte in der ambulanten Versorgung 2014	71
Abbildung 28: Arzneimittelumsatz in Tsd. Euro	73
Abbildung 29: Anzahl von Arzneimittelverordnungen.....	74
Abbildung 30: Struktur der Praxiseinkünfte 2014.....	75
Abbildung 31: Praxiseinnahmen vs. Break-Even-Arztgehalt.....	76
Abbildung 32: Überschüsse über alle Praxen 2011-2014.....	78

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ABK-RL	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOP-Leistungen	Ambulant operative Leistungen
ApBetrO	Apothekerbetriebsordnung
ApoG	Apothekengesetz
ASV	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
ASV-RL	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BDN	Berufsverband Deutscher Neurologen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BSG	Bundessozialgesetz
BVDN	Bundesverband Deutscher Nervenärzte
BVDP	Berufsverband Deutscher Psychiater
DMP	Disease-Management-Programme
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GKV-WStG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
GoP	Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
ICD	International Classification of Disease
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IK	Institutionskennzeichen
IM	Innere Medizin
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
KV	Krankenversicherung

KVWG	Krankenversicherungs- und Weiterentwicklungsgesetz
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NPPV	Neuropsychiatrische und psychotherapeutische Versorgung
NRW	Nordrhein-Westfalen
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PEPPV	Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	Psychiatrische Institutsambulanzen
PKV	Private Krankenversicherung
PSA	Psychoanalyse
PsychKVVerbG	Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
PsychVVG-E	Entwurf zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
PT	Psychotherapie
Q	Quartal
RLV	Regelleistungsvolumen
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPV	Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
VStG	Versorgungsstärkungsgesetz
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZIPP	Zi-Praxis-Panel
ZNS	Zentralnervensystem

1. HINTERGRUND UND ZIELE DER UNTERSUCHUNG

Erkrankungen des Zentralnervensystems (ZNS) bei Erwachsenen werden in Deutschland von den Krankenhausunternehmen und von niedergelassenen Ärzten für Nervenheilkunde, von Fachärzten für „Neurologie“, Fachärzten für „Neurologie und Psychiatrie“, Fachärzten für „Psychiatrie“, Fachärzten für „Psychiatrie und Psychotherapie“, außerdem von Fachärzten für „Psychotherapeutische Medizin“, von Fachärzten für „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sowie von „Psychologischen Psychotherapeuten“ behandelt. Ziel der Studie ist, die wettbewerbliche Situation in der neurologischen und psychiatrischen Versorgung bei Erwachsenen zu untersuchen und die aus wettbewerbspolitischer Sicht problematischen Gesichtspunkte in den gegenwärtigen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen herauszuarbeiten. Besonderes Augenmerk soll auf der Abgrenzung und den Übergängen von ambulanter und stationärer Versorgung sowie auf den unterschiedlichen Wettbewerbspotenzialen von ZNS-Ärzten auf der einen Seite und den Krankenhausunternehmen auf der anderen Seite liegen.

Vorarbeiten zu der vorliegenden Studie haben Albrecht, Fürstenberg und Gottberg (2007) geleistet, die das Behandlungsgeschehen im Bereich der ambulanten Versorgung von Patienten mit neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen dargestellt und ausgewertet haben. Wir knüpfen thematisch an diese Studie an und aktualisieren Teile ihrer Ergebnisse. Inhaltlich richten wir den Schwerpunkt unserer Untersuchung auf den Wettbewerb zwischen den vertragsärztlich tätigen niedergelassenen Ärzten auf der einen und den Krankenhausunternehmen auf der anderen Seite im Bereich der ZNS-Versorgung. Dieser inhaltliche Schwerpunkt findet sich mit einem Blick auf die onkologische Versorgung bereits in der Studie von Coenen, Haucap und Hottenrott (2016). Wir hinterfragen kritisch insbesondere Möglichkeiten und Anreize von Krankenhausunternehmen, auf den Märkten für die ambulante Versorgung in den Fachbereichen Neurologie und Psychiatrie (ZNS) tätig zu werden. Hierzu werten wir öffentlich verfügbare Information zum Behandlungsgeschehen in der ambulanten wie stationären ZNS-Versorgung aus und unterziehen sie einer kritischen Betrachtung aus einer wettbewerbspolitischen Sichtweise. Wir verwenden Daten von Destatis, aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), aus der Ärztestatistik der Bundesärztekammer, aus dem Bereich des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) sowie aus den Auswertungen zum Praxis-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi-PraxisPanel).

Krankenhausunternehmen haben heute unbeschränkte Betätigungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung. Im Bereich der neurologischen Versorgung stehen ihnen wesentlich die Gründung krankenhauseigener Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V sowie die Beteiligung an der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V offen. Ferner haben Krankenhäuser als Universitätskliniken über Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) die Möglichkeit zur ambulanten Versorgung. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung sind Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) die bedeutendsten Wettbewerber niedergelassener Psychiater, die durch § 118 SGB V zur Sicherstellung der Versorgung explizit zu ambulanter Tätigkeit ermächtigt sind. Dies sind zum einen Psychiatrische Krankenhäuser (§ 118 Abs. 1 SGB V) sowie selbständige, fachärztlich geleitete psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung von Allgemeinkrankenhäusern (§ 118 Abs. 2 SGB V) und psychosomatische Krankenhäuser sowie die selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen von psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern (§ 118 Abs. 3 SGB V).

Die Betätigung in der ambulanten neurologischen und psychiatrischen Versorgung bietet Krankenhausunternehmen teilweise direkte, teilweise indirekte finanzielle Vorteile. Direkte finanzielle Vorteile ergeben sich in Bereichen, in denen das Vergütungssystem in der ambulanten Versorgung ein in sich profitables ambulantes

Angebot der Krankenhausunternehmen ermöglicht. Indirekte finanzielle Vorteile ergeben sich, wenn das ambulante Angebot des Krankenhauses ein Mittel ist, um Patientinnen und Patienten zur Behandlung in ein profitables stationäres Angebot zu steuern. Wir werten die möglichen unterschiedlichen Vergütungen in der ambulanten und stationären Versorgung aus und identifizieren Bereiche in der ambulanten Versorgung, die in besonderem Maße von Wettbewerb durch Krankenhausunternehmen betroffen sind.

Kapitel 2 nähert sich dem Status quo in der ambulanten ZNS-Versorgung zunächst quantitativ. Kapitel 3 beschreibt anschließend die unterschiedlichen Angebotsmöglichkeiten, mit denen Krankenhausunternehmen konkret im Wettbewerb mit niedergelassenen ZNS-Vertragsärzten stehen. In Kapitel 4 werden Patientenwerte der unterschiedlichen stationären und ambulanten Versorgungsangebote von ZNS-Einrichtungen in Krankenhäusern und ZNS-Vertragsärzten abgeleitet. Kapitel 5 geht vor diesem Hintergrund auf die strategische Ausrichtung des Krankenhausangebots auf unterschiedliche ärztliche Fachbereiche ein und klärt die Anreize für Krankenhausunternehmen, sich in ZNS-Fachbereichen ambulant zu betätigen. Hierbei spielen Quersubventionierungspotentiale und im Vergleich mit dem Bereich der Vertragsärzte gegebenenfalls niedrigere Kosten durch andere Behandlungsstandards im Krankenhaus ebenso eine Rolle wie Mängel aus der Bedarfsplanung in der ambulanten ZNS-Versorgung und der Krankenhausplanung. Kapitel 6 betrachtet die kurzfristigen wirtschaftlichen Anreize im Krankenhausunternehmen, die die Versorgung eines Patienten in ein konkretes ZNS-Versorgungsangebot des Krankenhauses steuern. Das Kapitel schließt mit der Betrachtung zweier denkbarer Handlungsoptionen zur Verbesserung der vertragsärztlichen ZNS-Versorgung, die an anderer Stelle erprobt wurden: Zum einen ist dies die Überführung von ZNS-Versorgungsleistungen in eine extrabudgetäre Vergütung, zum anderen die gesonderte und zusätzliche Honorierung der Koordinationsleistungen von ZNS-Vertragsärzten in Netzwerk-Versorgungsstrukturen.

Kapitel 7 fasst die Ergebnisse zusammen und bietet eine Schlussbetrachtung. Der durch die gesetzten Rahmenbedingungen des Wettbewerbs von Vertragsärzten und Krankenhausunternehmen in der ZNS-Versorgung absehbaren Entwicklung kann aus unserer Sicht entgegengewirkt werden durch Anpassungen bei der ambulanten Bedarfsplanung, durch eine Umsteuerung finanzieller Ressourcen sowie durch maßnahmenorientierte Verbesserungen, die niedergelassenen ZNS-Ärzten nachhaltig eine ZNS-Krankenhäusern vergleichbare Angebotstiefe ermöglichen. Grundsätzlich ist im Hinblick auf eine modernisierte Governance der psychiatrischen und neurologischen Versorgung wie auch in anderen Facharzt-disziplinen die Frage zu stellen, ob der im Nebeneinander von ambulant und stationär angelegte Wettbewerb zwischen den niedergelassenen Vertragsärzten auf der einen und den Krankenhausunternehmen auf der anderen Seite um die Versorgung einer in weiten Teilen deckungsgleichen Patientenklientel nicht einer Versorgungssicht weichen sollte, in der wettbewerbliche Strukturen angelegt werden, um dem Versorgungsziel zu dienen. Denn die Zuwächse an Problemen der seelischen Gesundheit bedürfen der Mobilisierung gestufter Versorgungsangebote, die interdisziplinär und sektorübergreifend und aus Sicht der Patientinnen und Patienten niederschwellig sind.

2. DER STATUS QUO IN DER ZNS-VERSORGUNG

2.1 ÄRZTE IN DER ZNS-VERSORGUNG

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen unter erwachsenen Personen wird für Deutschland auf ca. 30 Prozent geschätzt. Von diesen Erkrankten werden jedoch lediglich 10 Prozent bis 15 Prozent tatsächlich therapiert, zu einem Großteil in psychiatrischen Krankenhäusern oder auf dem Wege einer ambulanten psychiatrischen Versorgung. Die ambulante Psychotherapie wird in einem erheblich geringeren Umfang genutzt. Dem ZNS-Bereich hinzuzuzählen sind neurologische Erkrankungen, die in dieser Prävalenzstatistik noch nicht erfasst sind (vgl. Nübling, Jeschke, Ochs et al., 2014, S. 389).

Neurologische und psychische Erkrankungen (im Folgenden der Einfachheit halber als Erkrankungen des Zentralnervensystems (ZNS) bezeichnet) werden von verschiedenen Ärzten therapiert. Diese gehören zum einen der Arztgruppe der Nervenärzte, zum anderen der Arztgruppe der Psychotherapeuten an. Zur Arztgruppe der Nervenärzte gehören die Nervenärzte, die Neurologen, die Psychiater sowie die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten zählen die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten (KJPP) (vgl. z. B. § 12 Abs. 2 Nr. 6 und Nr. 8 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich auf die Betrachtung der Strukturen in der Behandlung von Erwachsenen mit Erkrankungen im ZNS-Bereich. Die Facharztbezeichnungen werden im Folgenden näher erläutert.

Arztgruppe der Nervenärzte: Die Ausbildung zum „Nervenarzt“ bzw. „Arzt für Neurologie und Psychiatrie“ setzte den Abschluss des Humanmedizinstudiums voraus sowie eine fünfjährige Facharztausbildung mit mindestens je zwei Jahren im Einzelfach. Der Nervenarzt bzw. Arzt für Neurologie und Psychiatrie wurde vom „Arzt für Neurologie“ und dem „Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ abgelöst. Der Unterschied zwischen dem Nervenarzt bzw. dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie sowie dem Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie äußert sich in der Ergänzung der fünfjährigen Facharztausbildung um psychotherapeutische Inhalte (vgl. Bergmann und Roth-Sackenheim, 2010, S. 43).¹

Ein „Arzt für Neurologie“ ist auf die Erkennung und Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems, d. h. des Gehirns, des Rückenmarks, der Sinnesorgane, der peripheren Nerven einschließlich der Nervenwurzeln sowie der Muskulatur spezialisiert. Der Neurologe beschäftigt sich primär mit den organischen Ursachen von Erkrankungen des Nervensystems z. B. als Folge von Durchblutungsstörungen, Entzündungen, Degeneration, Stoffwechselstörungen, Tumore oder Traumen. Da Erkrankungen des Gehirns auch zu psychischen und neuropsychologischen Symptomen führen können, ist dies Teil der Weiterbildung. Ein Jahr der Facharztweiterbil-

¹ Siehe auch: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/neurologie/nervenheilkunde/>, zuletzt abgerufen am 8. Mai 2017.

derung absolviert ein Neurologe in einer psychiatrischen Einrichtung. Typische Erkrankungen sind z. B. Schlaganfälle, Schädel-Hirn-Traumata, Multiple Sklerose, Parkinson, Demenz sowie Entzündungen des Gehirns und der Hirnhäute.²

Der „Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ ist auf die Erkennung und Behandlung von Gesundheitsstörungen, die im Zusammenhang mit der Psyche des Menschen stehen, spezialisiert. Dazu gehören krankhafte Veränderungen und Störungen der Gefühle, des Denkens, aber auch der Stimmungen, des Antriebs, des Gedächtnisses oder des Erlebens und Verhaltens.³ Der Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie muss im Rahmen der Diagnostik und Behandlung in der Lage sein, dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei der Erkrankung der Psyche auch somatoforme Störungen auftreten und psychische, soziale oder somatische Bedingungen (z. B. die Erkrankung des Gehirns) zur Entstehung der Erkrankung beitragen können (vgl. Tölle und Windgassen, 2014, S. 2). Die Weiterbildung zum Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie beinhaltet zusätzlich zur neurologischen eine umfassende psychiatrische- und psychotherapeutische Ausbildung.

Bei der Behandlung von ZNS-Erkrankungen werden Ärzte für Neurologie und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie häufig komplementär tätig.

Auch der „Arzt für Psychiatrie“ alter Weiterbildungsordnung wurde durch den Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie abgelöst, weshalb eine Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie heute nicht mehr möglich ist (vgl. Linden, 2006, S. 425). Ein „Arzt für Psychiatrie“ alter Weiterbildungsordnung (Synonym: Psychiater) ist ebenfalls ein Humanmediziner, der jedoch nach Beendigung seines Studiums eine mehrjährige Facharztausbildung zum Psychiater absolvieren musste.⁴ Die Weiterbildung beinhaltet u. a. Kenntnisse in Psychopharmakologie, zudem nicht medizinische Behandlungsstrategien, sozialpsychiatrische Intervention, multidisziplinäre Behandlungsplanung und Grundkenntnisse in Psychotherapie. In der Regel haben Psychiater außerdem die Zusatztitel Psychotherapie (PT) oder Psychoanalyse (PSA) erworben. Psychiater kümmern sich um Personen, die beispielweise über Wahrnehmungs- und Denkstörungen, Zwangssymptome, Todesgedanken oder auch Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme klagen (vgl. Diefenbacher, Volz und Vogelsang et al., 1998, S. 3).

Arztgruppe der Psychotherapeuten: Der Begriff „Psychotherapeut“ ist seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) am 1. Januar 1999 geschützt. Danach dürfen sich nur diejenigen Personen Psychotherapeut nennen, die nach dem Abschluss des Humanmedizin- oder Psychologiestudiums, eine mehrjährige Weiterbildung zum Psychotherapeuten durchlaufen haben.⁵ Typische Krankheitsbilder, die von einem Psychotherapeuten behandelt werden, sind zum Beispiel Angststörungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, Schizophrenie und auch Depressionen.⁶

² Vgl. <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/neurologie/neurologie/>, zuletzt abgerufen am 14. Mai 2017.

³ Vgl. <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/psychiatrie/>, zuletzt abgerufen am 14. Mai 2017.

⁴ Vgl. <http://www.bdp-verband.org/psychologie/psytherapie.shtml>, zuletzt aufgerufen am 14.03.2017.

⁵ Im Gegensatz zum Psychologiestudium ist das Humanmedizinstudium ein Heilberufsstudium. Daher kommen die Heilberufsanteile bei den psychologischen Psychotherapeuten erst in der Ausbildung zum Psychotherapeuten. Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich auf Behandlungen im Erwachsenenbereich. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie können auch Personen, die das Studium der Pädagogik oder Sozialpädagogik absolviert haben, den Titel des Psychotherapeuten führen, wenn sie eine Weiterbildung zum Psychotherapeuten vorweisen können.

⁶ Vgl. <http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/patienten/allgemeine-informationen/>, zuletzt abgerufen am 14. Mai 2017.

Der „Arzt für Psychotherapeutische Medizin“ wurde vom „Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ abgelöst. Die Ausbildung setzt ein Studium der Humanmedizin voraus sowie eine mehrjährige Facharztausbildung (vgl. Ofenstein und von Westphalen, 2004, S. 6).

Ein psychologischer Psychotherapeut ist eine Person, die nach Beendigung des Psychologiestudiums eine mehrjährige Weiterbildung zum Psychotherapeuten absolviert hat. Da ein psychologischer Psychotherapeut keinen Abschluss in Humanmedizin vorweisen kann, ist es ihm – im Gegensatz zum Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder dem Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – nicht gestattet, körperliche Behandlungen vorzunehmen, Pharmakotherapie auszuüben oder Soziotherapie zu erbringen, d. h. beispielsweise Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen oder Krankenhauseinweisungen zu erteilen (vgl. Linden, 2006, S. 425; Wolowski und Demmel, 2010, S. 214). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 16. März 2017 jedoch entsprechend den Vorgaben des Versorgungsstärkungsgesetzes die Verordnungsmöglichkeiten von Leistungen durch Psychotherapeuten neu geregelt und den psychologischen Psychotherapeuten das Recht eingeräumt, ihren Patientinnen und Patienten eine Soziotherapie, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, eine Krankenhausbehandlung sowie einen Krankentransport zu verordnen (§ 73 SGB V).⁷

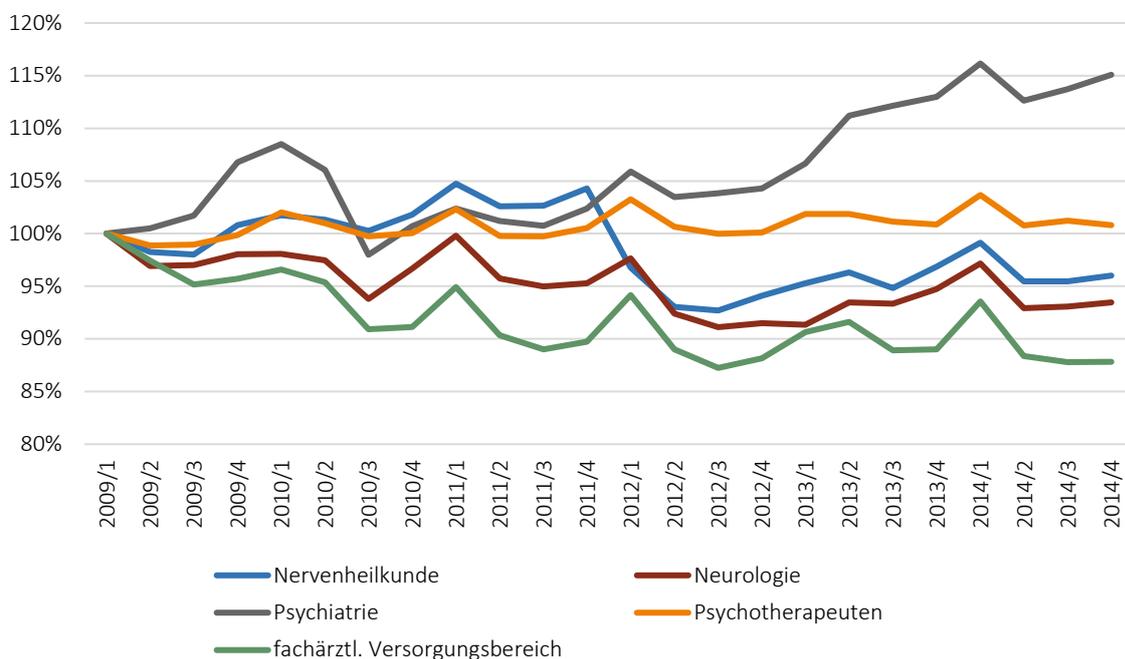
2.2 ENTWICKLUNGEN IN DER ZNS-VERSORGUNG

Die Kapazitäten zur Versorgung von ZNS-Erkrankungen wurden in Deutschland in den zurückliegenden zehn Jahren ausgebaut. Hierdurch wird ein Nachfrageüberhang bei der Behandlung neurologischer und psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung bedient, der ohne einen Kapazitätsausbau drängender wäre. Die Betrachtung grober, statistischer Werte beispielsweise zu Fallzahlen und Ärztezahlen ergibt einen ersten Überblick über den wettbewerblichen Status quo im ZNS-Behandlungsmarkt. Zu erkennen ist insbesondere, dass Krankenhausunternehmen gegenüber dem fachärztlichen Versorgungsbereich den Kapazitätsausbau betreiben konnten und daher vornehmlich vom Fallzahlenaufwuchs profitieren.

Im Bereich der niedergelassenen ZNS-Fachärzte ist die Zahl der Behandlungsfälle seit 2009 lediglich moderat angestiegen. Sinnvoll ist hierbei die kumulierte Betrachtung der Behandlungsfälle für Nervenheilkunde, für Neurologie und für Psychiatrie, da der Fachbereichszuschnitt inzwischen geändert wurde, Fachärzte für Nervenheilkunde daher sukzessive durch Alterung aus dem Markt ausscheiden. Abbildung 1 beschreibt in der kassenärztlichen Versorgung die Entwicklung der Behandlungsfälle je Arzt im ZNS-Bereich und zum Vergleich je Psychotherapeut sowie je Arzt im fachärztlichen Versorgungsbereich insgesamt über alle Quartale der Jahre 2009 bis 2014. Als ein Behandlungsfall zählt hierbei die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Quartal zulasten derselben Krankenkasse.

⁷ Vgl. <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/ab/120/>, zuletzt abgerufen am 17. Juli 2017.

ABBILDUNG 1: FALLZAHLEN JE NIEDERGELASSENEM ARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN IM AMBULANTEN ZNS-BEREICH (INDEX, BASISQUARTAL 1/2009)

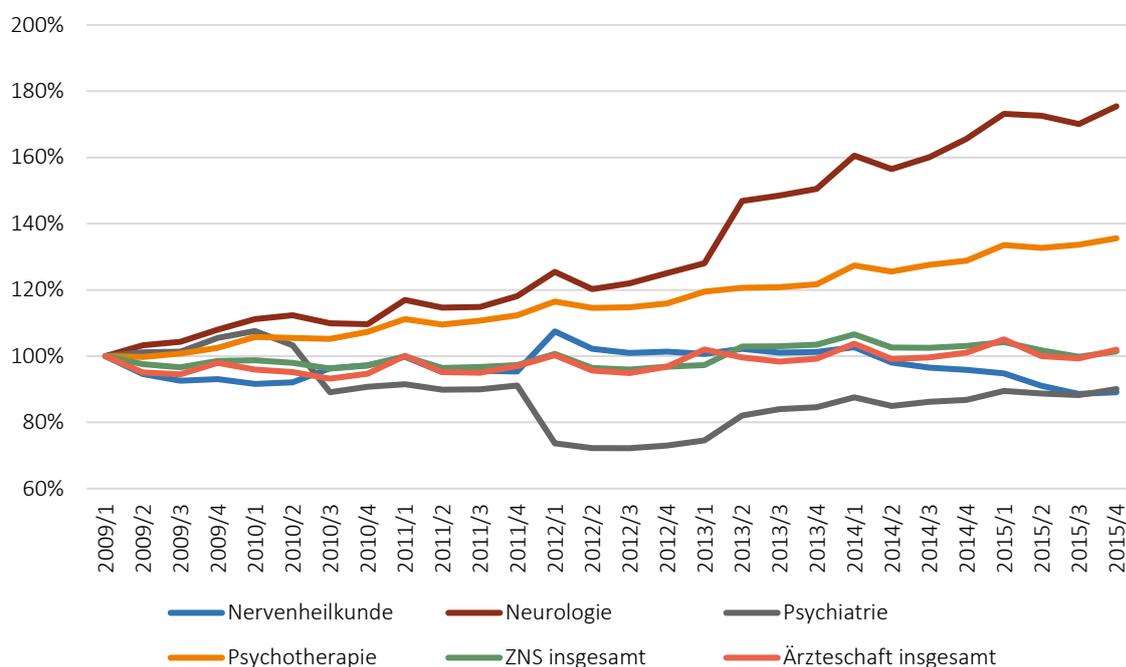


Quelle: KBV Honorarbericht, eigene Darstellung.

Die regelmäßigen Schwankungen in den Kurvenverläufen deuten auf saisonale Muster. Von diesen abgesehen sind die Pro-Kopf-Fallzahlen im fachärztlichen Versorgungsbereich insgesamt in den letzten Jahren tendenziell leicht rückläufig, so auch bei den Fachärzten für Nervenheilkunde und Neurologie, nicht jedoch bei den Psychotherapeuten, die mehr oder minder Fallzahlen auf demselben Niveau wie im ersten Quartal 2009 versorgen, und bei den Psychiatern, die im letzten Quartal 2014 eine Fallzahlensteigerung in Höhe von 15 Prozent gegenüber dem ersten Quartal 2009 tragen.

Die auf der Ebene der einzelnen Praxen gegebenen Tendenzen übertragen sich auch in einer kumulierten Betrachtung. Diese haben wir in Abbildung 2 vorgenommen. Die Gesamtfallzahlen im Bereich der niedergelassenen Vertragsärzte sind in dem betrachteten Zeitraum seit 2009 insgesamt stabil, dies betrifft auch den Durchschnitt in der ZNS-Versorgung, jedoch sind die Fallzahlen im Bereich der Psychotherapeuten und deutlicher noch im Bereich der Neurologen angestiegen bei leichten Rückgängen im Bereich der niedergelassenen Psychiater.

ABBILDUNG 2: KUMULIERTES FALLZAHLENAUFKOMMEN IM VERTRAGSÄRZTLICHEN BEREICH (INDEX, BASISQUARTAL 1/2009)

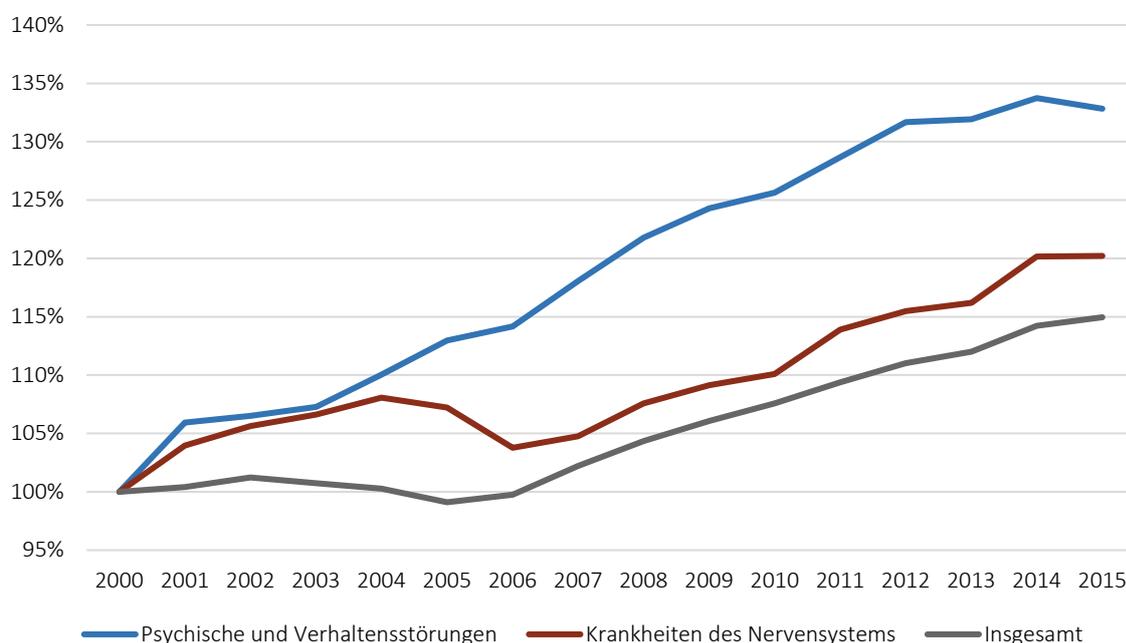


Quelle: KBV Honorarbericht, eigene Darstellung.

Vergleicht man die in Abbildung 2 vorliegenden Werte mit der zeitgleichen Entwicklung in den Krankenhausunternehmen, fällt auf, dass die Entwicklung bei den niedergelassenen Fachärzten im Betrachtungszeitraum mit teilweise umgekehrten Vorzeichen und geringeren Wachstumsraten als in den Krankenhausunternehmen verläuft. Während der ZNS-Bereich bei den niedergelassenen Vertragsärzten im Zeitraum Q1 2009 bis Q4 2014 insgesamt stagniert (+ 2 % kumulierte Fallzahlen in Q4 2014 gegenüber Q1 2009) legten die Krankenhausfälle in den einschlägigen ICD-10-F und ICD-10-G-Diagnosegruppen im selben Zeitraum deutlich zu.⁸ Diesen Anstieg dokumentiert Abbildung 3. Betrachtet werden die Diagnosen bei entlassenen Krankenhauspatienten in Deutschland. Krankenhausfälle von Krankheiten des Nervensystems legten im selben Zeitraum von 100 Prozent des Jahres 2000 auf nun 120 Prozent zu, psychische Störungen und Verhaltensstörungen wuchsen von 124 Prozent des Jahres 2000 auf schließlich 133 Prozent an. Auffällig ist, dass die Krankenhausfälle der beiden ZNS-Diagnosegruppen in den Krankenhausunternehmen jeweils stärker angewachsen sind gegenüber dem Jahr 2000 als die Gesamtzahl aller Krankenhausfälle.

⁸ International Classification of Diseases (ICD) ist das Diagnoseklassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO). ICD-10 ist die gültige Klassifikation, die sich gegenwärtig in Revision zu ICD-11 befindet. Die F-Diagnosegruppen umfassen Psychische Störungen und Verhaltensstörungen, die G-Diagnosegruppen Krankheiten des Nervensystems.

ABBILDUNG 3: KRANKENHAUSFÄLLE NACH ICD-10-F- UND ICD-10-G-DIAGNOSEN UND INSGESAMT (INDEX, BASISJAHR 2000)



Quelle: Destatis, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Ein möglicher Treiber des Wachstums an Krankenhausfällen insgesamt und besonders auch im Bereich der stationären ZNS-Versorgung kann der obligatorische Umstieg auf eine Fallpauschalenvergütung in der allgemeinen Krankenhausversorgung im Jahr 2004 sein. Hiervon ist auch der Fachbereich Neurologie betroffen, die Vergütung der stationären psychiatrischen Versorgung greift lediglich optional auf pauschalierte Tagesentgelte zurück (vgl. hierzu auch die Analyse im Abschnitt 4.1). Dieser Unterschied mag erklären, weswegen die Krankenhausfälle bei Krankheiten des Nervensystems, wenn auch auf einem anderen Niveau, beim Kurvenverlauf der Gesamtentwicklung folgen, die Krankenhausfälle im Bereich psychischer Verhaltensstörungen im Betrachtungszeitraum jedoch kontinuierlich aufwachsen. Die regionalen Versorgungsverpflichtungen nach § 118 SGB V für psychiatrischer Fachkrankenhäuser und psychiatrischer Fachabteilungen (Psychiatrische Institutsambulanzen) können hierbei zu den Fallzahlsteigerungen in den Krankenhäusern beitragen bei gleichzeitig stabiler Fallzahlenentwicklung im ambulanten Bereich. Insbesondere mag die Einführung der Fallpauschalenvergütung aber erklären, dass die Fallzahlen in der stationären Versorgung insgesamt angestiegen sind. Hierbei spielen möglicherweise auch frühe Entlassungen und erhöhte Wiederaufnahmeraten eine Rolle. Die Liegezeiten der Patientinnen und Patienten wurden durchschnittlich verkürzt, die vorhandenen Behandlungskapazitäten daher erweitert und die frei gewordenen Kapazitäten sukzessive aus dem Nachfrageüberhang aufgefüllt. Dass ZNS-Fachbereiche hierbei stärker angewachsen sind als andere Fachbereiche, hat mögliche Gründe in ihrer relativen

wirtschaftlichen Attraktivität und im Bereich der politischen Versorgungsplanung, könnte jedoch auch auf einen echten Anstieg der Morbidität zurückführbar sein.⁹

Das Fallzahlenwachstum in der stationären ZNS-Versorgung bei gleichzeitiger Stagnation der Fallzahlen im Bereich der ZNS-Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte deutet auf einen möglichen Nachfrageüberhang bei ZNS-Behandlungen im Markt. Albrecht, Fürstenberg und Gottberg (2007, S. 46 f.) haben für den Zeitraum 1994-2004 belegt, dass in den Fachgruppen Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiater noch ein kontinuierlicher jährlicher Fallzahlenaufwuchs zu verzeichnen war, der erst durch die Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 gehemmt wurde. Unsere Analyse für den Zeitraum ab dem Jahr 2009 deutet nun auf eine weitere Nachfragesteigerung in den ZNS-Fachbereichen, die jedoch in der kumulierten Betrachtung bei gleichbleibender und im Falle der Psychotherapeuten und Neurologen sogar gesteigerter Auslastung des einzelnen niedergelassenen Arztes vor allen Dingen zu einer starken Steigerung der Krankenhausfälle beigetragen hat. Der Nachfrageüberhang bei ZNS-Behandlungen wird gegenwärtig also nur von den Krankenhäusern aufgefangen und trägt bei den niedergelassenen Fachärzten nur zu insgesamt geringen Fallzahlenveränderungen bei, weil hier – insbesondere im Bereich der Sprechenden Medizin – Kapazitätsgrenzen erreicht wurden.¹⁰

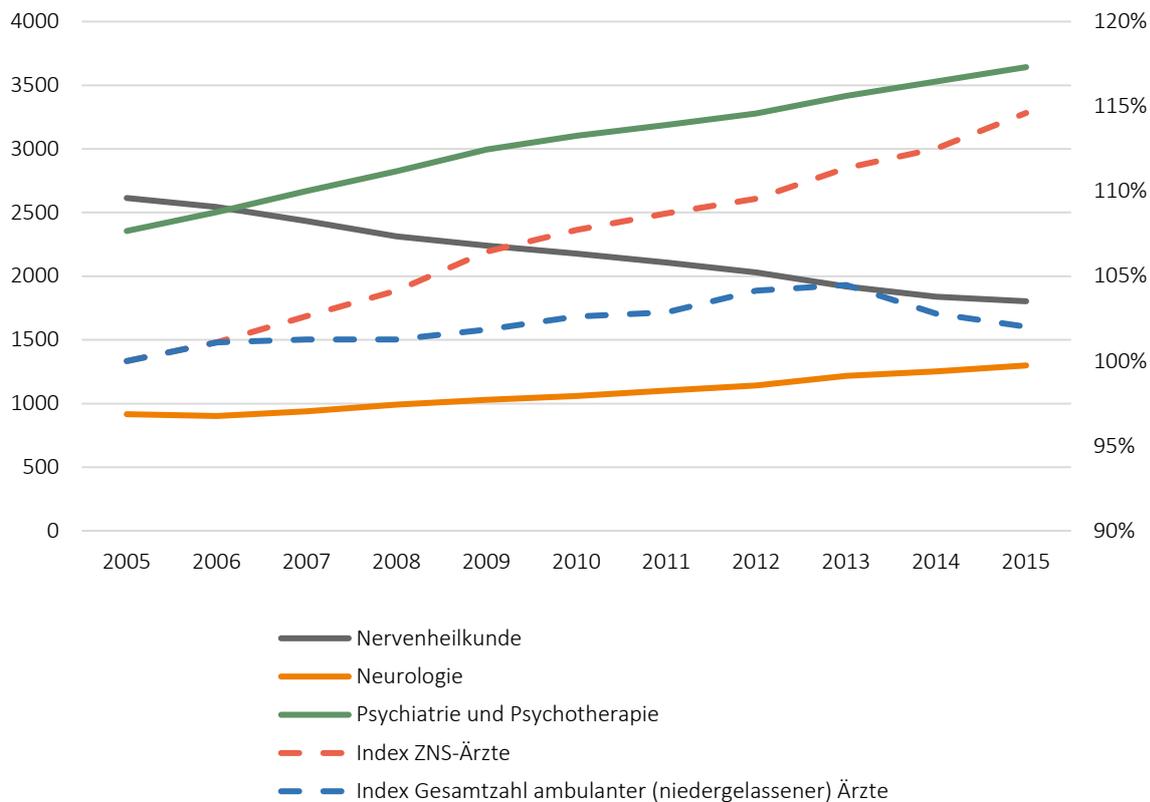
An dieser divergierenden Entwicklung zeigt sich die Konkurrenzsituation von Krankenhausunternehmen und niedergelassenen Fachärzten exemplarisch. Denn Krankenhausunternehmen behandeln Patientinnen und Patienten – außer in stationären ZNS-Versorgungsangeboten – zunehmend auch ambulant und stehen damit auch in einer direkten Konkurrenz, um dieselben Patientinnen und Patienten, zu den niedergelassenen Ärzten. Zahlenvergleiche hierzu fallen mit öffentlich zugänglichen Daten jedoch schwer, da die große Vielzahl an ambulanten Behandlungsmöglichkeiten durch Krankenhausunternehmen die Erfassung kumulierter Behandlungszahlen im ambulanten Bereich erschwert (vgl. Kapitel 3 zu den unterschiedlichen ambulanten Betätigungsmöglichkeiten von Krankenhausunternehmen).

Abbildung 4 beschreibt die Entwicklung der Anzahl niedergelassener ZNS-Ärzte im ambulanten Bereich über die Jahre 2004 bis 2015. Die Anzahl niedergelassener ZNS-Vertragsärzte und der Vertragspsychotherapeuten ist im Betrachtungszeitraum kontinuierlich angewachsen auf 115 Prozent des Basisjahres 2005 im Jahr 2015. Damit hat sich die Anzahl von ZNS-Fachbereichen zugehörigen Fachärzten positiv entwickelt im Vergleich zur Gesamtzahl niedergelassener Ärzte, die über den gesamten Zeitraum annähernd stagnierte. In den vorliegenden Zahlen der Bundesärztekammer werden die Entwicklungen für Psychiater und Psychotherapeuten nicht getrennt. Der Rückgang der Anzahl niedergelassener Ärzte in der Nervenheilkunde erklärt sich aus dem inzwischen geänderten Fachbereichszuschnitt.

⁹ Die beschriebenen Kausalitäten sind nicht zwingend. Sie sind plausibel und sollten zum Gegenstand empirischer Untersuchungen gemacht werden. Von Interesse ist insbesondere auch, ob der Unterschied zwischen der Vergütung über DRG-Fallpauschalen in der stationären Neurologie und der Vergütung über pauschalierte Tagesentgelte in der stationären Psychiatrie Unterschiede bei den Liegezeiten begründet. Eine mögliche Hypothese wäre, dass Fallpauschalen in der Neurologie zu einem stärkeren Rückgang der Liegezeiten führen als Tagespauschalen in der Psychiatrie.

¹⁰ Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung haben wir öffentlich verfügbare Daten systematisch ausgewertet und Analyseergebnisse unterschiedlicher Quellen miteinander verknüpft. Da die in unseren Quellen zugrundeliegenden Daten mitunter vor anderen Fragestellungen erhoben wurden und insgesamt nicht durchgängig konsistent sind, müssen derart abgeleitete Aussagen als Hypothesen verstanden werden, so auch an dieser Stelle. Es kann Gegenstand künftiger empirischer Arbeiten sein, diese Hypothesen zu prüfen.

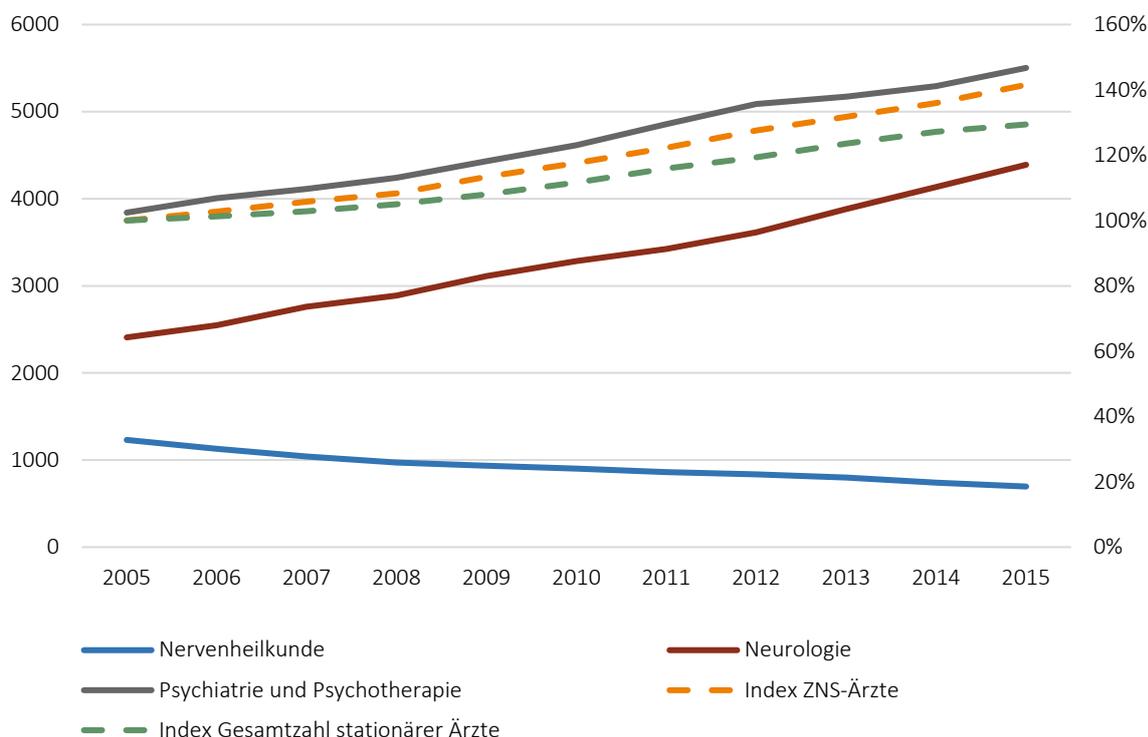
ABBILDUNG 4: ANZAHL ZNS-VERTRAGSÄRZTE (ABSOLUT UND INDEX, BASISJAHR 2005)



Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Der Vergleich zur entsprechenden Entwicklung bei den stationär tätigen ZNS-Ärzten in Abbildung 5 zeigt – wie schon der Fallzahlenvergleich – eine größere Steigerung bei den Krankenhausunternehmen. In den Krankenhausunternehmen ist die Zahl stationär tätiger Ärzte gegenüber 2005 um 29 Prozent im Jahr 2015 gestiegen. Bei den ZNS-Ärzten in Krankenhausunternehmen betrug die Steigerung gegenüber 2005 42 Prozent, im Bereich der niedergelassenen ZNS-Vertragsärzte und Psychotherapeuten hingegen lediglich 15 Prozent. Als eine Ursache für die unterschiedlichen Verhältnisse bei Vertragsärzten und Krankenhausunternehmen sind die systematischen Unterschiede in den Bedarfsplanungen für beide Sektoren auszumachen (vgl. auch die Analyse in Abschnitt 5.5).

ABBILDUNG 5: ANZAHL STATIONÄR TÄTIGER ZNS-ÄRZTE

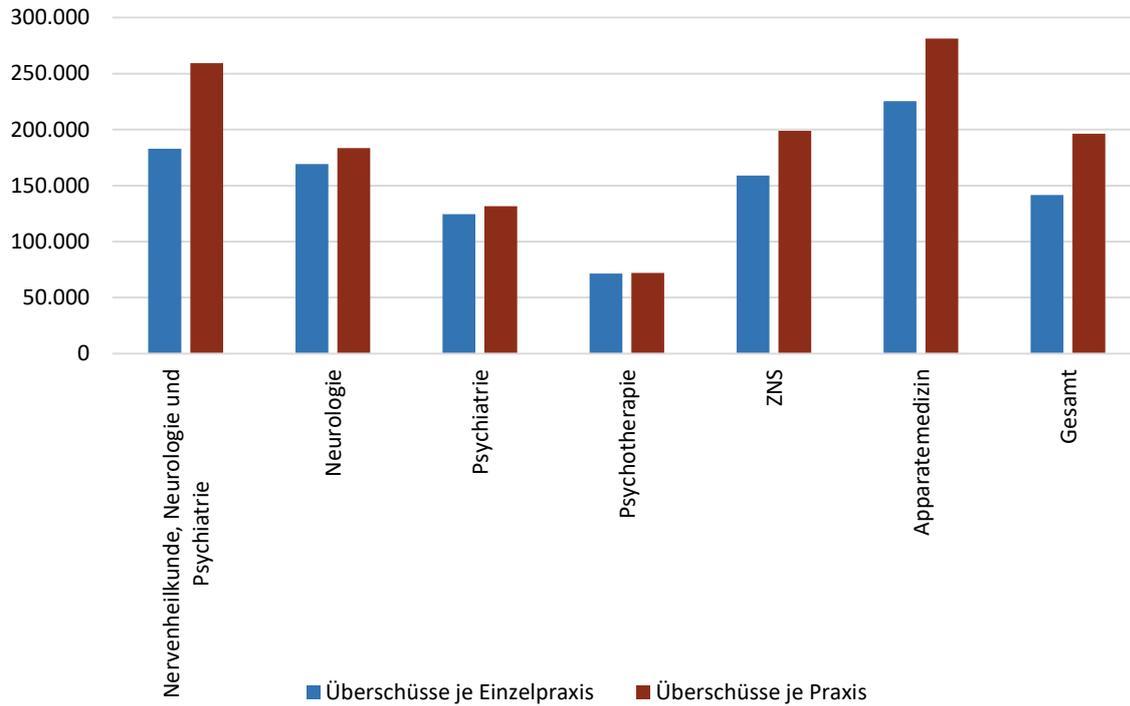


Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Die Betrachtung deutet mögliche Verbesserungen in der Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen ZNS-Ärzten und mit Psychotherapeuten und ZNS-Krankenhausmedizinerinnen über den Betrachtungszeitraum im Durchschnitt an. Gleichzeitig ist im ZNS-Versorgungsbereich jedoch auch das Fallaufkommen angestiegen, so dass weiterhin von einem Nachfrageüberhang in der ZNS-Versorgung ausgegangen werden muss. Zusätzlich ist anzumerken, dass die fachärztliche Versorgung in Deutschland und die Krankenhausversorgung heterogen sind im Hinblick auf Stadt vs. Land und Ost vs. West (vgl. hierzu auch die Analyse zu Bedarfsplanung und Krankenhausplanung im Abschnitt 5.5). Die Krankenhausunternehmen haben von der Entwicklung in stärkerem Maße profitiert und haben ihr Fallzahlenaufkommen im stationären ZNS-Versorgungsbereich stärker ausgebaut als die niedergelassenen Vertragsärzte ihr ambulantes Angebot. Die niedergelassenen Vertragsärzte stehen heute in direkter Konkurrenz zu einer Vielzahl ambulanter Angebote in der ZNS-Versorgung durch Krankenhausunternehmen.

Vor dem Hintergrund der Konkurrenzsituation zu Angeboten durch Krankenhausunternehmen zeigt die Abbildung 6 auf die gegenwärtige wirtschaftliche Situation der niedergelassenen ZNS-Ärzte im Vergleich zu den niedergelassenen Psychotherapeuten und der Gesamtheit der niedergelassenen Ärzte sowie zu dem Cluster Apparatedechnik aus Augenheilkunde, IM Gastroenterologie, IM Kardiologie, IM Pneumologie sowie IM ohne bzw. mit mehreren Schwerpunkten. Neben den Überschüssen der Einzelpraxen sind die Überschüsse der Gesamtheit der Praxen inklusive der Gemeinschaftspraxen abgebildet, während der Durchschnittsüberschuss je nach Fachbereich teils erheblich nach oben oder unten streut.

ABBILDUNG 6: ÜBERSCHÜSSE JE ARZTPRAXIS 2014



Quelle: Zi-PraxisPanel – Tabellenband zum Jahresbericht 2015, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Der Vergleich über die Fachbereiche zeigt, dass gegenwärtig Neurologie und Psychiatrie im Hinblick auf ihre Überschüsse aus dem Praxisbetrieb insgesamt auf dem Niveau einer durchschnittlichen Arztpraxis (Gesamt, enthalten ist hier auch die hausärztliche Versorgung) liegen, dass aus dem Cluster ZNS jedoch insbesondere die Psychiatrie hinter den Überschüssen einer durchschnittlichen Praxis in der fachärztlichen Versorgung zurückliegt und dass das Cluster Apparatemedizin mit einem doch recht deutlichen Abstand höhere Überschüsse als die übrigen Fachbereiche erzielt.

3. KRANKENHAUSANGEBOTE IN DER ZNS-VERSORGUNG

Das angestammte Betätigungsfeld der Krankenhausunternehmen ist die stationäre und teilstationäre Versorgung. Neben diesen besitzen sie heute unbeschränkte Betätigungsmöglichkeiten im Bereich der ambulanten Versorgung. Die öffentliche Diskussion geht häufig noch von einer strengen Disjunktion des ambulanten Versorgungsbereichs durch die niedergelassenen Vertragsärzte und des stationären Versorgungsbereichs durch die Krankenhausunternehmen im deutschen Gesundheitswesen aus. Es werden sektorübergreifende Initiativen gefordert und eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung. Wenig bewusst ist dabei, dass seit etwa 15 Jahren auf der Seite der Krankenhausunternehmen umfangreiche Möglichkeiten geschaffen wurden, neben stationären Angeboten auch mit ambulanten Angebote in den Wettbewerb mit niedergelassenen Vertragsärzten zu treten. Daher muss im Bereich der Krankenhausunternehmen von einer Dualität der stationären und ambulanten Versorgungsangebote gesprochen werden.

Abbildung 7 gibt einen Überblick über die Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Versorgung von ZNS-Patientinnen und -Patienten, die über die einzelnen ZNS-Fachbereiche jedoch unterschiedlich sind. Im Bereich der ambulanten neurologischen Versorgung steht den Krankenhausunternehmen zuvorderst die Gründung krankenhauseigener Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V offen, darüber hinaus bei Bestandversorgern die ambulante Behandlung nach § 116b SGB V a.F., zukünftig die Beteiligung an der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V n.F. sowie als Universitätskliniken umfangreiche Möglichkeiten zur ambulanten Versorgung über Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V). Im Bereich der psychiatrischen Versorgung haben Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) nach § 118 SGB V eine Sonderstellung inne und sind die bedeutendsten Wettbewerber niedergelassener Psychiater. Krankenhausunternehmen sind zukünftig außerdem zur Stationsäquivalenten Behandlung nach § 115d SGB V ermächtigt.

ABBILDUNG 7: BETÄTIGUNGSFELDER VON KRANKENHÄUSERN IN DER AMBULANTEN ZNS-VERSORGUNG



Quelle: Eigene Darstellung.

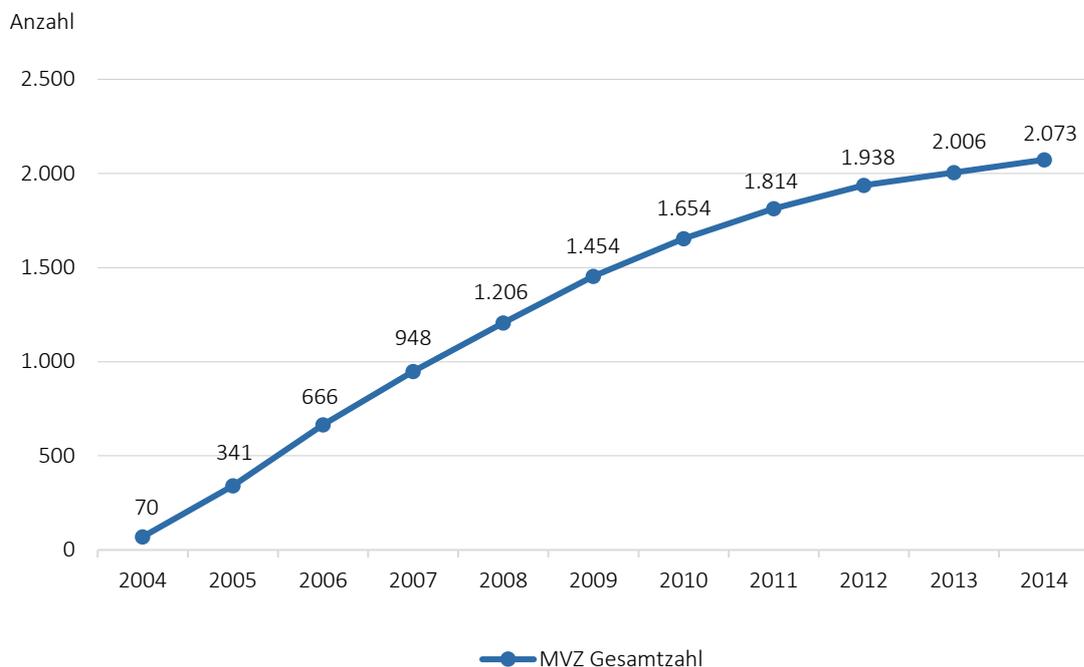
3.1 KRANKENHAUS-MVZ ALS STRUKTURVARIANTE

Die Möglichkeit, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu errichten, wurde zum 1. Januar 2004 durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003 geschaffen. MVZ können neben zugelassenen Ärzten auch von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen sowie von Kommunen gegründet werden (vgl. § 95 Abs. 1a SGB V). MVZ sind als solche ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sein können (vgl. § 95 Abs. 1 SGB V). Neben fachübergreifenden MVZ können seit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) am 23. Juli

2015 auch arztgruppengleiche MVZ gegründet werden. Es können nun auch reine Hausarzt-MVZ sowie spezialisierte facharztgruppengleiche MVZ gegründet werden.¹¹

Die Zahl der MVZ ist seit 2004 stetig gestiegen (vgl. Abbildung 8). Während im Sommer 2004 erst 70 MVZ existierten, waren es 2014 bereits 2.073. Davon befanden sich 40,7 Prozent (893) in der Trägerschaft von Vertragsärzten, 38,4 Prozent (843) in der Trägerschaft von Krankenhäusern und 20,9 Prozent (459) in anderer Trägerschaft.¹² Damit geht 2014 noch eine knappe Mehrheit der Gründungen auf selbständige Vertragsärzte zurück. Von den 1.996 registrierten Kliniken im Jahr 2013 scheint etwa jede dritte ein MVZ gegründet zu haben. Allerdings ist es einzelnen Kliniken möglich, auch mehrere MVZ zu gründen, weshalb der Anteil von Krankenhausunternehmen mit MVZ vermutlich geringer ist.

ABBILDUNG 8: ENTWICKLUNG DER MVZ ZWISCHEN 2004 UND 2014



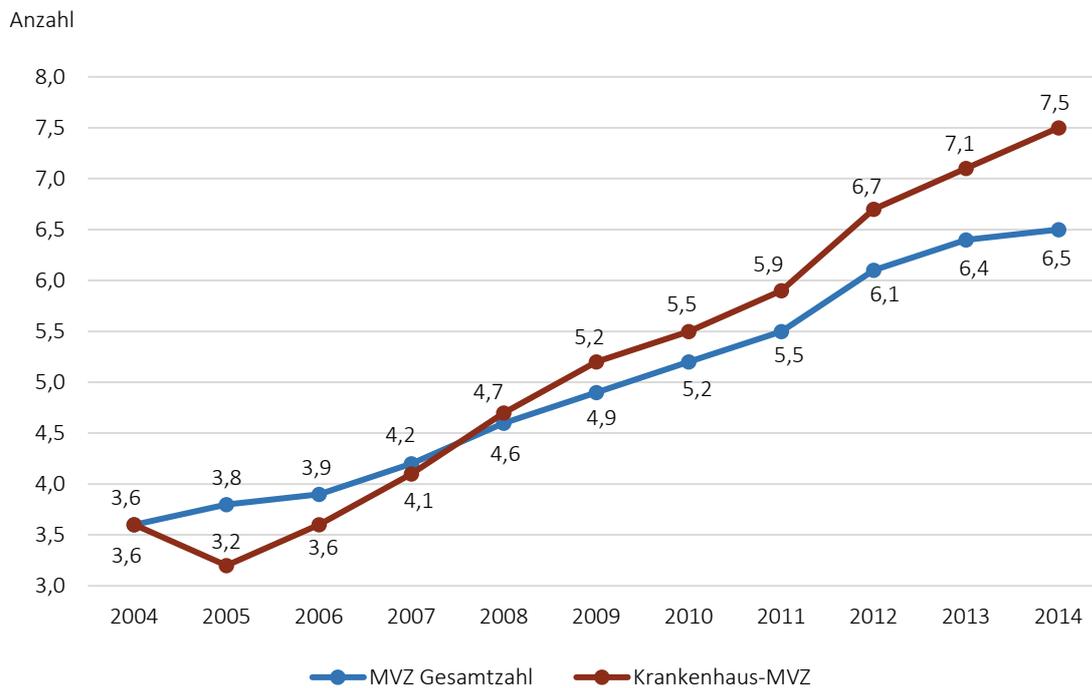
Quelle: MVZ-Statistik der KBV 2014 zitiert nach Gibis, Hofmann und Armbruster, 2016, S. 115, Abbildung 7-1.

Die durchschnittliche Größe der MVZ ist – gemessen an der Zahl der Ärzte je MVZ – seit ihrer Einführung stetig gewachsen. Während es im Jahr 2004 noch ca. 3,6 Ärzte je MVZ waren, stieg ihre Zahl im Jahr 2014 auf 6,5 Ärzte je MVZ (vgl. Abbildung 9). MVZ in der Trägerschaft von Krankenhausunternehmen sind mit durchschnittlich 7,5 Ärzten größer.

¹¹ Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html>, zuletzt abgerufen am 24. Mai 2017.

¹² Die Anzahl der Trägerschaften übersteigt hier die Anzahl der MVZ. Dies ist möglich, da Mehrfachträgerschaften erlaubt sind.

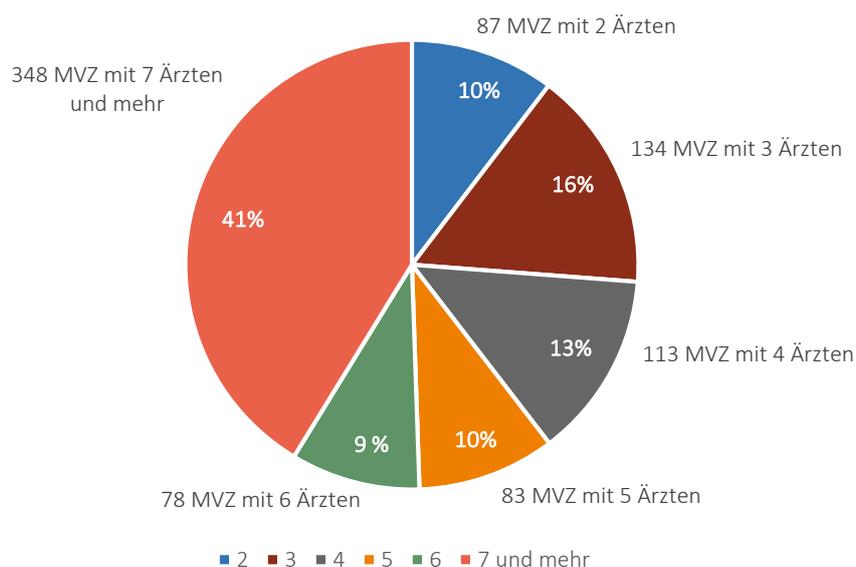
ABBILDUNG 9: ENTWICKLUNG DER DURCHSCHNITTSGRÖßEN VON MVZ ZWISCHEN 2004 UND 2014



Quelle: MVZ-Statistik der KBV 2014 zitiert nach Gibis, Hofmann und Armbruster, 2016, S. 117, Abbildung 7-3.

In gut 40 Prozent der Krankenhaus-MVZ arbeiten sieben oder mehr Ärzte (vgl. Abbildung 10).

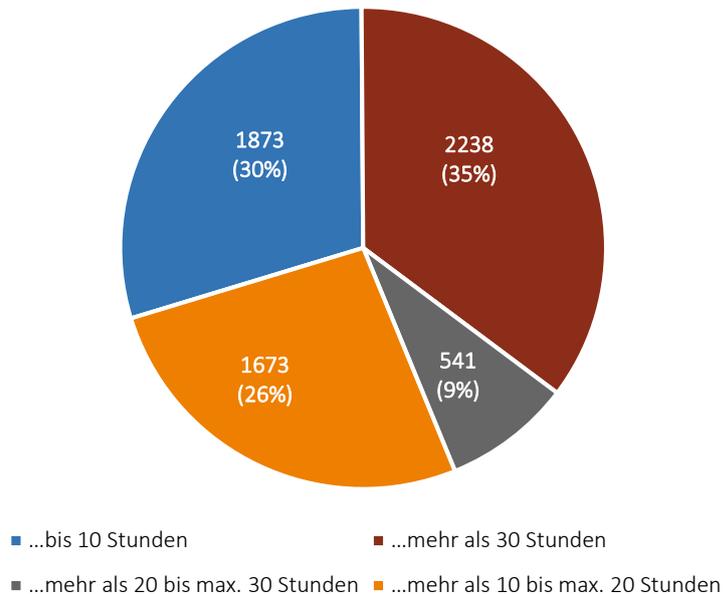
ABBILDUNG 10: ANZAHL DER ÄRZTE IN KRANKENHAUS-MVZ 2014



Quelle: MVZ-Statistik der KBV 2014 zitiert nach Gibis, Hofmann und Armbruster, 2016, S. 117, Abbildung 7-4.

Ein Großteil der an der Versorgung in Krankenhaus-MVZ beteiligten Ärzte war im Jahr 2014 auf Teilzeitbasis beschäftigt. So arbeiteten 65 Prozent der angestellten Ärzte in Krankenhaus-MVZ nicht mehr als 30 Stunden pro Woche, wobei 30 Prozent sogar nur zu 10 Stunden pro Woche und weniger tätig war (vgl. Abbildung 11).

ABBILDUNG 11: ARBEITSZEITEN ANGESTELLTER ÄRZTE IN KRANKENHAUS-MVZ 2014



Quelle: MVZ-Statistik der KBV 2014 zitiert nach Gibis, Hofmann und Armbruster, 2016, S. 118, Abbildung 7-5.

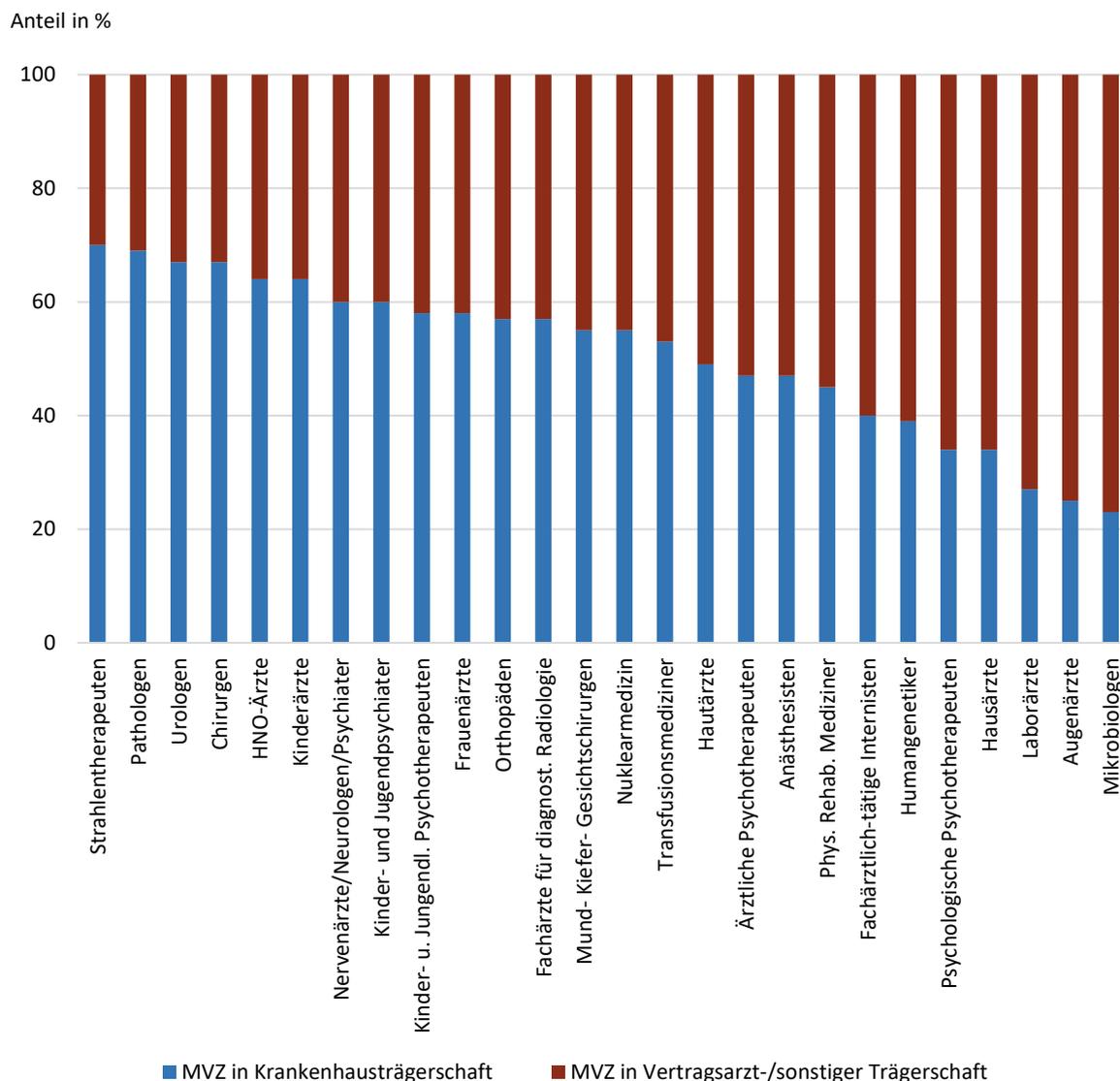
Bei ungefähr einem Drittel aller an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte handelt es sich um Hausärzte. Diese stellen auch den größten Anteil an beschäftigten Ärzten in MVZ. Den zweitgrößten Anteil an den beschäftigten Ärzten in MVZ stellen Internisten, worauf Chirurgen, Frauenärzte und schließlich Nervenärzte, als erste Gruppe aus den ZNS-Fachbereichen, folgen. In Krankenhaus-MVZ ergibt sich ein etwas anderes Bild: Seit 2014 entfällt der höchste Anteil auf Chirurgen, gefolgt von Fachinternisten, Hausärzten, Frauenärzten und Nervenärzten. Abbildung 12 zeigt die Unterschiede in den Fachbereichen: MVZ, in denen Neurochirurgen, Strahlentherapeuten, Pathologen und Urologen arbeiten, befinden sich mehrheitlich in der Trägerschaft von Krankenhäusern, während MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft zumeist Hausärzte, Psychotherapeuten, Augenärzte und auch Laborärzte beschäftigen. Deutlich werden der strukturelle Unterschied und der fachärztliche Schwerpunkt in den Krankenhaus-MVZ gegenüber dem häufig hausärztlich geprägten Schwerpunkt von MVZ, die in Trägerschaft von Vertragsärzten sind.

Die Betrachtung der Abbildung 12 verdeutlicht, dass der ZNS-Versorgungsbereich ein attraktives Betätigungsfeld für Krankenhausunternehmen und krankenhauseigene MVZ ist.¹³ MVZ mit Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern liegen mehrheitlich in der Trägerschaft von Krankenhäusern, ebenso im Bereich der Kinder- und

¹³ Auf die möglichen wirtschaftlichen Gründe, die zu dieser Feststellung schließlich führen, gehen wir in Kapitel 5 ein.

Jugendpsychiater sowie der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. MVZ mit Psychotherapeuten werden hingegen häufiger von Vertragsärzten betrieben.

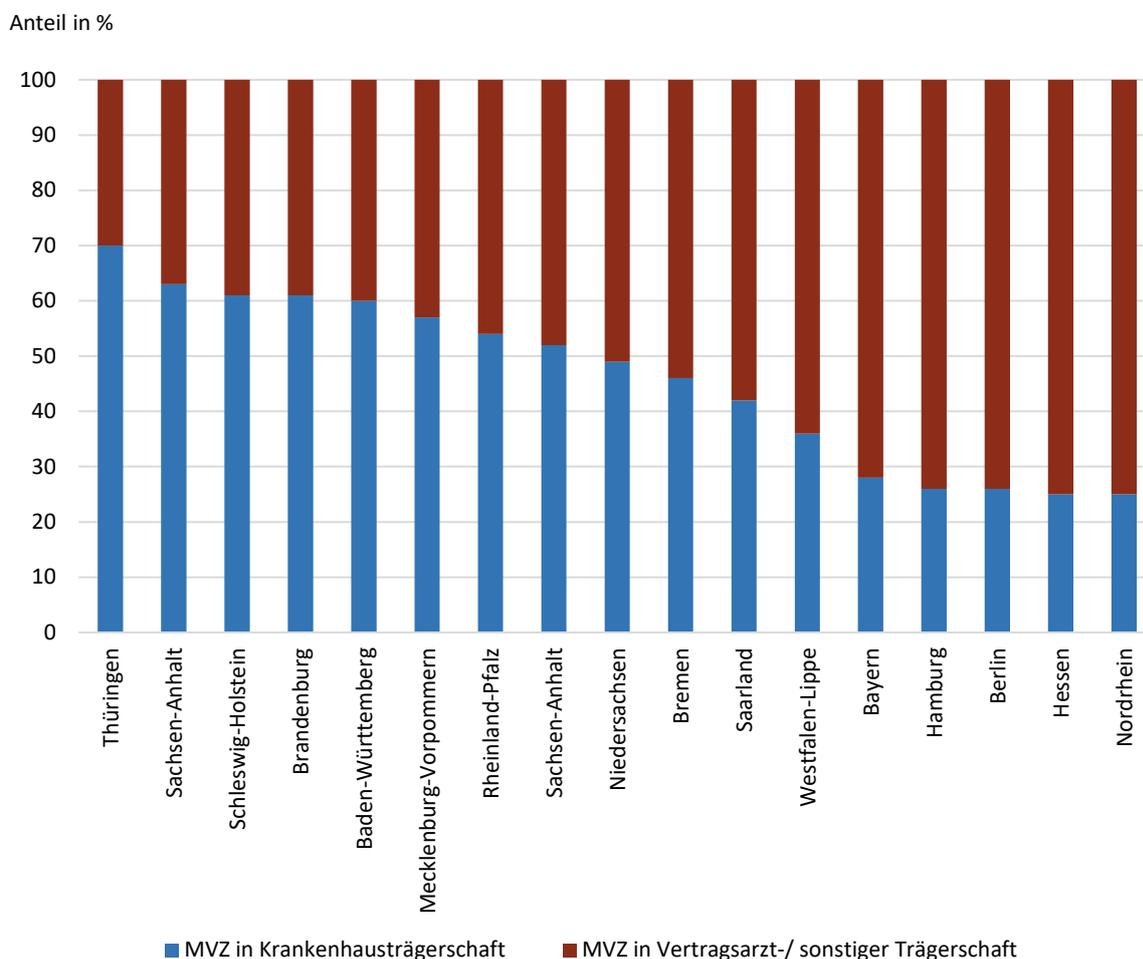
ABBILDUNG 12: RELATION DER TRÄGERSCHAFT VON MVZ NACH FACHGRUPPEN



Quelle: MVZ-Statistik der KBV 2014 zitiert nach Gibis, Hofmann und Armbruster, 2016, S. 120, Abbildung 7-8.

Abbildung 13 betrachtet Unterschiede in den regionalen Verbreitungsmustern von Trägerschaften. Krankenhaus MVZ sind relativ am häufigsten in Thüringen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein. Hingegen sind in Berlin, Hessen und der KV-Region Nordrhein MVZ am häufigsten in einer vertragsärztlichen oder sonstigen Trägerschaft. Absolut gesehen sind mit 391 MVZ die meisten MVZ in Bayern angesiedelt, also etwa 20 Prozent aller bundesweiten MVZ. Nur etwa halb so viele MVZ (202; 10 Prozent) beansprucht Niedersachsen für sich, gefolgt von der KV Region Nordrhein mit 179 MVZ (9 Prozent).

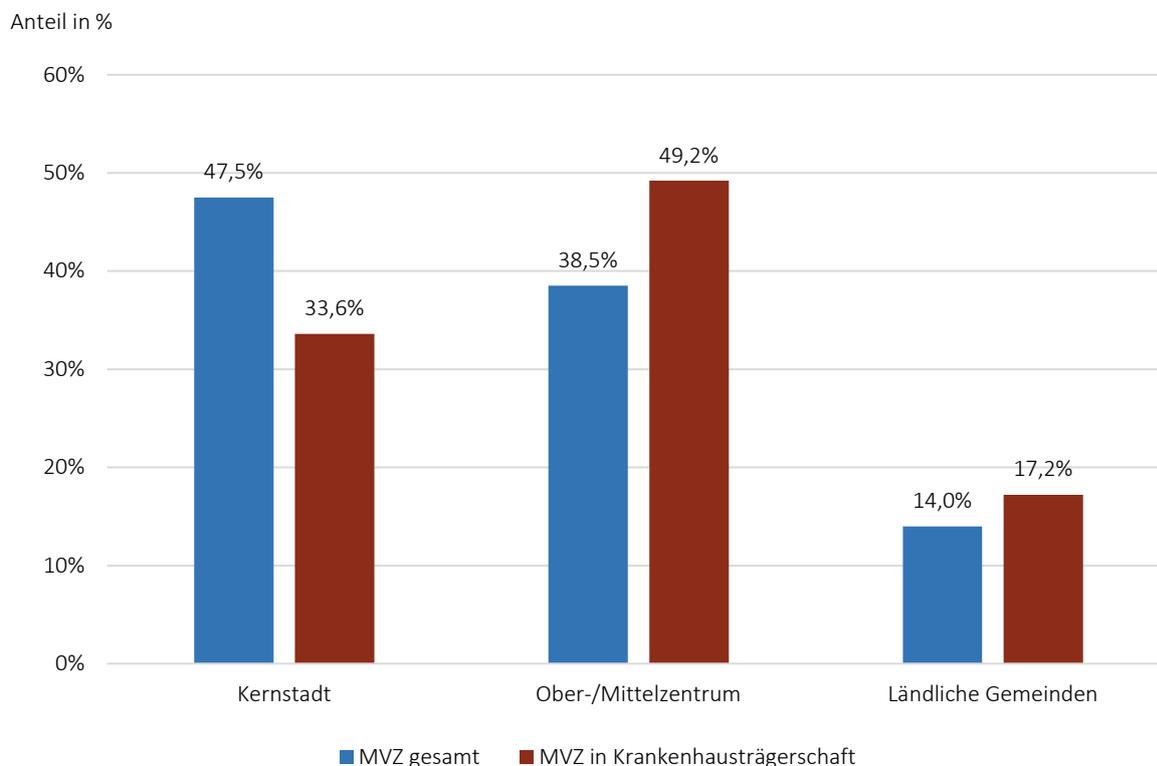
ABBILDUNG 13: RELATION KRANKENHAUS-MVZ ZU MVZ IN VERTRAGSARZT-/SONSTIGER TRÄGERSCHAFT NACH BUNDESLAND



Quelle: MVZ-Statistik der KBV 2014 zitiert nach Gibis, Hofmann und Armbruster, 2016, S. 121, Abbildung 7-9.

Abbildung 14 kategorisiert die Verteilung von MVZ entsprechend des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung nach Kernstadt, Ober-/Mittelzentrum und Ländlichen Gemeinden. Besonders viele, fast die Hälfte aller MVZ, verteilen sich demnach auf die Kernstadt, gefolgt von dem Ober-/Mittelzentrum, wobei bei Letzteren der Schwerpunkt auf durch Krankenhäuser betriebene MVZ liegt. Ländliche Gemeinden liegen in beiden Kategorien an dritter Stelle. Diese Verteilung suggeriert eine tendenziell fachärztliche und auf Städte konzentrierte Versorgung durch MVZ, was insbesondere den erhofften positiven Effekt des Versorgungsbeitrags durch Krankenhaus-MVZ in unterversorgten Regionen infrage stellt.

ABBILDUNG 14: RÄUMLICHE VERTEILUNG DER MVZ, KATEGORISIERT NACH KERNSTÄDTEN, OBER-/MITTELZENTREN UND LÄNDLICHEN GEMEINDEN MODIFIZIERT NACH BBSR



Quelle: MVZ-Statistik der KBV 2014 zitiert nach Gibis, Hofmann und Armbruster, 2016, S. 122, Abbildung 7-10.

3.2 AUSWIRKUNGEN VON KRANKENHAUS-MVZ

Die Einführung von MVZ brachte grundsätzliche Änderungen in der ambulanten Versorgung mit sich. War die persönliche Zulassung für eine Aufnahme in der vertragsärztlichen Versorgung zuvor an die persönliche Haftung des Vertragsarztes gebunden, wurde diese nun durch eine institutionelle, an einen gesellschaftsrechtlich legitimierten Zusammenschluss gründungsberechtigter Akteure, einschließlich zugelassener Krankenhäuser, übertragbare Zulassung erweitert. Für Krankenhäuser können MVZ das Fundament für die vollumfängliche Teilhabe an der ambulanten ärztlichen Versorgung von GKV-Patientinnen und -patienten sein. Durch MVZ bevorzugt der Gesetzgeber zudem die Angestelltentätigkeit von Ärzten.

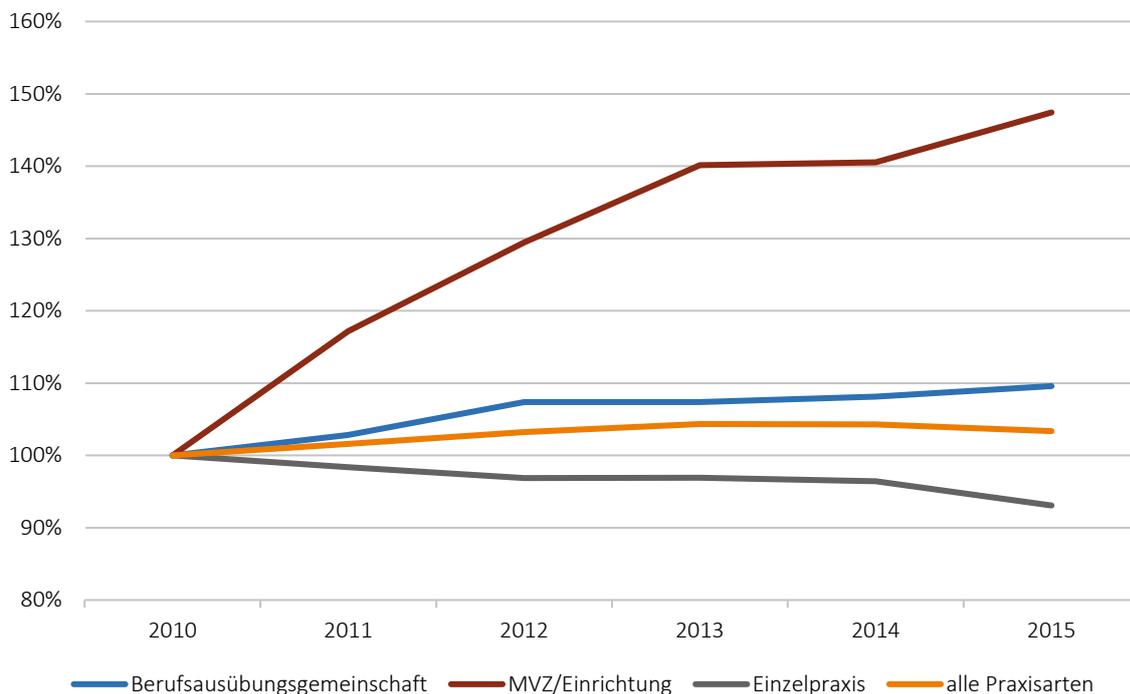
Im Ergebnis stellt sich die Einführung von MVZ divergent dar: Das Ziel, Krankenhausunternehmen den Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu eröffnen, wurde erreicht. Die MVZ-Gründungsberechtigung bedeutet eine weitere Form der Beteiligung an der ambulanten Versorgung für Krankenhausunternehmen. Das Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgung durch Ärzteteams beider Sektoren wurde jedoch verfehlt: Nur 1 Prozent aller in Krankenhaus-MVZ beschäftigten Ärzte ist mit eigener Zulassung registriert. Ebenfalls wurde das Ziel, durch MVZ regionale Versorgungslücken zu schließen, nicht getroffen. Es zeigt sich, dass bevölkerungsalternde und bevölkerungsschrumpfende Gebiete auch für institutionelle Träger wenig interessant sind und daher gegebenenfalls neue Formen zur Sicherstellung abdeckender Versorgung gesucht werden müssen. Durch MVZ droht zudem die Versorgungsleistung insgesamt zu sinken. Zwar sind in MVZ (insbesondere in Krankenhaus-MVZ)

überwiegend angestellte Ärzte tätig, jedoch sind Beschäftigungsverhältnisse in Teilzeit auch ein Grund, dass die Gesamtversorgung trotz steigender Arztzahlen rückläufig ist.

Dass der Gesetzgeber sich dem Problem der regionalen Unterversorgung annimmt, zeigt sich mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) von 2015, womit die Form des MVZ in Teilen überarbeitet wird. Das GKV-VSG hat den Gründerkreis auf kommunale Träger ausgedehnt. Weiterhin wurden Regelungen hinsichtlich der Überprüfung des Leistungsgeschehens in MVZ und zum Fortbestand der Gründereigenschaften auch nach Änderung des Zulassungsstatus des Gründers in Kraft gesetzt. Diese Weiterentwicklung des MVZ betrifft auch andere Organisationsformen der ambulanten Versorgung: Verbindliche Kooperationen von Ärzten im Rahmen eines Praxisnetzes aus Einzel-, Gemeinschaftspraxen und MVZ können nun populationsbezogene und patientenorientierte lokale ambulante Versorgung ermöglichen.

Beim quantitativen Vergleich über alle Organisationsformen vertragsärztlicher Versorgung ist der Effekt von MVZ auf die ambulante ZNS-Versorgung unübersehbar. Bei einer insgesamt zunehmenden Zahl an Arztpraxen in den letzten Jahren (insgesamt plus 3 Prozent in 2015 gegenüber 2010) ist die Praxisverfassung der Einzelpraxis bei den ZNS-Ärzten auf dem Rückzug (minus 7 Prozent) im selben Zeitraum. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Neben streng wirtschaftlichen Gründen, die sich letztlich auf die Vergütungsstruktur und technologische Veränderungen sowie Änderungen in der Nachfrage nach ambulanten ZNS-Leistungen zurückführen lassen, können beispielsweise Unterschiede bei der möglichen Versorgungsqualität und der zunehmende Wettbewerb zu den ambulanten Krankenhausunternehmen eine Abkehr von der Organisationsform Einzelpraxis motivieren. Abbildung 15 veranschaulicht die Entwicklung der unterschiedlichen Organisationsformen von ZNS-Praxen über die Jahre 2010 bis 2015. Die Zahl der Berufsausübungsgemeinschaften ist um 10 Prozent gegenüber 2010 gestiegen, am deutlichsten war das Wachstum bei den MVZ (plus 47 Prozent).

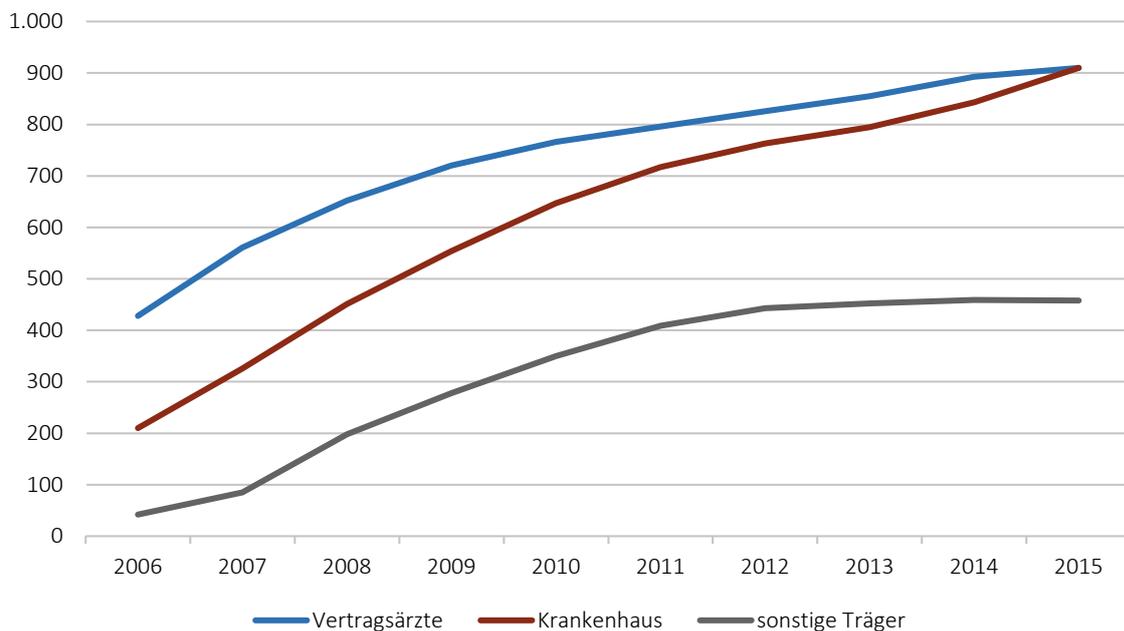
ABBILDUNG 15: ZNS-ÄRZTE IN PRAXEN NACH PRAXISART (INDEX, BASISJAHR 2010)



Quelle: KBV, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, eigene Darstellung.

Wird die Entwicklung bei den MVZ insgesamt nach Trägerschaft differenziert in der Abbildung 16 betrachtet, so ist der gegenüber anderen, insbesondere rein vertragsärztlichen Trägern, deutlich stärkere Zuwachs an krankenhauseigenen MVZ auffällig. Inzwischen übertrifft die Zahl der Krankenhaus-MVZ die Zahl vertragsärztlicher MVZ.

ABBILDUNG 16: ZAHL VON MVZ NACH TRÄGERSCHAFT

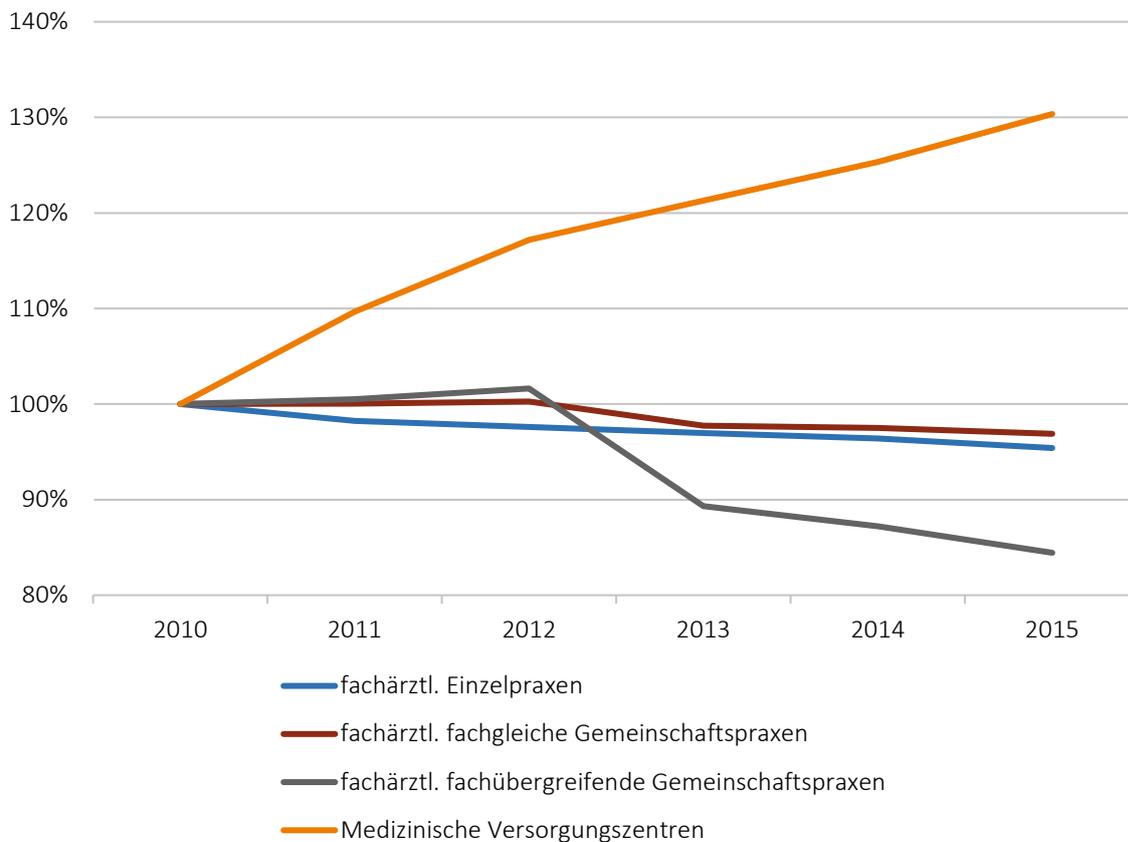


Quelle: KBV, Statistische Informationen zu Medizinischen Versorgungszentren, eigene Darstellung.

Die Abbildung 17 zeigt für die Gesamtheit aller niedergelassenen Fachärzte – anders als für die ZNS-Ärzte in der Abbildung 15 – neben einem Rückgang der Organisationsform Einzelpraxis auch einen Rückgang bei den Gemeinschaftspraxen. Der Vergleich deutet an, dass niedergelassene ZNS-Ärzte auf die zunehmende Konkurrenz durch Krankenhausunternehmen stärker als andere Facharzttrichtungen mit einer gemeinsamen Berufsausübung in größeren Praxisstrukturen reagieren.¹⁴

¹⁴ Diese Kausalität ist nicht zwingend. Es könnte beispielsweise schlichtweg vorteilhaft für das Behandlungsergebnis sein, Patientinnen und Patienten im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung in einer fachbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxis zu behandeln. Es könnte daher der Trend zur Gemeinschaftspraxis weniger das Ergebnis wirtschaftlich kalkulierter Überlegung sein oder die Reaktion auf den Wettbewerbsdruck im Markt durch Krankenhausunternehmen, sondern ggf. nur eine Entwicklung hin zu einer besseren Versorgung.

ABBILDUNG 17: ANZAHL VON PRAXEN NACH PRAXISART (INDEX, BASISJAHR 2010)



Quelle: KBV, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister und Statistische Informationen zu Medizinischen Versorgungszentren.

3.3 AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Unter der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wird ein Versorgungskonzept verstanden, das speziell Patienten mit komplexen und schwer therapierbaren Erkrankungen angeboten wird. Erstmals wurde die ASV mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zum 1.1.2004 im Rahmen des § 116b SGB V „Ambulante Behandlung im Krankenhaus“ eingeführt. Zunächst waren auf dieser Grundlage die zugelassenen Krankenhäuser zur Erbringung von ASV-Leistungen berechtigt. Die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V“ (ABK-RL) konkretisiert die wesentlichen Bestimmungen für die Umsetzung der ASV.

In der ABK-RL sind mehr als 20 verschiedene Krankheitsbilder konkretisiert, die auch typische ZNS-Krankheiten wie Multiple Sklerose und Anfallsleiden beinhalten. Dies spiegelt sich entsprechend im ASV-Verzeichnis der ASV-Servicestelle wider. Dort werden alle zulassungsberechtigten ASV-Teams aufgelistet, die einer Veröffentlichung zugestimmt haben. Nach aktuellem Stand sind dort 61 Teams zu finden, an denen auch Nervenärzte, Neurologen und Psychiater zur Behandlung von gastrointestinalen Tumoren oder Tuberkulose beteiligt sind.

Im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes wurde zum 1.1.2012 die „ambulante Behandlung im Krankenhaus“ nach § 116b SGB V a.F. nunmehr in die ASV nach § 116b SGB V n.F. überführt. Mit § 116b SGB V n.F. hat

der Gesetzgeber den Geltungsbereich der ASV ausgeweitet. Neben den zugelassenen Krankenhäusern sind nun auch vertragsärztliche Leistungserbringer, darunter die niedergelassenen Fachärzte, MVZ und ermächtigten Ärzte, zur Teilnahme an der ASV berechtigt. Am 21.03.2013 wurde hierzu die neue ASV-Richtlinie (ASV-RL) verabschiedet. Analog zur ABK-RL konkretisiert diese maßgebliche Bestimmungen hinsichtlich der Teilnahmevoraussetzungen, Qualitätsanforderungen und dem Behandlungsumfang. Die Qualitätsanforderungen und der Behandlungsumfang stellen dabei die Zulassungskriterien für die Teilnahme an der ASV dar (vgl. Krakow-Franck, 2016, S. 100).

Für die ambulante ZNS-Versorgung ist die gegenwärtig aktuelle Gestaltung des § 116b SGB V n.F., der die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung seit 2012 sektorübergreifend regelt, noch nicht relevant. Bislang sind lediglich sechs Krankheitsbilder für Therapien im Rahmen der neuen ASV durch G-BA-Richtlinien konkretisiert, die jedoch nicht primär, allenfalls sekundär in den ambulanten ZNS-Versorgungsbereich fallen: gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle, gynäkologische Tumore, Tuberkulose und atypische Mykobakteriose, Marfan-Syndrom, pulmonale Hypertonie und Mukoviszidose. Für die Wettbewerbssituation in der ambulanten ZNS-Versorgung sind daher die Bestandsversorgungsangebote der Krankenhäuser nach § 116b SGB V a.F. bestimmend, die beispielsweise die Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Transsexualismus als Krankheitsbild des psychiatrischen Fachgebiets enthält.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (nachfolgend SVR) veröffentlichte im Rahmen seines Sondergutachtens „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ die Ergebnisse einer von ihm im Jahr 2011 vorgenommenen Befragung ausgewählter Krankenhäuser. Das Ziel der Erhebung bestand darin, den Umsetzungsgrad der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser zu ermitteln. Danach wurden bis Ende 2010 von Krankenhäusern mit mehr als 50 Betten ca. 2600 Zulassungsanträge zur ASV nach § 116b SGB V a.F. gestellt. Von diesen wurde wiederum etwa die Hälfte bewilligt. Im Zeitverlauf ist dabei eine Abnahme der Antragszahlen zu beobachten. Nach Ansicht des SVR gibt dies Hinweis auf eine mögliche Sättigung, welche in Teilen begleitet wurde durch Konflikte mit niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenversicherungen. Auf Indikationsebene führt die Onkologie bei den Zulassungsraten mit 55,3 Prozent. Dahinter folgt erst mit großem Abstand Multiple Sklerose mit 5,8 Prozent. Hinsichtlich der Bewilligungsquote befinden sich ZNS-Erkrankungen auf den vorderen Plätzen. So liegt Multiple Sklerose mit einer Bewilligungsquote von 59,3 Prozent auf Platz 4 (Durchschnitt: 49,6 Prozent). Anfallsleiden liegen mit 51,6 Prozent an neunter Stelle und ebenfalls über dem Durchschnitt (Sachverständigenrat, 2012, Tz. 313 ff.).

3.4 PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZEN

Im Bereich der ambulanten Versorgung mit psychiatrischen Leistungen nehmen Krankenhausunternehmen gegenüber den Vertragsärzten eine Sonderstellung im Vergleich mit anderen Fachbereichen ein. Von besonderer Bedeutung sind hier die Angebote Psychiatrischer Institutsambulanzen (PIA) nach § 118 SGB V sowie die Stationsäquivalente Behandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V und § 115d SGB V.

PIA können heutzutage sowohl bei psychiatrischen Fachkrankenhäusern als auch Allgemeinkrankenhäusern mit selbstständig, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen oder psychosomatischen Abteilungen verortet sein

(vgl. Neubert und Richter, 2016, S. 65).¹⁵ Die gesetzliche Verankerung von PIA an psychiatrischen Fachkrankenhäusern fand im Jahr 1976 durch die Implementierung des § 386 Abs. 6 in die RVO¹⁶ statt (vgl. Neubert und Richter, 2016, S. 65). Im Jahr 1989 wurden die Regelungen der RVO mit dem Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung psychisch Kranker (PsychKVVerbG), das zum 1. Januar 1986 Gültigkeit erlangte, in § 118 SGB V überführt (vgl. Köster, 2005, S. 3). Allgemeinkrankenhäuser mit selbständig, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen oder psychosomatischen Abteilungen wurden de facto erst durch die Novellierung des § 118 Abs. 2 SGB V in Folge des Inkrafttretens des GKV-Gesundheitsreformgesetzes am 1. Januar 2000 zur Errichtung von Psychiatrischen Institutsambulanzen ermächtigt (vgl. Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2001), Dtsch. Arztebl. 98 (9); Roth-Sackenheim und Melchinger, 2009, S. 24). Zum Jahr 2013 wurde die Zuständigkeit psychiatrischer Institutsambulanzen auf die Bereiche Psychosomatik und Geriatrie erweitert. In den übrigen Fachbereichen, hier insbesondere in der Neurologie, wurde die ambulante Versorgung erst zu Beginn des neuen Jahrtausends, u. a. mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003 und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), verstärkt für eine wirtschaftliche Betätigung der Krankenhäuser geöffnet.

Die Zahl der PIA ist seit ihrer gesetzlichen Institutionalisierung stetig gestiegen. Im Jahr 2014 gab es 584 Krankenhäuser mit psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen, 481 dieser Krankenhäuser verfügten über eine PIA (vgl. Neubert und Richter, 2016, S. 69 f.).¹⁷ Das sind mehr als 80 Prozent. Insgesamt kommen in Deutschland im Durchschnitt sechs PIA auf 1 Million Einwohner. Die Standorte der PIA sind im Großen und Ganzen flächendeckend über das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland verteilt. Eine Häufung gibt es in den Ballungszentren. In den Flächenländern Brandenburg, Thüringen, Niedersachsen oder Bayern ist die Standortdichte hingegen eher gering. Während in Berlin und Baden-Württemberg vier PIA auf 1 Million Einwohner kommen, sind es in Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz zehn. Faktisch ist die Anzahl der PIA jedoch höher (vgl. Neubert und Richter, 2016, S. 69). Ein Drittel der PIA ist an psychiatrischen Krankenhäusern angesiedelt, zwei Drittel an Allgemeinkrankenhäusern mit selbständig, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen oder psychosomatischen Abteilungen (vgl. Neubert und Richter, 2016, S. 70).

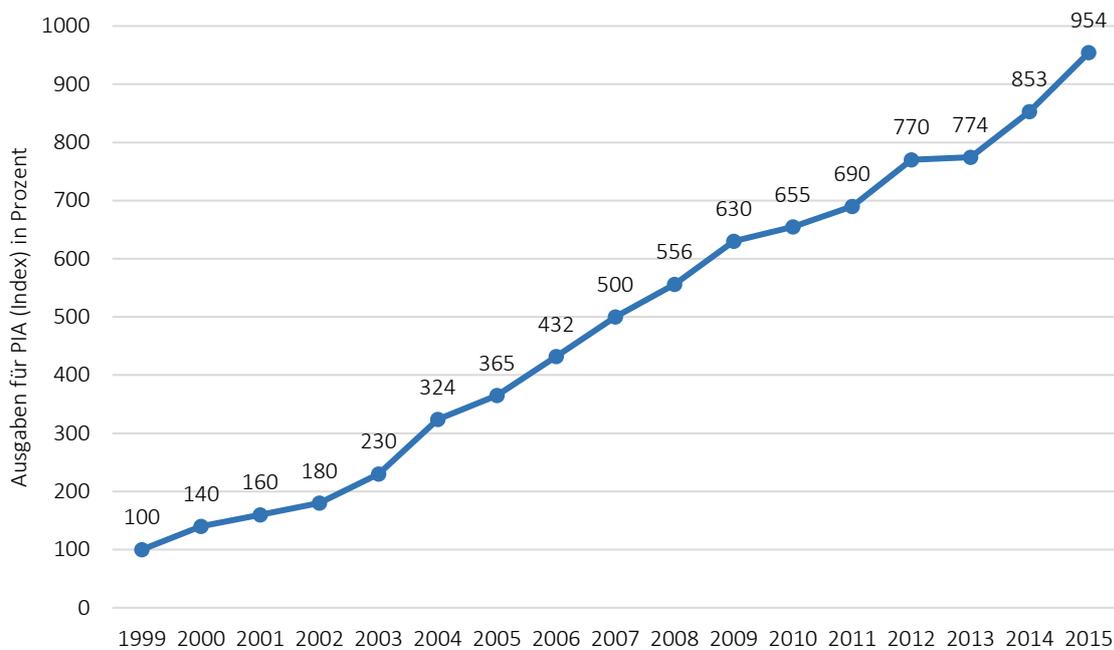
¹⁵ Während erstere für den Betrieb von PIA einer Ermächtigung vom Zulassungsausschuss bedürfen, sind letztere per Gesetz dazu ermächtigt; Voraussetzung ist lediglich, dass sie vom Bundesland mit einer regionalen Versorgungspflicht beauftragt sind (vgl. Neubert und Richter, 2016, S. 65).

¹⁶ Reichsversicherungsordnung, Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (Krankenversicherungs- und Weiterentwicklungsgesetz KVWG) vom 28.12.1976, BGBl I S. 3873-3774.

¹⁷ Tatsächlich liegt die Zahl der PIA noch deutlich höher, da es bei Krankenhäusern keine einheitliche Standortabgrenzung gibt. Eine genaue Verortung der Leistungserbringung ist nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes zwingende Voraussetzung dafür, dass die neuen gesetzlichen Aufträge zur Berücksichtigung der Erreichbarkeit bzw. des Einzugsbereichs im Rahmen von Sicherstellungszuschlägen, der Krankenhaus- und Bedarfsplanung von Strukturqualitätsvorgaben sowie der Qualitätsberichterstattung umgesetzt werden. Zahlreiche psychiatrische Krankenhäuser haben neben dem Hauptstandort weitere teilstationäre Nebenstandorte mit angeschlossenen PIA, ohne dass diese in den Vereinbarungs- und Abrechnungsdaten unterscheidbar sind. Im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 Krankenhausgesetz werden von den Krankenhäusern PIA-Daten mit 448 unterschiedlichen Institutionskennzeichen (IK) übermittelt. Im Vergleich zu den Vereinbarungsdaten fehlen damit detaillierte Leistungsdaten von 35 Einrichtungen (vgl. Neubert und Richter, 2016, S. 69). „Der GKV-Spitzenverband hat diesen Mangel erneut im Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) thematisiert und eine gesetzliche Grundlage für ein Kennzeichen des Ortes der Leistungserbringung für Krankenhausstandorte, Fachabteilungen und Ambulanzen gefordert. Die genaue Verortung der Leistungserbringung ist zwingende Voraussetzung dafür, dass die neuen gesetzlichen Aufträge zur Berücksichtigung der Erreichbarkeit bzw. des Einzugsbereichs im Rahmen von Sicherstellungszuschlägen, der Krankenhaus- und Bedarfsplanung, von Strukturqualitätsvorgaben sowie der Qualitätsberichterstattung umgesetzt werden“ (Neubert und Richter, S. 69).

Auch die Ausgaben für PIA sind kontinuierlich mit jährlichen Wachstumsraten im teilweise zweistelligen Prozentbereich gestiegen (vgl. Abbildung 18). Im Jahr 2015 beliefen sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für PIA auf etwa 585,6 Milliarden Euro. Im Jahr 2014 betragen sie noch 523,5 Milliarden Euro. Das ist ein Anstieg um ca. 12 Prozentpunkte.¹⁸

ABBILDUNG 18: AUSGABEN FÜR PIA 1999-2015 (INDEX, BASISJAHR 1999)



Quelle: KJ 1-Statistik, Wido, zitiert nach Neubert und Richter, 2016, S. 64.

Im Jahr 2014 wurden von den PIA fast 2,4 Millionen Behandlungsfälle abgerechnet. Hierbei handelt es sich in der Regel um Quartalsfälle, in denen alle Behandlungsleistungen zusammengefasst abgerechnet werden. Insgesamt wurden etwa 7,6 Millionen Behandlungs- bzw. Patientenkontakte gezählt, was ca. 3,2 Kontakttagen pro Behandlungsfall entspricht (vgl. Tabelle 1). Zu erwähnen ist die weitgehende Intransparenz des Leistungsgeschehens in den PIA. Zuletzt ist es dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Zuge der Anrechnung ermächtigter Einrichtungen auf den Versorgungsgrad der vertragsärztlichen Versorgung in der Bedarfsplanung nicht gelungen, valide Detaildaten über die ärztlichen Tätigkeiten der PIA und die Verteilung der Fachgebiete in diesen zu erhalten. PIA werden daher in der Bedarfsplanung pauschal auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten angerechnet. Damit verringern psychiatrische Institutsambulanzen zukünftig die mögliche Anzahl zugelassener psychotherapeutischer Praxen. Zwei psychiatrische Institutsambulanzen werden hierbei wie eine psychotherapeutische Praxis gewertet werden, solange keine genaueren Informationen zum Facharztspektrum und

¹⁸ Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzerggebnisse.html>, zuletzt abgerufen am 7.12.2016.

Facharztstätigkeiten in den PIA vorliegen. Eine Verpflichtung zur Offenlegung dieser Daten durch die Krankenhausunternehmen gibt es nicht.¹⁹

TABELLE 1: ANZAHL DER FÄLLE UND KONTAKTE IN 2014

	Anzahl der Fälle	in %	Anzahl Kontakte	in %	Kontakttage je Fall
Kinder und Jugendliche	381.094	16	1.020.650	13	2,7
Erwachsene	1.973.699	84	6.608.815	87	3,4
Gesamt	2.345.793	100	7.629.465	100	3,2

Quelle: Neubert und Richter, 2016, S. 73.

Die wachsende Zahl an PIA ist Beleg für ihre wirtschaftliche Attraktivität für Krankenhausunternehmen. Dies liegt zum einen an der gegenüber der durchschnittlichen ambulanten Vergütung im psychiatrischen Fachbereich bevorzugten Gesamtvergütung von PIA-Leistungen (vgl. dazu auch die Synthese im Abschnitt 4.2). Zum anderen ermöglichen die PIA den Krankenhausunternehmen die Ausnutzung von Größenvorteilen, indem sie zur Verbesserung der Kapazitätsauslastungen beitragen. PIA nehmen im Übrigen auch aufsuchende Behandlungen vor. Hierbei ist die Abgrenzung zur stationsäquivalenten Behandlung unklar und fordert die sinnvolle Abgrenzung und Abstufung der nebeneinander existierenden Versorgungsebenen unter Einbezug der vertragsärztlichen Versorgung heraus.

3.5 STATIONSÄQUIVALENTE BEHANDLUNGEN

Stationsäquivalente Behandlungen als eine Möglichkeit des ambulanten Angebots für Krankenhausunternehmen gehen auf das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) zurück, das am 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist. Das PsychVVG sieht wesentlich die Umgestaltung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu einem Budgetsystem vor, in dem die Krankenhäuser leistungsbezogen und unter Berücksichtigung regionaler und struktureller Besonderheiten vergütet werden sollen. Das neue Entgeltsystem ist verbunden mit Vorgaben zur Personalausstattung sowie mit der Einführung eben dieser sogenannten stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (home treatment). Stationsäquivalente Behandlungen weisen auf die kritische Ausweitung der ambulanten Betätigung durch Krankenhausunternehmen in der ZNS-Versorgung und eine weitere Inwettbewerbstellung der Leistungen von Krankenhausunternehmen mit den Leistungen von ZNS-Vertragsärzten.

¹⁹ Vgl. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss des über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren vom 17. April 2014.

Nach § 115d Abs. 1 SGB V kann nun die psychiatrische stationäre Krankenhausbehandlung auch stationsäquivalent an den Patientinnen und Patienten erbracht werden und entsprechend durch die Krankenhausunternehmen abgerechnet werden. Die stationsäquivalente Behandlung soll dabei eine psychiatrische Behandlung im gewohnten Lebensumfeld der Patienten sein (vgl. § 39 Abs. 1 SGB V) und hinsichtlich der Behandlungsinhalte sowie der Behandlungsflexibilität und -komplexität einer vollstationären Behandlung entsprechen (vgl. § 39 Abs. 1 SGB V). Der für eine stationsäquivalente Behandlung relevante Patientenkreis umfasst psychisch kranke Menschen, die als krankhausbedürftig eingestuft werden (vgl. § 115d Abs. 1 SGB V).

Die stationsäquivalente Behandlung wird der vollstationären Versorgung im Krankenhausunternehmen gleichgesetzt (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V), folglich besteht zwischen der vollstationären und der stationsäquivalenten Behandlung kein Vorrangverhältnis. Die Entscheidung darüber, welche der beiden Behandlungsformen im Einzelfall gewährt wird, obliegt alleine dem zuständigen Krankenhausunternehmen (vgl. PsychVVG-E, 2016, S. 46). Zur Durchführung einer stationsäquivalenten Behandlung sind lediglich psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung berechtigt (§ 115d Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die Erbringung der Leistung erfolgt durch mobile, ärztlich geleitete, multiprofessionelle Behandlungsteams, (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 4 SGB V) bestehend aus Ärzten und nichtärztlichen Fachkräften (vgl. § 115d Abs. 1 Satz 2 SGB V). Damit ist grundsätzlich das gesamte Krankenhauspersonal zur Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigt. Den Krankenhausträgern wird allerdings die Möglichkeit eingeräumt, zwecks Behandlungskontinuität oder aus Gründen der Wohnortnähe Leistungserbringer, die an der ambulanten psychiatrischen Versorgung des Patienten beteiligt sind, mit Teilen der Behandlung zu beauftragen (vgl. § 115d Abs. 1 Punkt 3 SGB V).

Zur Finanzierung der stationsäquivalenten Behandlung im häuslichen Umfeld räumt das PsychVVG den Krankenhausesunternehmen die Möglichkeit ein, krankhausindividuelle Budgets (Erlösbudgets und Erlössummen) zu vereinbaren. Hierdurch lassen sich regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung im Krankenhausbudget berücksichtigen, entfernen die Vergütungssystematik jedoch weiter von wünschenswerten einheitlichen Rahmenbedingungen in der ambulanten Versorgung und Transparenz des Marktgeschehens. Über die sich schließlich herausbildende exakte Vergütungsstruktur ist indes noch wenig bekannt. Es ist jedoch ein Trend zur Behandlung milder Krankheitsverläufe im Home Treatment zu erwarten, sofern pauschalierte Vergütungsbedingungen durch die Vertragspartner vereinbart werden. Da diese Fälle bei entsprechend investiver Unterstützung bei gleicher Versorgungsqualität in der Regelversorgung durch niedergelassene Vertragsärzte wirtschaftlich behandelt werden können, substituiert die stationsäquivalente Behandlung in erster Linie Angebote, die in gleicher Weise durch niedergelassene Vertragsärzte erbracht werden könnten.²⁰

Das PsychVVG sieht keine verpflichtende Einbindung niedergelassener Nervenärzte und Psychiater in die stationsäquivalente Behandlung vor. Der Gesetzgeber begründet dies mit der Komplexität der stationsäquivalenten Behandlung und der Notwendigkeit, gegebenenfalls auch kurzfristig auf Krankenhausinfrastruktur zurückgreifen zu können (vgl. PsychVVG-E vom 5. September 2016, S. 48). Sofern nicht Krankenhausstrukturen in der Häuslichkeit eingerichtet werden, insbesondere im Hinblick auf eine 24/7-Präsenz von Pflegekräften und die unmittelbare Verfügbarkeit von Fachärzten, entstehen jedoch Überschneidungen mit dem vertragsärztlichen

²⁰ Vgl. http://www.kbv.de/media/sp/2016_06_14_PsychVVG_RefE_Stellungnahme_KBV.pdf, zuletzt abgerufen am 2. April 2017.

Angebot. Ein Aufbau redundanter Doppelstrukturen durch die stationsäquivalente Behandlung von Krankenhausunternehmen, die die bestehenden Netzwerke der ambulanten Leistungserbringer schwächen, kann zudem nicht ausgeschlossen werden.

4. VERGÜTUNG IN DER WETTBEWERBLICHEN ZNS-VERSORGUNG

4.1 VERGÜTUNG IN DER STATIONÄREN ZNS-VERSORGUNG

Voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen werden im Allgemeinen pauschal vergütet. Für allgemeine Krankenhausleistungen gilt hierbei das G-DRG-System, für die Leistungen psychosomatischer und psychiatrischer Kliniken PEPP. Für die mit pauschalierten Pflegesätzen vergüteten voll- oder teilstationären Krankenhausleistungen gelten im Bereich der DRG-Krankenhäuser die Vorgaben des § 17b und im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Vorgaben des § 17d (§17 Abs. 1a KHG).

In Krankenhäusern und Tageskliniken²¹ werden voll- und teilstationäre Leistungen in den allgemeinen Fachbereichen, hierzu zählt insbesondere auch die Neurologie aus den ZNS-Fachbereichen, gemäß dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) größtenteils mit Fallpauschalen nach dem G-DRG-System (German Diagnosis Related Groups) nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG und § 17 KHG vergütet. Einzelheiten der Vergütung der G-DRG-Krankenhäuser werden im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und in der Fallpauschalenvereinbarung der Selbstverwaltungspartner geregelt. Mit der Fallpauschale wird die Behandlung einer definierten Diagnose, ggf. eines mit ihr spezifisch verbundenen operativen Eingriffs, in einer festgelegten Bandbreite für die Verweildauer des Patienten im Krankenhaus abgegolten. Innerhalb dieser Bandbreite wird, unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer, eine Pauschale bezahlt. Einer Über- oder Unterschreitung der mittleren Verweildauer wird durch Vergütungsabschlägen oder Vergütungszuschlägen Rechnung getragen (vgl. Coenen, Haucap und Hottenrott, 2016, S. 23 ff.).²²

Zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen können sogenannte Zusatzentgelte abgerechnet werden. Mit diesen werden Leistungen vergütet, die noch nicht oder noch nicht ausreichend in den DRG-Fallpauschalen berücksichtigt wurden. Diese Zusatzentgelte werden gemäß § 9 KHEntgG von den Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, Verband der priv. KV und Deutsche Krankenhausgesellschaft) in einem Zusatzentgelt-Katalog nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG festgelegt. Im Bereich der Neurologie wird hierdurch beispielsweise Mehraufwand im Zusammenhang mit der Implantierung von Neurostimulatoren abgegolten. Daneben existieren außer den bundeseinheitlich kalkulierten auch krankenhausesindividuelle Entgelte und krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG. Diese krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte umfassen Leistungen, die weder sachgerecht durch DRG-Fallpauschalen noch Zusatzentgelte vergütet werden. Ein Beispiel für eine Leistung dieser Kategorie aus dem ZNS-Bereich ist die multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson. Sie werden zwischen den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG, dem Krankenhausträger und dem Sozialleistungsträger vereinbart (vgl. Coenen, Haucap und Hottenrott, 2016, S. 23 ff.).

Die Grundlagen für die Vergütung der vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und

²¹ Die Abrechnung einer Tagesklinik erfolgt grundsätzlich gemäß der Abrechnung teilstationärer Leistungen in einem Krankenhaus.

²² Der Fallpauschalen-Katalog und die Fallpauschalen-Abrechnung wird derzeit jährlich auf Bundesebene durch eine Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (nach § 9 KHEntgG) in der Vereinbarung zum Fallpauschalen-Katalog für Krankenhäuser nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG neu aufgesetzt.

Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind im KHG, in der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) und in der von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu treffenden Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) niedergelegt. Bis einschließlich 2012 wurden psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilung überwiegend mit tagesgleichen Abteilungspflegesätzen sowie Basispflegesätzen für die nicht-medizinischen Kosten finanziert. Über Jahre sollte dann analog zur Vergütung im DRG-Krankenhaussektor ein für alle Anbieter verbindliches durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem der allgemeinen Krankenhausleistungen auf der Grundlage von hierbei tagesbezogenen und nicht-fallbezogenen Entgelten eingeführt werden. Die entsprechenden pauschalierten Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) sind für die Krankenhäuser in den Optionsjahren 2013, 2014, 2015, 2016 und 2017 freiwillig. *„Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems startete zum 1. Januar 2013 zunächst auf freiwilliger Basis, indem interessierten Einrichtungen die Möglichkeit eingeräumt wurde, ihre Leistungen unter den Regelungen des PEPP-Entgeltsystems abzurechnen („Optionsmodell“). Dabei galt für die teilnehmenden Krankenhäuser der Grundsatz der Budgetneutralität, d. h. die auf Basis der bisherigen Regelungen der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) unter Anwendung der Psych-PV ermittelten Budgets wurden mittels der PEPP-Entgelte in Form von Abschlagszahlungen an die optierenden Krankenhäuser ausgezahlt“* (InEK, 2016, S. 2 f.).

Die zugehörige Verordnung Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) enthält Bestimmungen für die Abrechnung von voll- und teilstationären Leistungen. In ihr sind allgemeine Abrechnungsgrundsätze, Regelungen zur Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus, zur Verlegung von Patienten, zum Jahreswechsel sowie zu den Zusatz- und sonstigen Entgelten niedergelegt. Der Entgeltkatalog wird seit dem Jahr 2013 kontinuierlich, im Rahmen des lernenden Systems, weiterentwickelt. Im Jahr 2017 enthält er insgesamt 77 pauschalierte tagesbezogene Entgelte für voll- und teilstationäre Leistungen und 99 Zusatzentgelte. Zusätzlich wurden auf der Grundlage einer entsprechenden Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vier ergänzende Tagesentgelte ermittelt.²³

Für das Jahr 2018 ist das neue Entgeltsystem von allen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verbindlich anzuwenden. Allerdings ist der Gesetzgeber mit dem zum 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Psych-VVG von der Idee abgewichen, ein für alle Krankenhäuser auf einheitliche Werte konvergierendes System einzurichten. Stattdessen erfolgt die Anwendung zunächst weiter unter der Bedingung der Budgetneutralität. Ökonomische Wirksamkeit hat die Regelung erst zum Jahr 2020. Zwar werde hierbei an dem Ziel der Leistungsorientierung der Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen festgehalten. Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt jedoch (vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), S. 19). Die Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort sollen auf den bestehenden Budgets aufsetzen. Für die Vereinbarung bedarfs- und leistungsgerechter Budgets sollen unter Nutzung des leistungsbezogenen Vergleichs krankenhausespezifische Besonderheiten und Leistungsveränderungen berücksichtigt werden. Der leistungsbezogene Vergleich soll als Vergleichs- und Transparenzinstrument den Vertragsparteien vor Ort zur Orientierung in den Vertragsverhandlungen dienen, auch um eine Annäherung von Preisunterschieden zu erreichen, die nicht auf strukturelle Unterschiede zurückgehen. Von den Vertragsparteien vor Ort festge-

²³ Vgl. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/krankenhausfinanzierung.html>, zuletzt abgerufen am 13. März 2017.

stellte Notwendigkeiten zur Erhöhung oder Senkung des Budgets werden krankenhausindividuell durch Anpassungsvereinbarungen berücksichtigt. Umfang, Dauer sowie weitere Einzelheiten der Anpassungsvereinbarungen gestalten die Vertragsparteien vor Ort aus.

Wie die PEPP werden auch die G-DRG-Fallpauschalen grundsätzlich nicht in beliebiger Höhe festgelegt, sondern sollen in einem Zusammenhang mit dem Behandlungs- und Pflegeaufwand stehen. Bei den G-DRG-Fallpauschalen wird unterschiedlicher Behandlungs- und Pflegeaufwand durch eine Bewertungsrelation ausgedrückt. Rechnerisch ergibt sich der Wert einer Fallpauschale dann aus der Multiplikation der Bewertungsrelation der jeweiligen DRG mit dem Landesbasisfallwert, einem landeseinheitlichen Preisniveau. Der Landesbasisfallwert ist zwar länderspezifisch, orientiert sich allerdings am Bundesbasisfallwert. Dieser wurde in § 10 Abs. 9 KHEntgG vorgesehen. Der Bundesbasisfallwert ist ein Orientierungswert für die Länder und beschreibt einen Korridor von +2,5 Prozent bis -1,02 Prozent, in dem sich die Landesbasisfallwerte abweichend vom Bundesbasisfallwert bewegen dürfen. 2017 beträgt der Bundesbasisfallwert beispielsweise 3.376,11 Euro (vgl. Coenen, Haucap und Hottenrott, 2016, S. 23 ff.).²⁴ Im PEPP-Entgeltkatalog wird die einheitliche Bezugsgröße für das pauschalierte Tagesentgelt mit Bewertungsrelationen zur Berücksichtigung unterschiedlichen Behandlungs- und Pflegeaufwands gewichtet. Die Bezugsgröße im PEPP-Entgeltkatalog 2017 beträgt 240,22 Euro.

4.2 VERGÜTUNG IN DER AMBULANTEN ZNS-VERSORGUNG

Die Vergütung ambulanter Leistungen, so auch in der ambulanten ZNS-Versorgung, unterscheidet für die privat- und vertragsärztlichen Leistungen zunächst nicht zwischen der ambulanten Behandlung durch einen niedergelassenen Vertragsarzt oder durch einen Krankenhausarzt, wenn dieser oder sein Krankenhaus beispielsweise zur ambulanten Behandlung ermächtigt ist oder er beispielsweise in einem krankenhaus-eigenen MVZ ambulante Leistungen erbringt. Dies gilt nicht für Leistungen im Rahmen Stationsäquivalenter Behandlung (§ 115d SGB V), für Leistungen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V), für Leistungen von Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) und für Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen (§ 118 SGB V).

Ambulante private Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einheitlich vergütet. Ambulante GKV-Leistungen werden gemäß § 87 Abs. 2 SGB V nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet, der Abrechnungsgrundlage zwischen den KV und den Verbänden der Krankenkassen ist. Der EBM-Katalog wird fortlaufend durch den Bewertungsausschuss nach § 87 SGB V weiterentwickelt (vgl. Coenen, Haucap und Hottenrott, 2016, S. 23 ff.).

Verschiedene ambulante Behandlungen werden anhand von im EBM-Katalog festgelegten Gebührensatzern vergütet. Als eine Honorarordnung bestimmt der EBM den Inhalt der anrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punktzahlen ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Der feste Euro-Preis einer Leistung wird durch die Multiplikation ihrer Punktzahl mit einem regional verhandelten Punktwert errechnet. Ausgangswert für den Punktwert ist der bundeseinheitliche Orientierungswert, der jährlich neu zwischen der KBV und den Krankenkassen verhandelt wird (vgl. Feuerstein und Riedel, 2012). Er beträgt 2017 10,53 Cent.²⁵

²⁴ Vgl. Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG für den Vereinbarungszeitraum 2017 zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

²⁵ Vgl. <http://www.kbv.de/html/2054.php>, zuletzt abgerufen am 24. März 2017.

Allerdings bestehen im vertragsärztlichen Versorgungsbereich überwiegend arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina (RLV) für die meisten ärztlich-therapeutischen Leistungen. Bundeseinheitlich durch die KBV vorgegeben werden die Berechnungsschritte zur Aufteilung der Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Vergütungsanteil, die Grundsätze zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen und zur Vergütung von Laboruntersuchungen. Die gebräuchlichen Regelleistungsvolumina beschreiben die Obergrenze, bis zu der ein Arzt Leistungen abrechnen darf. Alle darüber hinaus erbrachten Leistungen werden lediglich abgestaffelt vergütet. Ärzte in unterversorgten Gebieten können, je nach internem Verteilungsschlüssel der einzelnen KV, gegebenenfalls auch ohne Abstufung voll vergütet werden.²⁶ Krankenhäuser werden von der RLV erfasst, wenn sie im Rahmen einer originären Teilhabe an der ambulanten Versorgung ihre Leistungen anbieten, etwa im Rahmen eines krankenhauseigenen MVZ. Hingegen werden Krankenhäuser vollständig extrabudgetär auf Grundlage des EBM vergütet, wenn sie etwa im Rahmen der ASV Leistungen erbringen.

Die Leistungen der krankenhauseigenen MVZ gehen stets unmittelbar zulasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Neben diesen werden nach § 120 SGB V zudem aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung direkt auch die folgenden ambulanten Leistungen der Krankenhausunternehmen vergütet: ambulante ärztliche Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, die in stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen von ermächtigten Ärzten, ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden sowie Leistungen im Rahmen der Erbringung einer Zweitmeinung nach § 27b SGB V oder Leistungen die in Fällen erbracht werden, wenn Terminservicestellen die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 75 Abs. 1a SGB V anbieten mussten, werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Mit diesen Leistungsangeboten stehen die Krankenhäuser mithin auch im Hinblick auf die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen in einer direkten Konkurrenz mit den niedergelassenen Vertragsärzten.

Leistungen der krankenhauseigenen MVZ erfolgen also nach den Regularien der jeweiligen KV analog zur Vergütung in Gemeinschafts- und Einzelpraxen der niedergelassenen Vertragsärzte. Eine Besonderheit stellt bei ihnen jedoch die Möglichkeit dar, bestimmte Diagnostikleistungen durch unkomplizierte Klinikeinweisungen und damit Erbringung durch den stationären Sektor zu ermöglichen. Der niedergelassene Vertragsarzt in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis erbringt unter Umständen dieselbe Leistung mit seinen Ressourcen, allerdings zu einem geringeren Betrag als die zurechenbaren Kosten der stationären Versorgung im Rahmen der Quartalspauschale.

Ambulante Notfallbehandlungen durch Krankenhäuser gelten als vertragsärztliche Leistungen, wenn kein Vertragsarzt für die unmittelbare Behandlung des Patienten verfügbar ist. Die Leistungen von Hochschulambulanzen hingegen, von sozialpädiatrischen Zentren und von medizinischen Behandlungszentren werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Ihre Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muss die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Die Vergütung kann pauschaliert werden.

Außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung werden auch die ambulanten operativen Leistungen von Krankenhausunternehmen (AOP-Leistungen) vergütet. Die im AOP-Katalog aufgeführten Leistungen des

²⁶ Vgl. für eine detailliertere Darstellung der Honorarverteilung bei den Vertragsärzten auch Coenen, Haucap und Hottenrott (2016, S. 23 ff).

Krankenhauses werden mit den Preisen der für den Standort des Krankenhauses geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung (§ 87 a Abs. 2 SGB V) beziehungsweise den diesen zugrunde liegenden Punktwerten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung abgerechnet.²⁷

Leistungen der ASV nach § 116b SGB V n.F. und ihres Vorläufers „ambulante Behandlung im Krankenhaus“ nach § 116b a.F. werden ebenfalls außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Im Bereich der ZNS-Erkrankungen ist der überwiegende Teil noch nicht in die ASV nach § 116b SGB V n.F. überführt. Seine Behandlung wird daher noch ausschließlich nach dem § 116b SGB V a.F. im Rahmen des Bestandsschutzes erbracht. Die Vergütung von Leistungen nach § 116b SGB V hat der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen. Die an der alten ASV teilnehmenden Krankenhausunternehmen haben hierzu den Krankenkassen die von ihnen jeweils nach § 116b Abs. 3 und Abs. 4 SGB V a.F. ambulant erbringbaren Leistungen mitgeteilt und die hierfür berechenbaren Leistungen auf der Grundlage des EBM angezeigt. Seit dem 1. Januar 2009 werden so die ASV-Leistungen des Krankenhauses mit dem Preis der in seiner Region geltenden Euro-Gebührenordnung (§ 87a Abs. 2 Satz 6) vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen. Leistungen im Rahmen der ASV, die noch nicht im EBM abgebildet sind, werden nach der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Ein Investitionskostenabschlag von fünf Prozent auf die Leistungen der öffentlich geförderten Krankenhäuser ist erst mit der ASV nach § 116b SGB V n.F. vorgesehen. Auch eine Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung um die ASV-Leistungen findet erst für Leistungen nach § 116b SGB V n.F. statt. Zwar darf diese künftige Bereinigung nicht zulasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen, dennoch stellt sie künftige ASV-Leistungen im ZNS-Versorgungsbereich unter die Mengensteuerung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung und mithin in die direkte Konkurrenz um die Finanzierung mit den niedergelassenen Vertragsärzten.²⁸

Die Vergütung der PIA erfolgt außerhalb der kassenärztlichen Gesamtvergütung. Höhe und Art der Vergütung von PIA-Leistungen ist nach § 120 Abs. 3 SGB V länderspezifisch geregelt. Sie reicht von einer differenzierten Einzelleistungsvergütung pro Patientenkontakt bis zu Quartalspauschalen pro Fall, bei denen zum Teil die Zahl der Patienten, zum Teil die Zahl der Kontakte im Quartal mitangerechnet wird.²⁹ Vertragspartner sind jeweils die Landesverbände der Krankenkassen mit den jeweiligen Krankenhausverbänden, die gemeinsam und einheitlich Regelungen treffen. Pauschalierte Leistungsvergütungen sind zulässig (vgl. Neubert und Richter, 2016, S. 75 f.).

Ärztliche Leistungen der PIA werden entweder nach einem spezifischen Leistungskatalog über die jeweilige KV abgerechnet oder es werden in den KV Quartalspauschalen vereinbart. In Bayern gilt ein Einzelleistungskatalog (vgl. Spengler, 2012, S. A 1982). Dieses Einzelleistungssystem für PIA in Bayern erfasst sämtliche Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Arzthelfer etc.) in der Vergütungshöhe gestaffelt, ermöglicht daher eine

²⁷ Vgl. http://www.aok-gesundheitspartner.de/by/krankenhaus/ambulant_versorgung/amb_operieren/ebm/index.html, zuletzt abgerufen am 24. März 2017.

²⁸ Vgl. http://aok-bv.de/lexikon/a/index_07466.html, zuletzt abgerufen am 24. März 2017.

²⁹ Vgl. http://www.dkgev.de/media/file/11909.DasKrankenhaus-08-12.pdf_PIA-Dokumentationsvereinbarung.pdf, zuletzt abgerufen am 16. Mai 2017. Die Leistungsdokumentationen der PIA in den unterschiedlichen Bundesländern sind daher sehr heterogen. Die Übermittlung von Leistungsdaten an die zuständigen Krankenkassen erfolgt vielerorts noch auf Papier. Länderübergreifende Leistungsdaten stehen bislang nicht zur Verfügung (vgl. http://www.dkgev.de/media/file/11909.DasKrankenhaus-08-12.pdf_PIA-Dokumentationsvereinbarung.pdf, zuletzt abgerufen am 16. Mai 2017).

breite Abrechnung. In manchen Bundesländern gibt es für alle PIA einen einheitlichen Landesvertrag (z. B. Bayern, Mecklenburg-Vorpommern), in anderen für jede PIA eigene Verträge (z. B. Berlin, Baden-Württemberg) oder auch Mischformen (z. B. Sachsen-Anhalt). Die Pauschalen pro Quartal bewegen sich im Bereich von 200 EUR mit einer Streuung von circa 120 EUR bis 360 EUR, bei der KJPP sind sie oft um etwa ein Viertel erhöht (vgl. Spengler, 2012, S. A 1982). In Niedersachsen beispielsweise werden die Pauschalen nach der Behandlungsdauer in der Einrichtung gestaffelt. So betrug die Vergütung für den Erwachsenenbereich im letzten Quartal 2016 in Niedersachsen 218,05 EUR für ein bis zwei Behandlungstage, 305,01 EUR für drei oder vier Behandlungstage und 371,12 EUR für fünf oder mehr Behandlungstage.³⁰

³⁰ Vgl. <http://www.nkgev.info/PIA.html>, zuletzt abgerufen am 16. Mai 2017.

5. DIE LANGFRISTIGE STEUERUNG IM ZNS-KRANKENHAUS

In Krankenhausunternehmen ist die kurzfristige Entscheidung über die Aufnahme einer neuen Patientin oder eines neuen Patienten in die eine oder andere ambulante oder stationäre Behandlung wirtschaftlich lediglich von den relativ sehr unterschiedlichen Erlösmöglichkeiten abhängig, auf die wir im Kapitel 6 noch eingehen werden. In längerfristiger Betrachtung spielen für die Krankenhausunternehmen neben den möglichen Erlösen auch die relativ unterschiedlichen Behandlungskosten (insgesamt also die unterschiedlichen Deckungsbeiträge der unterschiedlichen Behandlungen) sowie die Interdependenzen der ambulanten und stationären Angebote im eigenen Unternehmen eine Rolle. Hierbei geht es also um die langfristige, überschussmaximierende Ausrichtung des Gesamtangebotes eines Krankenhausunternehmens an seinen Standorten. Die Integration ambulanter Angebote unter dem Gesichtspunkt der Maximierung der Gesamtüberschüsse des Krankenhausunternehmens lenkt die Betrachtung weg vom unmittelbaren Versorgungserfordernis in einer Region und lenkt sie auf eine Reihe schließlich betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte, die ein erfolgreiches Krankenhausmanagement ausmachen. Diesem Thema haben sich auch Beratungsunternehmen angenommen, gelegentlich finden sich in der Literatur hierzu Belege:

„Jede Verbesserung der Kosten- und Erlösstrukturen beginnt bei einem Krankenhaus mit der Ausrichtung auf den richtigen Fallmix, und der wiederum gelingt nur mit einer adäquaten Zuweiserstruktur. Genau daher ist die ambulante MVZ-Strategie so wichtig. Also sollten Krankenhäuser noch bis Spätsommer 2011 die richtige MVZ-Strategie umsetzen. Bis dahin bleibt der Königsweg für ‚starke‘ Krankenhäuser, mit großen zentralen und dezentralen MVZ-Einheiten auf einen gewissen Konfrontationskurs zu den niedergelassenen Ärzten zu gehen. MVZ werden dann als Zuweiserplattformen verstanden und gewährleisten eine gesetzlich zulässige Arbeitsteilung in der Behandlungskette wie bei Leistungen gem. § 115b oder § 116b. Durchlässige Fallführung durch gleiche Ansprechpartner, Verschiebung von Diagnostikaufwendungen aus dem Krankenhaus in das MVZ mit ambulanter Abrechnung zulasten der KV sind willkommene Zusatzeffekte. Wesentlich dient das MVZ als ‚Staubsauger‘ für geeignete stationäre Fälle und als ‚Staubfänger‘ für solche Fälle, die besser anderswo versorgt werden sollten“ (vgl. Leoprechting, 2011, S. 31).

Dass in dem zitierten Text der Spätsommer 2011 als Frist für eine den Krankenhausunternehmen Erfolg verheißende MVZ-Gründung gesetzt wird, ist lediglich der Annahme seines Autors geschuldet, dass das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) es Krankenhäusern ab 2012 deutlich erschweren würde, ein MVZ zu gründen. Von diesem ursprünglichen Vorhaben ist der Gesetzgeber schließlich abgewichen; für Krankenhausunternehmen sind die MVZ-Gründung und der MVZ-Betrieb bis heute eine lukrative Strategie, insbesondere wenn die Interdependenzen der ambulanten und stationären Angebote der Krankenhausunternehmen hierbei ausgenutzt werden.

Im ZNS-Versorgungsbereich lässt sich das zugrundeliegende wirtschaftliche Kalkül zur Gründung eines fachärztlich ambulant tätigen MVZ uneingeschränkt auf die Gründung von PIA sowie auf den Betrieb Neurologischer Spezialambulanzen nach § 116b SGB V übertragen. Die in diesen bevorzugten Vergütungsbedingungen vergrößern nur noch die wirtschaftlichen Anreize der Krankenhausunternehmen zur Errichtung und zum Betrieb einer solchen Einrichtung.

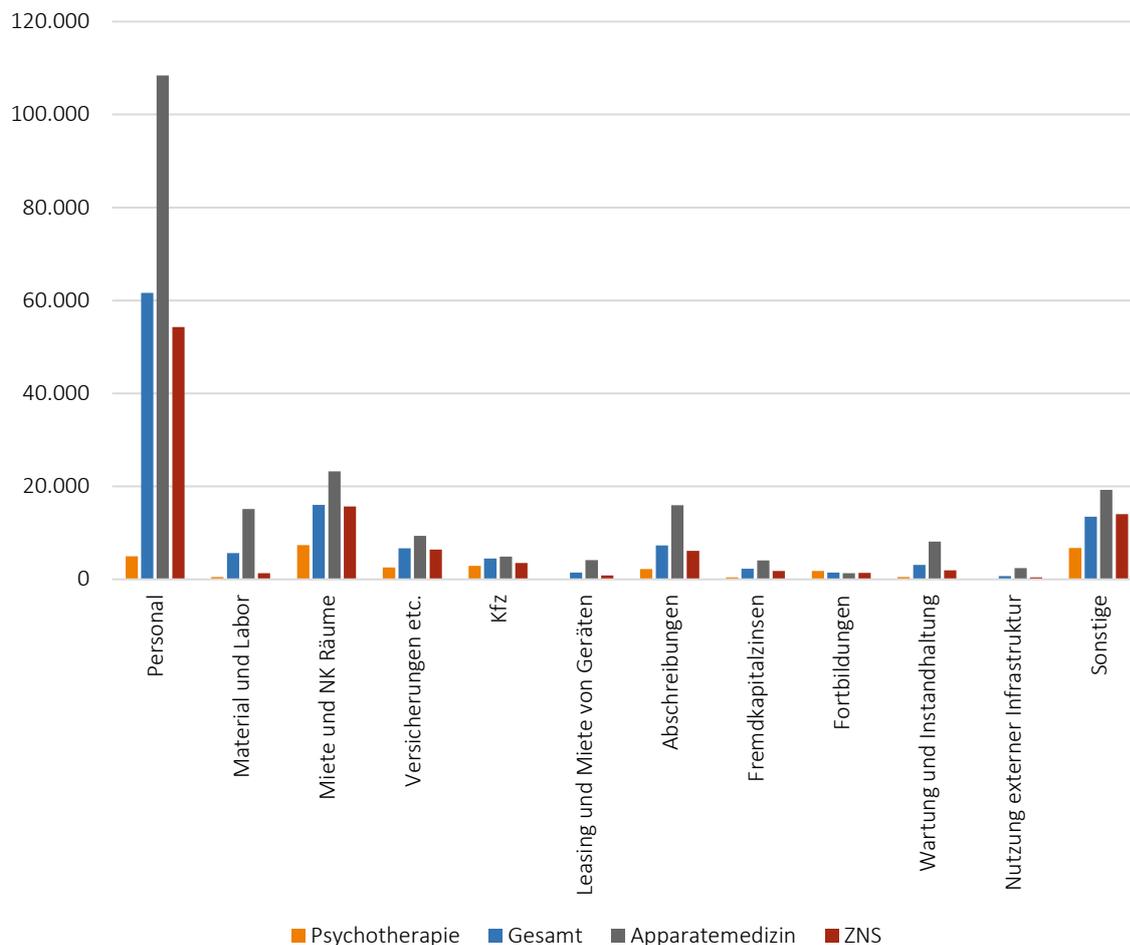
5.1 DIE DECKUNGSBEITRAGSORIENTIERTE AUSRICHTUNG DES AMBULANTEN KRANKENHAUSANGEBOTS

Im Wettbewerb mit den niedergelassenen ZNS-Vertragsärzten sind Krankenhausunternehmen langfristig flexibel in der Ausrichtung ihres Angebotes im Hinblick auf besonders lukrative Versorgungsbereiche mit hohen Margen. Krankenhausunternehmen agieren strategisch als Wirtschaftsunternehmen, die ihr Gesamtangebot an stationären wie ambulanten Leistungen an den absehbaren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Versorgung ausrichten, mithin an den sich aus der Vergütungssystematik ergebenden Margen in der ambulanten und stationären Versorgung. Die Marge einer jeden Leistung wird bestimmt durch ihre spezifischen Einkünfte auf der einen und die mit ihr verbundenen Ausgaben auf der anderen Seite.

Die Marge einer jeden Leistung im Krankenhausunternehmen bezeichnet ihren Deckungsbeitrag zur Finanzierung der fixen Kosten und darüber hinaus. Deckungsbeitrag wird im Allgemeinen die Differenz zwischen dem Umsatz bzw. dem Erlös und den variablen Kosten genannt. Die Gesamtkosten des Unternehmens bestehen in der Regel aus Fixkosten und variablen Kosten. Fixkosten fallen unabhängig von der Ausbringungsmenge an. Die variablen Kosten sind hingegen mengenabhängig (vgl. Pindyck und Rubinfeld, 2009, S. 302). Folglich gibt der Deckungsbeitrag an, wie viel eine Leistung zur Deckung der Fixkosten beiträgt. Der Deckungsbeitrag kann dabei auf ein einzelnes Produkt (bzw. eine einzelne Dienstleistung) (Stückdeckungsbeitrag) oder auf die gesamte Absatzmenge des Produktes (bzw. der Dienstleistung) (Gesamtdeckungsbeitrag) bezogen sein.

Im Hinblick auf die Kostenseite sollten Krankenhausunternehmen in der Regel in der Lage sein, die Kosten der vertragsärztlichen Versorgung durch Gründung eines MVZ wenigstens zu imitieren. Diese sind für die Einzelpraxen in der (fach-)ärztlichen Versorgung im Jahr 2014 in ihrer Struktur in der Abbildung 19 aufgeschlüsselt. Aus der Abbildung ist wesentlich erkennbar, dass die Facharztpraxen der Apparatedizin im Vergleich ein insgesamt höheres Kostenniveau aus den direkten Kosten der Geräte sowie aus Personalkosten zum Betrieb der Geräte und zur Versorgung der im Durchschnitt höchsten Patientenzahlen besitzen. Die durchschnittlichen Kosten der ZNS-Praxen bewegen sich auf dem Niveau der durchschnittlichen Arztpraxis (inkl. hausärztlicher Versorgungsbereich), hingegen fällt das Kostenniveau der niedergelassenen Psychotherapeuten deutlich nach unten ab.

ABBILDUNG 19: AUFWAND JE EINZELPRAXIS 2014



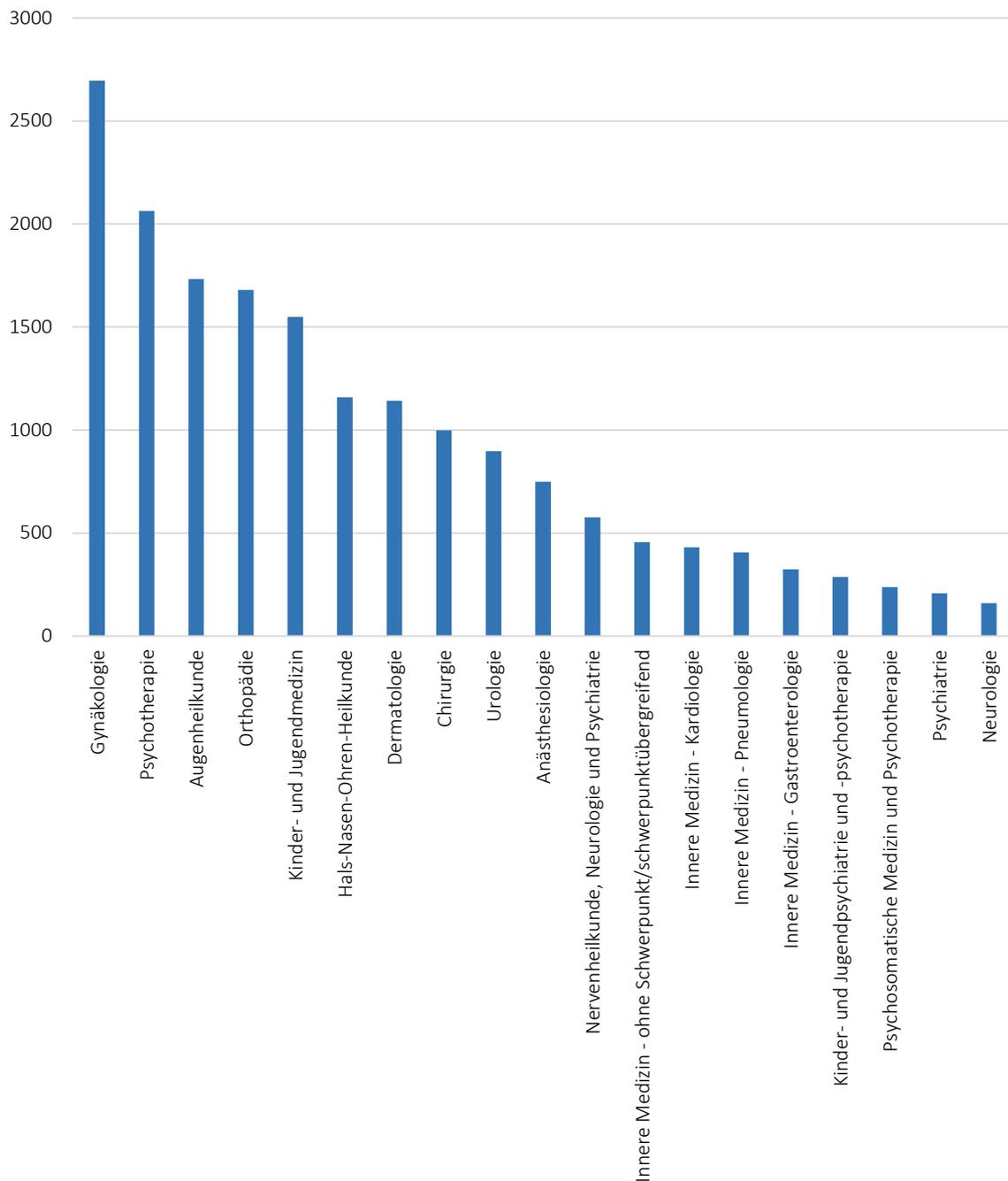
Quelle: Zi-PraxisPanel – Tabellenband zum Jahresbericht 2015, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

In der Regel sollten die Kosten ambulanter Versorgung in den Krankenhausunternehmen jedoch, vergleichbare Effizienzanstrengungen vorausgesetzt, noch niedriger sein als die Kosten in der vertragsärztlichen Versorgung. Das eingangs des Kapitels angeführte Zitat weist darauf hin, dass sich zum einen im Zusammenhang mit möglichen Episoden stationärer Versorgung durch das Krankenhausunternehmen Kosten beispielsweise in der Diagnostik einsparen lassen, zum anderen die krankenhauseigenen MVZ, PIA und Spezialambulanzen im Allgemeinen Zugang zu günstigeren Ressourcen haben als niedergelassene Fachärzte.

Unter der Annahme, dass Krankenhausunternehmen die Kostenstrukturen der niedergelassenen Vertragsärzte zumindest erreichen können, in der Regel jedoch ceteris paribus kostengünstiger sein können, lässt daher die Betrachtung der Einnahme- und Überschussituation der unterschiedlichen Fachbereiche der niedergelassenen Fachärzte Rückschlüsse darüber zu, welche Fachbereiche vorderhand als ambulantes Betätigungsfeld für Krankenhausunternehmen attraktiv sind. Interessant sind zum einen das jeweilige Marktvolumen im Fachbereich, also der Gesamtumsatz eines ambulanten Angebotes sowie die Marge des jeweiligen Einzelfalls darin, gewissermaßen Unterschiede in den „Patientenwerten“ oder „Fallwerten“, die sich langfristig im Gesamtangebot der Krankenhausunternehmen spiegeln.

Abbildung 20 reiht zunächst die unterschiedlichen Facharztbereiche nach ihren Gesamteinnahmen im ZiPP zum Berichtsjahr 2014. Diese Reihung nach Umsätzen im Fachgebiet sieht Vorteile in der Gynäkologie, der Augenheilkunde, der Orthopädie, der Kinder- und Jugendmedizin aber auch in der Psychotherapie mit Nachteilen für die Psychosomatische Medizin, die Psychiatrie und die Neurologie. Der abzulösende Facharztbereich Nervenheilkunde liegt im Mittelfeld.

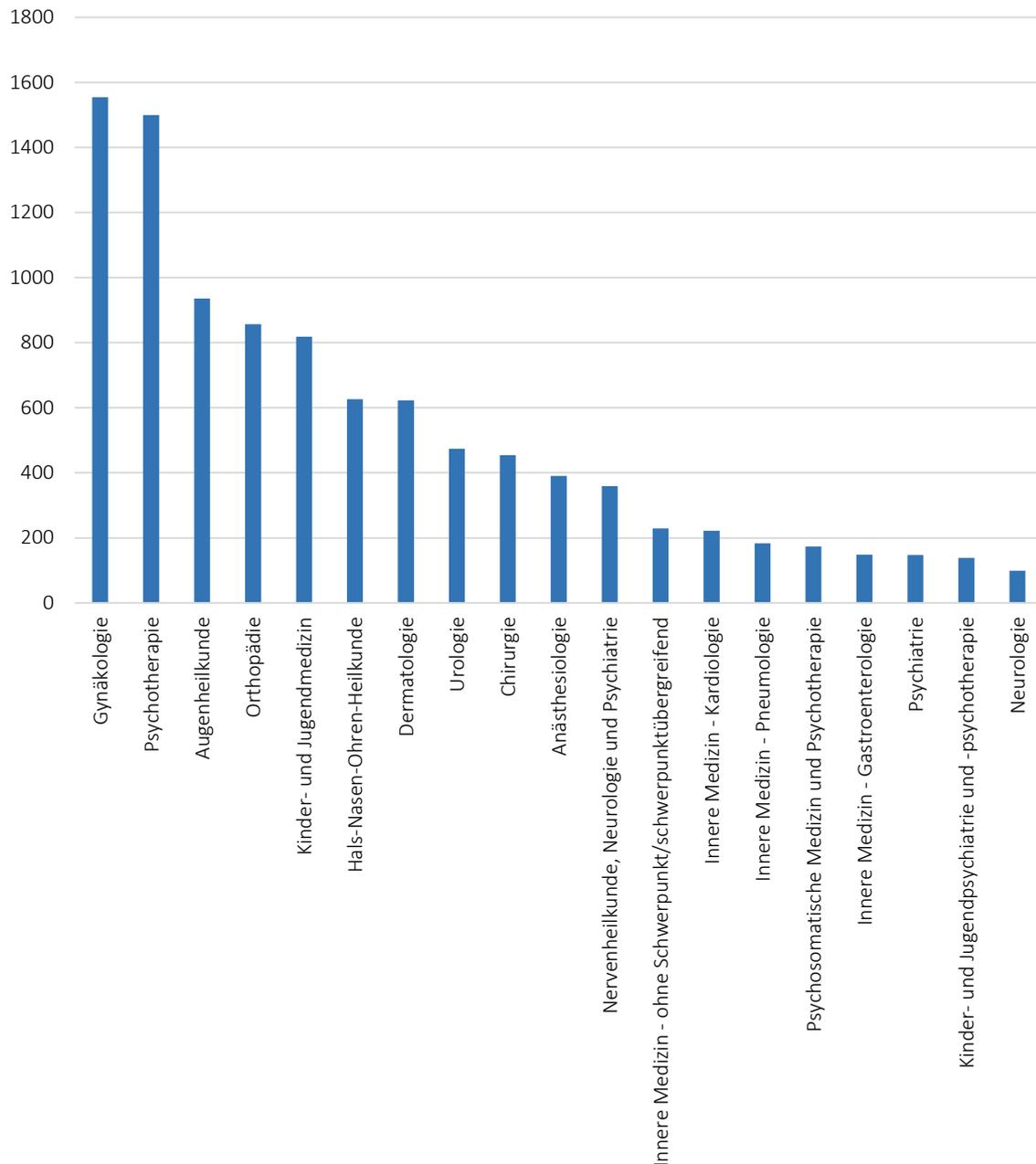
ABBILDUNG 20: GESAMTEINNAHMEN NACH FACHARZTBEREICHEN IN MIO. EUR 2014



Quelle: Zi-PraxisPanel – Tabellenband zum Jahresbericht 2015, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Abbildung 21 richtet den Blick auf die Summe der Margen in den unterschiedlichen Fachbereichen der fachärztlichen Versorgung. Gegenüber der Betrachtung der Einnahmensummen ändert sich hierbei an der Reihung wenig. Wieder liegen Gynäkologie, Augenheilkunde, Orthopädie und die Kinder- und Jugendmedizin vorne, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Neurologie liegen im Hinterfeld.

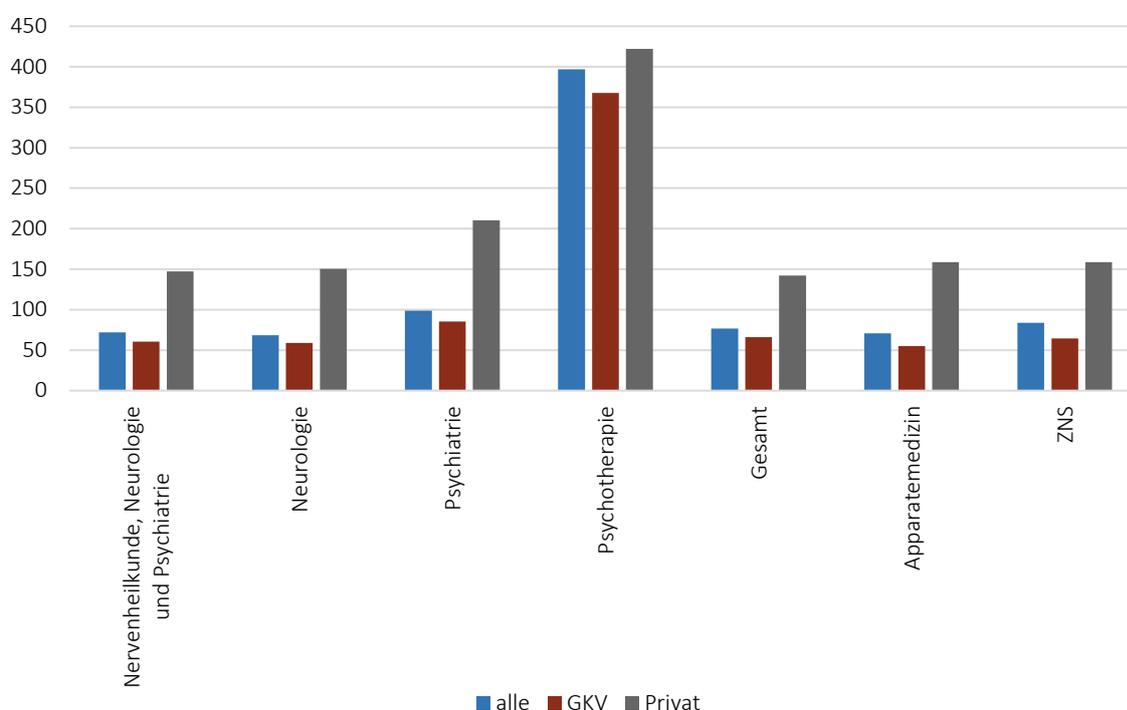
ABBILDUNG 21: GESAMTÜBERSCHÜSSE NACH FACHARZTBEREICHEN IN MIO. EURO 2014



Quelle: Zi-PraxisPanel – Tabellenband zum Jahresbericht 2015, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Abbildung 22 betrachtet nun die durchschnittlichen Einnahmen aus der Behandlung eines jeweils einzelnen Patienten im letzten Quartal 2014. Auffällig sind hierbei die Patientenwerte für die Psychotherapie, die als ein Extremfall der Sprechenden Medizin lediglich einen sehr niedrigen Patientendurchsatz bei den niedergelassenen Psychotherapeuten erlaubt und daher kompensierend vergleichsweise hohe Fallvergütungen erhält. In den übrigen Fachbereichen ergibt sich jedoch ein sehr vergleichbares Bild mit erkennbaren Vorteilen für die ZNS-Fachbereiche mit durchschnittlich ca. 64,48 EUR Patientenwert aus dem GKV-Markt, 54,97 EUR im Cluster Apparatemedizin sowie 66,19 EUR über die gesamte Versorgung inklusive der hausärztlichen Versorgungstätigkeit. Werden die ZNS-Fächer aufgeschlüsselt, so ist die Psychiatrie mit einem höheren Anteil Sprechender Medizin mit 85,35 EUR im Vorteil gegenüber der Neurologie mit 58,87 EUR.

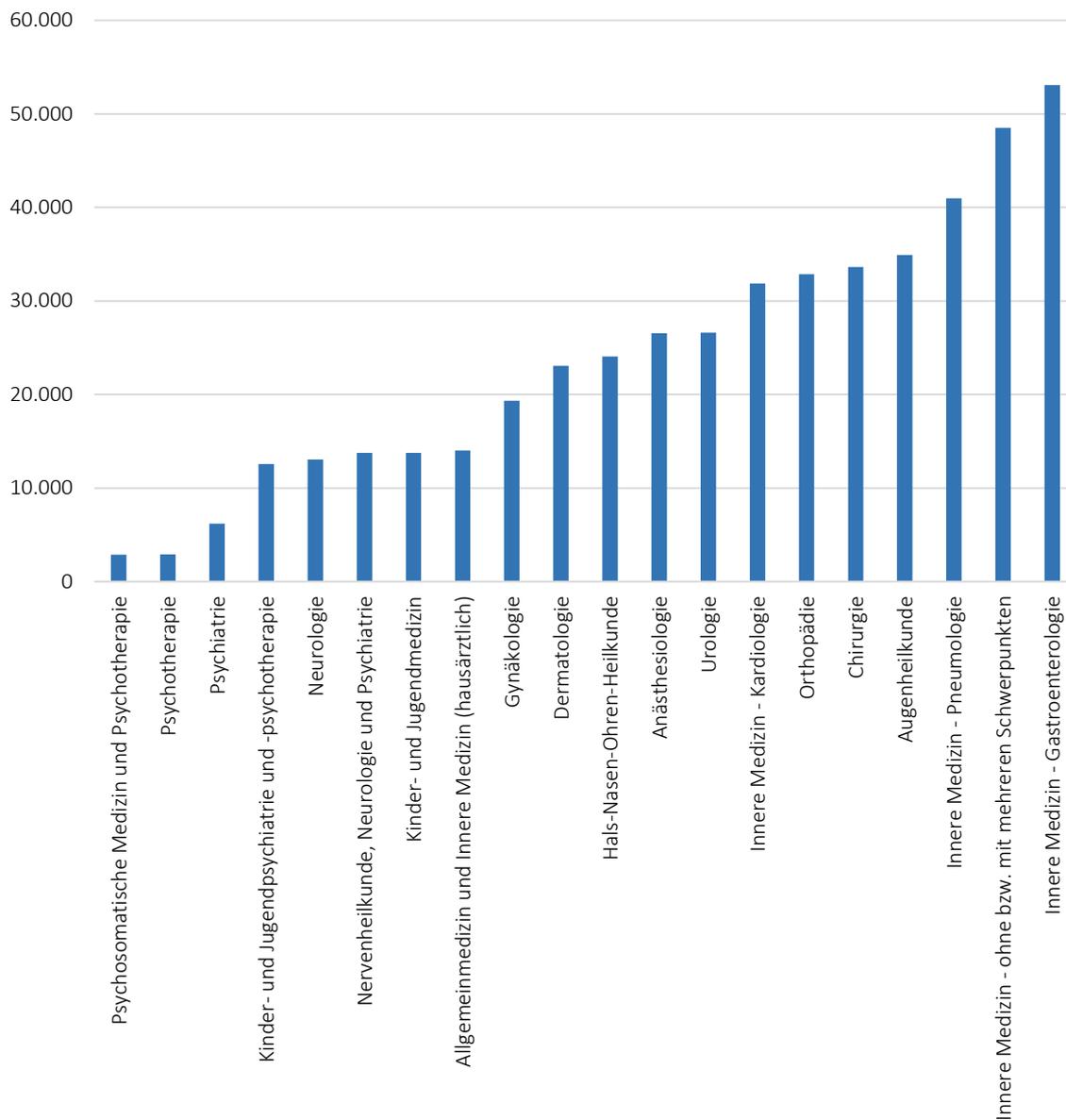
ABBILDUNG 22: PATIENTENWERTE IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG IM VIERTEN QUARTAL 2014 NACH VERSICHERTENSTATUS



Quelle: Zi-PraxisPanel – Tabellenband zum Jahresbericht 2015, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Neben den beschriebenen Vorteilen bei den Patientenwerten aus ambulanter Behandlung machen absolute Kostenvorteile die wirtschaftliche Attraktivität der ZNS-Fachbereiche bei der langfristigen Ausrichtung des ambulanten und stationären Krankenhausangebots aus. Abbildung 23 reiht die ambulanten Fachbereiche diesmal nach ihrem spezifischen Geräteaufwand 2014 aus der Summe der Abschreibungen, Ausgaben für Leasing und Miete von Geräten, für Wartung und Instandhaltung und für die Nutzung externer Infrastruktur. Deutlich erkennbar ist, dass die ZNS-Fachbereiche im Hinblick auf die Gerätekosten ihrer ambulanten Versorgungsangebote gänzlich die hinteren Plätze belegen: Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie sowie Nervenheilkunde und Neurologie.

ABBILDUNG 23: GERÄTEAUFWAND JE PRAXIS NACH FACHBEREICHEN 2014



Quelle: Zi-PraxisPanel – Tabellenband zum Jahresbericht 2015, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

In den ZNS-Fachbereichen finden die Krankenhausunternehmen daher nach Patientenwerten eine ceteris paribus vergleichsweise attraktive Versorgungsklientel vor. Zur ambulanten Versorgung von ZNS-Patientinnen und -Patienten entstehen im Krankenhausunternehmen zudem nur sehr geringe zusätzliche Kosten für Investition und Betrieb von Geräten.

Eine Motivation zum Ausbau der ambulanten ZNS-Angebote von Kliniken kann auch im Interesse an einem Ausgleich von Bedarfsschwankungen bei Patientenbehandlung bestehen, also in der Verbesserung der Durchschnittsauslastung der Gesamtkapazitäten in den Krankenhausunternehmen (vgl. beispielsweise Kraus und

Zenner, 2004). Außerdem haben wirtschaftlich geführte Krankenhausunternehmen ein Interesse daran, Synergien aus der Integration sich über die Sektorgrenzen hinweg überschneidenden Fachgebieten bei der Behandlung der unterschiedlichen Krankheitsbilder zu heben. So besteht im Falle der Neurologie ein enges Verhältnis zum Fachgebiet Psychiatrie, da neurologische Erkrankungen auch psychische Symptome hervorrufen, bzw. viele psychiatrische Krankheiten neurobiologische Ursachen haben können. Neurologen arbeiten außerdem mit Radiologen und Neuroradiologen, die sich mit der Bildgebung neurologischer Krankheiten befassen, sowie mit Neuropathologen, die die Diagnostik von Gewebeproben vornehmen. Eine große Überschneidung und enge Zusammenarbeit ergibt sich zudem mit Rheumatologen, Endokrinologen, Gastroenterologen und insbesondere auch Kardiologen sowie mit Urologen.³¹ Die beschriebenen Überschneidungen stiften den Krankenhausunternehmen Anreize zur horizontalen Integration aneinander angrenzender Fachgebiete, damit Krankheitsbilder vollständig innerhalb des Krankenhauses behandelt werden können. Sie wirkt auch auf den ambulanten Bereich, da neue stationäre Angebote in den Krankenhausunternehmen in der Regel auch neue ambulante Angebote aus demselben Fachgebiet zur Verbesserung des Auslastungsgrades nach sich ziehen.

5.2 KRANKENHAUSAPOTHEKEN

Neben der Nutzung möglicher Synergien zwischen den Fachgebieten durch die horizontale Integration angrenzender Fachbereiche im Angebot des Krankenhausunternehmens nutzen Krankenhausunternehmen zudem ihre Möglichkeiten zur vertikalen Integration aller wertschöpfenden Prozesse im Behandlungsverlauf. Hierin sind sie Vertragsärzten überlegen, was an dem Beispiel von durch Krankenhausunternehmen selbst betriebenen Krankenhausapotheken deutlich wird. Als Eigentümer einer Krankenhausapotheke profitieren Krankenhausunternehmen über die ärztliche und pflegerische Behandlung von Patientinnen und Patienten hinaus besonders von Krankheitsbildern, die bei ihrer Behandlung die Verabreichung hochpreisiger Arzneimittel vorsehen.

Die Krankenhausapotheke ist die Funktionseinheit eines Krankenhausunternehmens, der die Sicherstellung der ordnungsgemäßen Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie die Information und Beratung über diese Produkte, insbesondere von Ärzten, Pflegekräften und Patienten, obliegt (§ 26 Abs. 1 ApBetrO). Krankenhausunternehmen können ihre Arzneimittelversorgung grundsätzlich auf drei Arten sicherstellen: Erstens durch den Betrieb einer eigenen Krankenhausapotheke, zweitens indem sie sich durch die Apotheke eines anderen Krankenhauses mitversorgen lassen und drittens über den Bezug von Arzneimitteln über eine öffentliche Apotheke (vgl. Hamm, 2002, S. 189). Nur durch den Betrieb einer eigenen Krankenhausapotheke lassen sich die vollen wirtschaftlichen Vorteile aus der Behandlung arzneimittelintensiver Krankheitsbilder nutzen. Im Jahr 2013 verfügten 393 Krankenhausunternehmen über eine eigene Apotheke. 100 dieser Apotheken dienten ausschließlich zur Selbstversorgung, weitere 293 zur Selbstversorgung und zur Versorgung anderer Krankenhäuser (vgl. Destatis, 2015).

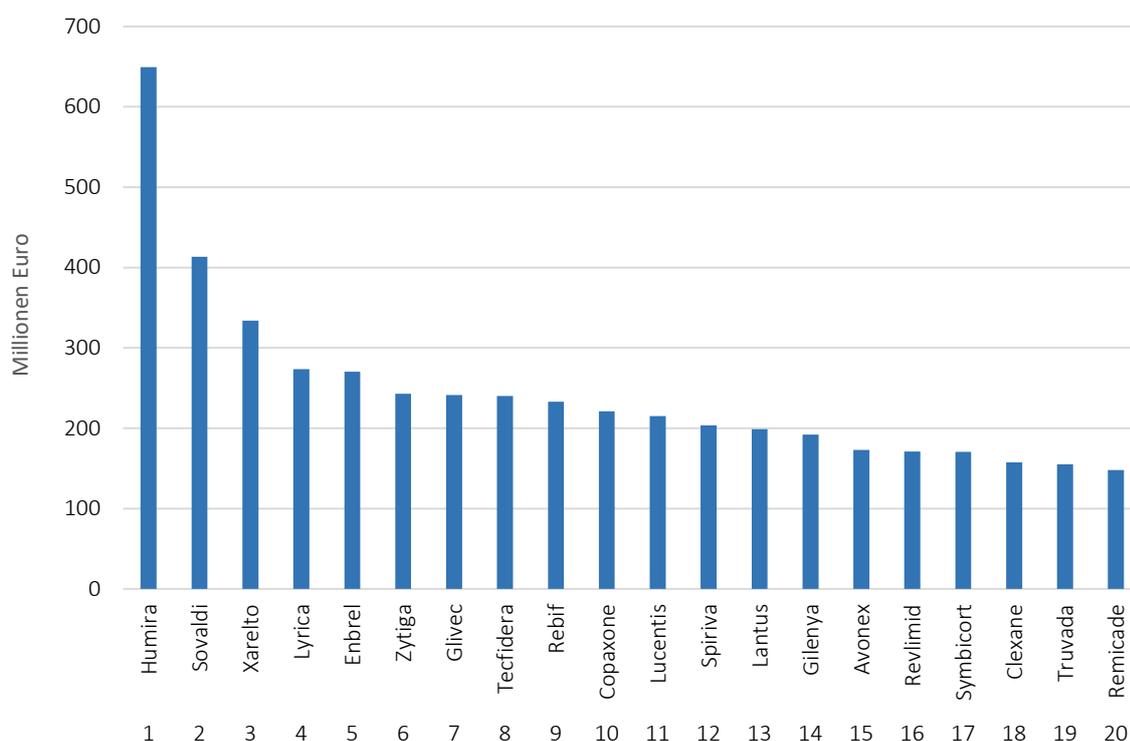
Der Leiter der Krankenhausapotheke oder ein von ihm beauftragter Apotheker darf nur solche Krankenhäuser mit Arzneimitteln versorgen, mit denen rechtswirksame Verträge bestehen oder für deren Versorgung eine Genehmigung nach § 14 Abs. 7 ApoG erteilt worden ist. Arzneimittel dürfen an die einzelnen Stationen und andere Teileinheiten des Krankenhauses zur Versorgung von Patienten abgegeben werden, die in dem Krankenhaus vollstationär, teilstationär, vor- oder nachstationär (§ 115a SGB V) behandelt, ambulant operiert oder im

³¹ Vgl. <https://www.neurologen-und-psiater-im-netz.org/neurologie/neurologie/>, zuletzt abgerufen am 11. Mai 2017.

Rahmen sonstiger stationärer Eingriffe (§ 115b SGB V) versorgt werden, ferner zur unmittelbaren Anwendung bei Patienten an ermächtigte Ambulanzen des Krankenhauses, insbesondere an Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V), sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) und ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116 SGB V) sowie an Patientinnen und Patienten im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus, wenn das Krankenhaus hierzu ermächtigt (§ 116a SGB V) oder berechtigt ist (§§ 116b und 140b Abs. 4 Satz 3 SGB V) ist.

In Abbildung 24 sind die Industrieumsätze der 20 im Jahr 2014 führenden Fertigarzneimittel in Deutschland aufgeführt. Unter diesen 20 Medikamenten finden sich sechs Präparate, die typischerweise von Neurologen verordnet werden, auf den Rängen 4, 8, 9, 10, 14 und 15. Bei Lyrica (Rang 4), handelt es sich um ein Medikament gegen Epilepsie und Neuropathien. Die übrigen genannten Medikamente werden zur Behandlung von Multipler Sklerose eingesetzt. Der Gesamtumsatz des Marktes beträgt für das Jahr 2014 29,2325 Milliarden Euro. Die aufgezählten Medikamente bilden insgesamt einen Anteil von 1,3327 Milliarden Euro, entsprechend einem prozentualen Anteil von 4,56 Prozent.

ABBILDUNG 24: INDUSTRIEUMSÄTZE DER FÜHRENDEN ARZNEIMITTEL IN DEUTSCHLAND 2014



Quelle: BARMER GEK Arzneimittelreport 2015, eigene Darstellung.

Neurologen und Nervenärzte verzeichnen neben den Onkologen den größten Umsatz von Arzneimitteln je Arzt. Zudem gehören insbesondere Neurologen zu den Ärzten mit dem größten Umsatz je Verordnung (vgl. Schaufler und Telschow, 2016, S. 755 f.). Im Bereich der Psychopharmaka sind Antidepressiva führend. Bei ihnen hat die Zahl der Verordnungen in den zurückliegenden zehn Jahren um ca. 90 Prozent zugenommen. Auch im Bereich der Neuroepileptika gab es einen Zuwachs von 30 Prozent im selben Zeitraum (vgl. Lohse und Müller-

Oerlinghausen, 2016, S. 663 f.). Bei den Antidepressiva sticht insbesondere Duloxetin, Cymbalta heraus, mit jährlich 45 Millionen verschriebenen Tagesdosen mit Kosten von 45 EUR pro DDD. Im Bereich der Multiplen Sklerose werden Immunmodulatoren mit 14,2 Millionen DDD jährlich zu Kosten von über 50 EUR pro DDD verordnet sowie Interferone mit 12 Millionen DDD pro Jahr zu über 55 EUR pro DDD (vgl. Günther und Berlit, 2016, S. 563). Durch die große Menge an Verordnungen und ihre hohe Wertigkeit ist das wirtschaftliche Potenzial der ZNS-Erkrankungen für Krankenhausunternehmen mit einer eigenen Krankenhausapotheke besonders hoch.

Krankenhausapotheken können Herstellerrabatte in einem Umfang aushandeln, der öffentlichen Apotheken nicht möglich ist. Die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) schreibt öffentlichen Apotheken die Preise für Medikamente vor, Krankenhausapotheken sind hiervon jedoch ausgenommen (§ 1 Abs. 3 Satz 1 AMPreisV). Für die Arzneimittelhersteller bestehen Anreize zu Rabatten für Krankenhausapotheken. Krankenhausapotheken setzen im Vergleich zu öffentlichen Apotheken deutlich größere Mengen einzelner Medikamente um. Und Krankenhausunternehmen sind auch bei ambulanten Behandlungen häufig der erste Punkt, an dem Patientinnen und Patienten mit einem neuen Medikament in Kontakt kommen. Daher gewähren Pharmahersteller oft hohe Rabatte, insbesondere für hochpreisige Medikamente, da die Patienten diese auch nach dem Aufenthalt weiter benutzen (vgl. Sachverständigenrat, 2005, S. 376). Häufig schließen sich auch Krankenhausapotheken zu Einkaufsgemeinschaften zusammen, um ihre Verhandlungsmacht gegenüber den Herstellern zu bündeln (vgl. Österle, Fleisch und Alt, 2002, S. 145). Öffentliche Apotheken sind dagegen auf Großhändler angewiesen, die für sie die wichtige Bevorratungsfunktion übernehmen. Jede Apotheke muss Mindestmengen an Medikamenten nachweisen (§ 15 ApBetrO). Da die Lagerhaltung teuer und riskant ist, wird in öffentlichen Apotheken vielfach nur die nötigste Menge vorbehalten und die Apotheke mehrmals am Tag vom Großhändler versorgt, der die Verkaufszahlen elektronisch übermittelt bekommt (vgl. Puschmann und Alt, 2001, S. 8). Krankenhausapotheken hingegen sind dazu verpflichtet Medikamente vorzuhalten, die mindestens den durchschnittlichen Bedarf für zwei Wochen abdecken (§ 30 ApBetrO). Weitere Zugewinnmöglichkeiten der Krankenhausunternehmen bestehen bei den Dienstleistungen, die eine Krankenhausapotheke anbietet. Hierzu gehört beispielsweise die Umverteilung von Medikamenten Restmengen im Krankenhaus, die Bereitstellung von Infusionslösungen oder die Untersuchung von Nierensteinen.

Die hohen möglichen Umsatzzahlen der Krankenhausapotheken im Bereich der ZNS-Medikationen eröffnen den Krankenhausunternehmen Möglichkeiten und Anreize zur Quersubventionierung. Krankenhäuser besitzen die Möglichkeit über den Patientenkontakt in der Notfallambulanz, der ASV, im MVZ oder aus den Psychiatrischen Institutsambulanzen auch stationäre Krankenhaufälle zu generieren (vgl. Leber und Wasem, 2016, S. 15). Ein nicht-kostendeckender Betrieb der ambulanten Angebote lohnt sich für ein Krankenhausunternehmen, wenn durch diesen Deckungsbeiträge an anderer Stelle, also etwa in der stationären Versorgung und auch aus der Krankenhausapotheke generiert werden. Der Betrieb einer eigenen Apotheke lohnt sich für Krankenhausunternehmen erst ab größeren Fallzahlen in der stationären Versorgung. Da jedoch in Deutschland im europäischen Vergleich bislang nur ein geringer Teil der ambulanten Behandlungen im Krankenhaus stattfindet, mag eine Annäherung dieses Anteils an den europäischen Durchschnitt in den kommenden Jahren erwartet werden (vgl. Leber und Wasem, 2016, S. 16). Wenn hierdurch auch die stationären Fallzahlen wieder steigen, eine entsprechende Strategie des Krankenhausunternehmens vorausgesetzt, kann der Aufbau einer eigenen Krankenhausapotheke für mehr Krankenhäuser in Zukunft ein lohnendes Unterfangen sein.

5.3 QUERSUBVENTIONIERUNG IM ZNS-KRANKENHAUS

Krankenhäuser haben vielfältige Möglichkeiten der Quersubventionierung zwischen verschiedenen Leistungsbereichen. Ambulante Leistungsbereiche wie etwa die der Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V und Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V können defizitär betrieben und aus den Überschüssen anderer Leistungsbereiche quersubventioniert werden.³² Zu solchen überschussgenerierenden Leistungsbereichen zählen beispielsweise die Versorgung mit Arzneimitteln und Bluttransfusionen sowie die Labordiagnostik (vgl. Coenen, Haucap und Hottenrott, 2016, 44 f.). So verursachten beispielsweise die Ambulanzen am Universitätsklinikum Heidelberg 2001 schätzungsweise Kosten in Höhe von 40 Millionen bis 45 Millionen Euro. Den Ausgaben standen Einnahmen in Höhe von ca. 29,5 Millionen Euro gegenüber. Das Defizit wurde aus dem stationären Ertragsbudget quersubventioniert.^{33, 34}

Darüber hinaus können Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft – anders als die niedergelassenen Ärzte – häufig damit rechnen, dass Defizite bzw. Budgetüberschreitungen durch Transfers des Staates ausgeglichen werden, so dass sie trotz Ineffizienzen und fehlender Wettbewerbsfähigkeit nur mit signifikanter Verzögerung – wenn überhaupt – den Markt z. B. für ambulante Leistungen verlassen (vgl. Aubin, 2013, S. 106; Monopolkommission, 2014, Rn. 1159).

Quersubventionierung auf der einen Seite, höhere Gesamtkosten auf der anderen und die im Abschnitt 5.1 beschriebene Fähigkeit wirtschaftlich geführter Krankenhausunternehmen, die Kosten der vertragsärztlichen Versorgung wenigstens zu imitieren stehen nicht in einem Widerspruch zueinander. Zwar könnten Krankenhausunternehmen dieselben Leistungen zu den Kosten der vertragsärztlichen Versorgung anbieten, im Wettbewerb mit den Vertragsärzten haben sie aber keinen Anreiz hierzu. Denn anders als auf normalen Gütermärkten wird Quersubventionierung auf Gesundheitsmärkten nicht in Preisvorteile in den besonders wettbewerblichen Marktsegmenten umgesetzt. Hierfür verantwortlich ist die Sozialisierung der Krankheitskosten auf die Versichertengemeinschaften in GKV und PKV und die daher mangelhafte Preiselastizität der Nachfrage durch die Patientinnen und Patienten. Stattdessen lenken die Krankenhausunternehmen die aus Quersubventionierung verfügbaren Mittel über die Maßen Ressourcen in ambulante Bereiche, in denen sie in einer besonderen wirtschaftlichen Konkurrenz zu den niedergelassenen Vertragsärzten stehen und schaffen hierdurch ein Überangebot, das aus ökonomischer Sicht in qualitativer wie quantitativer Hinsicht ineffizient zu nennen ist.

Voraussetzung für Quersubventionierung in Krankenhausunternehmen ist das Vollversicherungsprinzip im Gesundheitswesen und nicht-adäquate relative Preise im Mehrproduktunternehmen Krankenhaus. Von letzterem kann ausgegangen werden: Die Krankenhäuser verfügen in der Regel über hohe Gemeinkosten, die im Rahmen der Kostenrechnung einzelnen Kostenträgern zugeordnet werden müssen. Die Zuordnung kann nicht nur unter Berücksichtigung der steuerlichen Gesichtspunkte, sondern auch der politischen Interessen erfolgen. Beabsichtigt ein Krankenhaus gegenüber dem politischen Entscheidungsträger ggf. zu dokumentieren, dass ein politisch erwünschter Leistungsbereich defizitär arbeitet, kann er die Gemeinkosten systematisch in diesen Bereich verschieben. Daraus würde zusätzlich ein Argument für Vergütungsanpassungen im wirtschaftlichen Interesse des Krankenhauses erwachsen.

³² Der Wissenschaftsbeirat des BMBF geht davon aus, dass die Hochschulambulanzen überwiegend defizitär sind, also nicht kostendeckend arbeiten.

³³ Vgl. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/5517-03.pdf>, zuletzt abgerufen am 26. April 2017.

³⁴ Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=41652>, zuletzt abgerufen am 26. April 2017.

Da die Überschüsse der Krankenhäuser im Bereich der stationären medizinischen Versorgung, in der Diagnostik oder der medikamentösen Therapie vor marktlichen Einflüssen sicher und der Höhe nach durch gesetzliche Festlegung weitgehend abgesichert sind, kann ein Krankenhaus diese Überschüsse in der ambulanten Versorgung zu wettbewerbsschädigender Quersubventionierung einsetzen (vgl. Coenen, Haucap und Hottenrott, 2016, S. 44 f.). Aus wettbewerbsökonomischer Sicht führt eine derartige Quersubventionierung zu Wettbewerbsverzerrungen. Grund: Mit dem Ausbau der ambulanten Versorgung durch die Errichtung von Hochschulambulanzen, Psychiatrischen Institutsambulanzen oder der Medizinischen Versorgungszentren etc. treten die Krankenhäuser zunehmend in Konkurrenz zu niedergelassenen Ärzten, die nicht in annähernd vergleichbarer Weise in den stationären Bereich vordringen können. Auch staatliche Transfers stehen ihnen nicht zu.

Die wettbewerbsverzerrende Quersubventionierung im Krankenhaussektor kann zu Überversorgung im ambulanten Bereich führen. Darüber hinaus begünstigt sie ineffiziente Versorgung. Dies ist der Fall, wenn Quersubventionierung zu Marketingzwecken eines Krankenhauses eingesetzt wird. Ursächlich hierfür ist die Informationsasymmetrie im Gesundheitswesen. Das bedeutet, dass Patienten z. B. die Hotelqualität eines Krankenhauses – hierzu zählen z. B. die Wohnortnähe, die Umgebungsgestaltung, die Atmosphäre, die Unterbringung sowie das Serviceangebot – leichter beurteilen bzw. überprüfen können als die Qualität der medizinischen Versorgung. Folglich haben Krankenhäuser einen Anreiz, Imagekampagnen zur Betonung der Hotelqualität des Krankenhauses quer zu subventionieren mit dem Ziel, das Vertrauen der Patienten in eine – nicht notwendigerweise durch Tatsachen begründete – hohe Qualität der medizinischen Versorgung zu nähren (vgl. Coenen, Haucap und Hottenrott, 2016, S. 44 f.).

Wettbewerbsnachteile können den auf Partialleistungen spezialisierten niedergelassenen Fachärzten auch aus dem Einsatz von Stationspersonal im ambulanten Krankenhausbereich erwachsen. Auch der Einsatz von medizinisch-technischen Geräten, die aus dem stationären Krankenhausetat finanziert wurden, zum Stellen von Diagnosen bei Ambulanzpatienten oder Therapie dieser, kann zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Dies ist dann der Fall, wenn die internen Verrechnungspreise, die bei einer Inanspruchnahme des Stationspersonals oder der medizinisch-technischen Geräte vom ambulanten an den stationären Bereich zu zahlen sind, nicht mindestens der tatsächlichen Beanspruchung von Personal und Material entsprechen (vgl. Coenen, Haucap und Hottenrott, 2016, S. 44 f.).

An dieser Stelle ist jedoch hervorzuheben, dass die internen Verrechnungspreise der Krankenhäuser niedriger als die Kosten der konkurrierenden niedergelassenen Fachärzte sein dürfen, ohne wettbewerbswidrig zu sein. Voraussetzung hierfür ist, dass die Krankenhäuser kosteneffizientere Anbieter sind, d. h. für die gleiche Leistung tatsächlich weniger Personal und Material benötigen.³⁵ Ob jedoch Kosteneffizienz in Krankenhäusern vorliegt, ist anzuzweifeln, da der Wettbewerb auf den originären Märkten für stationäre Krankenhausleistungen lediglich mangelhaft ausgeprägt ist. Folglich ist relativ niedrigen internen Verrechnungspreisen von Krankenhausunternehmen, die im intermodalen Wettbewerb stehen, mit Skepsis zu begegnen (vgl. Coenen, Haucap und Hottenrott, 2016, S. 44 f.).

Bei den krankenhauseigenen MVZ ist die Quersubventionierung durch den Krankenhausträger erschwert, allerdings nicht gänzlich unmöglich. Da die Rechnungshöfe regelmäßig Gewinnabführungsverträge von MVZ an die Muttergesellschaften kritisierten, wurden Änderungen vorgenommen mit dem Ziel, die Übernahme von Verlusten der MVZ durch öffentlichen Krankenhäuser zu unterbinden und so die Steuerzahler zu schützen (vgl.

³⁵ So bezeichnet z. B. Faulhaber (1975) die Preishöhe und Preisstruktur eines Mehrproduktunternehmens als frei von Quersubvention, wenn zum einen die Erlöse die Gesamtkosten des Unternehmens decken, zum anderen die Kosten des (Teil-)Angebotes des Unternehmens dessen Erlösen entsprechen, die Kosten des (Teil-)Angebotes also nicht niedriger als dessen Erlöse sind.

Rechnungshof der Freien und Hansestadt Hamburg, Jahresbericht 2010, Tz. 291 ff.). Allerdings können Personal- und Raumabstellungsverträge weiterhin konzipiert werden, dass MVZ preisreduziert Zugang zu Personal oder den Räumlichkeiten des Krankenhausunternehmens bekommt. Als Beispiel ist das UKE-Ambulanzzentrum zu nennen. Es überwies im Jahr 2014 ungefähr 150.000 Euro Miete (entspricht 12.000 Euro/Monat) an das UKE. Werden für Eppendorfer Gewerbefläche typische Mietkosten in Höhe von 15 Euro/m² zugrunde gelegt, erhielte man hierfür lediglich eine Mietfläche von 800 m². Diese dürfte jedoch für die 230 Angestellten des MVZ, die Patientinnen und Patienten in verschiedensten Disziplinen ambulant behandeln, nicht hinreichend groß sein (vgl. Ambulanzzentrum des UKE GmbH Hamburg, Jahresabschluss zum Geschäftsjahr vom 01.01.2013 bis zum 31.12.2013).

5.4 FACHARZTSTANDARD VERSUS FACHARZTSTATUS

Abseits von den Erwägungen der Krankenhausunternehmen, ihre ambulanten Angebote in der ZNS-Versorgung durch finanzielle, personelle oder infrastrukturelle Ressourcen aus der stationären Versorgung quer zu subventionieren, gelten für Einrichtungen der Krankenhausunternehmen oftmals andere Standards als für niedergelassene Vertragsärzte, obwohl sie auf demselben Markt anbieten. Exemplarisch sei hier der Facharztstandard bei Behandlungen in Krankenhausunternehmen genannt gegenüber dem zwingenden Facharztstatus bei Behandlungen von Patientinnen und Patienten in der niedergelassenen vertragsärztlichen Versorgung. Es ergeben sich für die Krankenhausunternehmen hierbei kostenseitige Vorteile, wenn Behandlungen regelmäßig durch Beschäftigte aus geringeren Statusgruppe als der Facharztstatusgruppe durchführbar und abrechenbar sind. Auch dies kann gegebenenfalls ein Grund sein für das Krankenhausunternehmen, eine Patientin oder einen Patienten aus einem eigenen ambulanten Versorgungsangebot heraus zu nehmen und in einer stationären Versorgung zu platzieren.

Beispielsweise soll der G-BA mit Wirkung erst zum 1. Januar 2020 verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen in der psychiatrischen Versorgung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal festlegen. Hierzu berücksichtigt er insbesondere auch die Vorgaben der bis dahin weiter geltenden Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die den Personalbesatz der psychiatrischen und psychosomatischen Fachkliniken und Fachabteilungen und mithin wesentlich auch die Kostenstruktur bei den ambulanten Versorgungsangeboten der Einrichtungen bestimmt. Die Psych-PV geht hierbei im Grundsatz so vor, dass Patientinnen und Patienten, für die die Einrichtung eine Versorgungsverpflichtung eingeht, zunächst bestimmten Behandlungsbereichen zugeordnet werden, für jeden Bereich wird für jede Berufsgruppe dann eine Arbeitszeit in Minuten je Patient und Woche vorgegeben und die ermittelten Minutenwerte werden schließlich in Personalstellen umgerechnet. Für eine Regelbehandlung in der allgemeinen Psychiatrie gelten Minutenwerte für Ärzte (207), Krankenpflegepersonal (578), Dipl.-Psychologen (29), Ergotherapeuten (122), Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten (28) sowie Sozialarbeiter und Sozialpädagogen (76). Die entsprechende gewichtete Mischung der berufsgruppenspezifischen Personalkosten ergibt die durchschnittlichen Minutenkosten einer Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus. Diese liegen wegen des großen Gewichts „geringerwertiger“ Berufsgruppen zwangsläufig niedriger als im Bereich der niedergelassenen ZNS-Vertragsärzte, in dem durch die Verpflichtung zur Behandlung durch Facharztstatus zumindest der Opportunitätswert einer durchgängigen Behandlung durch einen Facharzt anzusetzen ist.

5.5 VERSORGUNGSDICHTE, BEDARFSPLANUNG UND KRANKENHAUSPLANUNG IN DER ZNS-VERSORGUNG

Bei Krankenhäusern und Vertragsärzten wird die Ausstattung der räumlichen Regionen mit Krankenhausangeboten und ärztlichen Angeboten durch die jeweilige Bedarfsplanung gesteuert. Die Bedarfsplanung der niedergelassenen Ärzte hat nach § 99 SGB V die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zum Ziel. Durch die Bedarfsplanungsrichtlinie³⁶ werden vier Versorgungsebenen mit verschiedenen Planungsbereichen festgelegt: die hausärztliche Versorgung, die allgemeine fachärztliche Versorgung, die spezialisierte fachärztliche Versorgung und die gesonderte fachärztliche Versorgung. Zu diesen Versorgungsebenen werden Arztgruppen, Planungsbereiche (Mittelbereiche, Kreise und kreisfreie Städte, Raumordnungsregion, Kassenärztliche Vereinigungsgebiete) und Verhältniszahlen (Einwohner pro Arzt) eingeteilt. Neurologen und Psychiater gehören als Nervenärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung an. Planungsbereich ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion. Kreisregionen sind Kreiszusammenfassungen in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Für die Feststellung der Allgemeinen Verhältniszahlen und die Überversorgung werden die Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. Die Typisierung erfolgt auf Basis des Konzepts der Großstadtdregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Aus dem Verhältnis von Einwohnern zur Anzahl zugelassener Vertragsärzte wird der Versorgungsgrad eines Planungsbereichs ermittelt.

Es bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Bedarfsplanung ihr Ziel bisher nicht zufriedenstellend erreichen konnte. Beispielsweise hat das IGES-Institut in bislang zwei Studien im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung das Angebot an fachärztlicher Versorgung untersucht und kommt zu dem Ergebnis, dass die fachärztliche Versorgung in Deutschland ungleichmäßig verteilt ist. Es bestehen ungleiche Versorgungsverhältnisse in den Städten und im ländlichen Raum und Unterschiede zwischen den östlichen und den westlichen Bundesländern. Die ländlichen Räume sind häufig geringer versorgt, wohingegen die Großstädte relativ zum Bedarf stärker versorgt sind. Auch bei den Psychotherapeuten und in der Arztgruppe der Nervenärzte sind ein Stadt-Land-Gefälle und zudem regionale Unterschiede im Versorgungsgrad zu erkennen. Dabei besteht ein Versorgungsgefälle zwischen dem Südwesten (Baden-Württemberg, Bayern) Deutschlands mit einer stärkeren Versorgung und dem Norden und Osten (Schleswig-Holstein, Niedersachsen, neue Bundesländer) mit einer an einer versorgungsadäquaten Verhältniszahl gemessenen zu geringen Ärztedichte. (vgl. Albrecht, Etgeton und Ochmann, 2014, S. 7 ff.).

Die Krankenhausplanung, also die Bedarfsplanung der Krankenhäuser, hat die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit stationären Krankenhausleistungen zum Ziel. Unklar ist, was darunter konkret zu verstehen ist und ob und wie dieses Ziel erreicht werden kann (vgl. Neubauer, 2017, S. 156). Eine mit der vertragsärztlichen Bedarfsplanung vergleichbare Transparenz über das Klinikangebot besteht nicht. Im Krankenhausplan NRW beispielsweise, ist von einer flächendeckend gestuften Versorgung die Rede (vgl. Krankenhausplan NRW 2015). Durch die Formulierung wird eingeräumt, dass es auch aufgrund der historisch gewachsenen Krankenhausstruktur nicht möglich ist, alle stationären Versorgungsangebote für die Wohnbevölkerung mit gleicher Erreichbarkeit zu gestalten. Daher sind Angebote der hochspezialisierten Versorgung oder mit seltenen Behandlungsindikationen lediglich in größerer Entfernung erreichbar. Die Planung der Versorgung selbst erfolgt auf Grundlage der Bettenanzahl jedes Angebotes und ist als ein Rahmenplan gestaltet, der den Krankenhäusern Spielräume lässt, ihre Angebote weiterzuentwickeln und auszubauen. Das Vordringen der Krankenhäuser in den

³⁶ Vgl. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Stand 16. Juni 2016).

ambulanten Sektor, betrieben durch die in der vorliegenden Studie beschriebenen und auch durch technisch-medizinischen Fortschritt wachsenden wirtschaftlichen Anreize, findet in der Krankenhausplanung bisher keine besondere Beachtung. Der Krankenhausplan NRW räumt ein, dass durch die zusätzliche ambulante Betätigung der Krankenhausunternehmen Wettbewerbsgesichtspunkte in den Fokus rücken. Durch sie entsteht zwischen den Krankenhausunternehmen ein Wettbewerb um insgesamt mehr Fälle (vgl. Peilnsteiner, 2016, S. 14 f.).

Die Bedarfsplanungen der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser berücksichtigen die Öffnung der Krankenhäuser in den ambulanten Bereich unzureichend, um die einhergehenden Substitutionseffekte quantitativ angemessen zu kontrollieren. Zwar finden sich sowohl in der Bedarfsplanungsrichtlinie für den vertragsärztlichen Bereich, als auch in den Krankenhausplänen der Länder Formulierungen, die zumindest auf eine Berücksichtigung der im jeweils anderen Sektor bestehenden Kapazitäten hinauslaufen. Diese sprechen jedoch beispielsweise im Krankenhausplan des Landes NRW in erster Linie die aus dem Zusammenwachsen der Sektoren möglicherweise erwachsenden Möglichkeiten für eine qualitativ bessere Versorgung durch eine bessere Vernetzung und Kooperation von Vertragsärzten und Vertragskrankenhäusern an. Tatsächlich jedoch werden durch die Öffnung des ambulanten Bereichs für Krankenhäuser die Vertragsärzte zuvorderst in eine direkte Wettbewerbsbeziehung mit diesen um Patientinnen und Patienten gesetzt. Die niedergelassenen Vertragsärzte und die Plankrankenhäuser versorgen hier denselben Markt. Wo in der Neurologie vor dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 noch eine strikte Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich bestand und die Aufgabenbereiche von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten klar verteilt waren, dringen nun Krankenhäuser, insbesondere auch Krankenhausketten und Universitätskrankenhäuser, in den Markt für ambulante Behandlungen ein und treten dem niedergelassenen Bereich als Wettbewerber gegenüber. Zwar bedeutet eine geringere Marktkonzentration typischerweise auch bessere Voraussetzungen für funktionsfähigen Wettbewerb, jedoch ist auf dem Markt für ambulante Gesundheitsleistungen der Marktzutritt der Krankenhäuser wegen ungleicher Wettbewerbsbedingungen kritisch zu hinterfragen: Krankenhäuser und Vertragsärzte agieren vor allen Dingen im Hinblick auf die Bedarfsplanung, Vergütung und Investitionsfinanzierung unter ungleichen Rahmenbedingungen. Auch auf die überlegenen Möglichkeiten von vertikal und horizontal integrierten Krankenhausunternehmen zur Kostendegression und die größeren Erlöspotenziale aus dem Zugriff auf die volle Behandlungskette ist an dieser Stelle hinzuweisen. Das an dieser Stelle Gesagte gilt im Bereich der ZNS-Fächer zudem für die Neurologie erst seit 2004. Der psychiatrische Fachbereich sieht sich konkurrierender ambulanter Angebote durch PIA bereits seit Mitte der 1970er Jahre ausgesetzt. Diese Konkurrenz hat sich in den letzten Jahren zugespitzt: Viele Krankenhausunternehmen bieten zahlreiche Spezialambulanzen an (beispielsweise Borderline, Doppeldiagnosen, geistige Behinderung), außerdem z. B. in München für den Bezirk Oberbayern allgemein-psychiatrische Notfallsprechstunden ohne Anmeldung.

Durch die von der Bedarfsplanung des fachärztlichen Angebots separate Planung der stationären Krankenhausangebote und die hierbei unberücksichtigte Ausstrahlung auf das ambulante Gesamtangebot führt die Wettbewerbsbeziehung der Krankenhäuser zu den niedergelassenen Vertragsärzten in dicht versorgten Gebieten zu einer abermaligen Verschärfung der scharfen Konkurrenzsituation aus dem Land-Stadt-Gefälle, ohne die teilweise mangelhafte Versorgungsdichte in anderen Regionen substantiell zu entschärfen. Dies gilt im Allgemeinen für sämtliche bedarfsgeplante Facharzt-disziplinen und für die dem ZNS-Versorgungsbereich angehörigen Disziplinen im Speziellen. Einen Anhaltspunkt zur verglichen mit den anderen fachärztlichen Versorgungsbereichen größeren Diskrepanz aus der Nachfrage nach ambulanten ZNS-Leistungen auf der einen und dem Angebot ambulanter Leistungen durch niedergelassene ZNS-Vertragsärzte auf der anderen, könnten Zahlen zu den nach Fachgebieten differenzierten Anfragen bei den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen liefern. Terminservicestellen wurden im Rahmen des Versorgungstärkungsgesetzes (VStG) zu Beginn des Jahres

2016 eingerichtet.³⁷ Die Terminservicestellen sollen GKV-Patientinnen und -Patienten dabei behilflich sein, einen Termin bei einem Facharzt zu erlangen, falls dies mit der Hilfe des überweisenden Arztes oder nach selbstständiger Suche nicht gelungen ist.³⁸

Im Hinblick auf die Adäquanz der vertragsärztlichen Bedarfsplanung ist gegebenenfalls zu hinterfragen, ob sie nicht zu einseitig auf das Erreichen bestimmter quantitativer Versorgungskennziffern (beispielsweise die Ärztedichte unzureichend variiert nach Regionstyp und Facharztgebiet) festgelegt ist. Die in der Bedarfsplanung betrachteten Verhältniszahlen beziehen sich auf den Status quo zum Zeitpunkt der Einführung der Planung und wurden seitdem altersgewichtet und einwohneraktualisiert fortgeschrieben. Eine wissenschaftliche Ermittlung einer adäquaten Arzt-Einwohnerrelation wurde nicht vorgenommen. Die Einführung der Bedarfsplanung diene vornehmlich dem Ziel der Kostenkontrolle, später noch ergänzt durch die Budgetierung der vertragsärztlichen Versorgung. Für die Niedergelassenen sichert die Bedarfsplanung mit der Sperrung von Bezirken den Besitzstand und bietet grundsätzlich einen Schutz vor Konkurrenz. Zwischenzeitlich ist auch die Dimension Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Facharztbereichen in den Vordergrund der Überlegungen gerückt.

Die Festlegung auf lediglich ein bestimmtes Niveau bei der Fachärztedichte geht zulasten derjenigen fachärztlichen Versorgungsbereiche, in denen das personale Angebot des Therapeuten über die Diagnostik hinaus eine hohe Bedeutung für den Behandlungserfolg besitzt, daher die Behandlungszeit, die der behandelnde Arzt mit dem einzelnen Patienten verbringt, die Qualität der Behandlung bestimmt. Wir vermuten besonders in den ZNS-Fachbereichen einen hohen Zusammenhang, der etwas platter als Gegensatz von Sprechender Medizin zur Apparatedizin beschrieben ist. In der dargestellten Situation mit durch die vertragsärztliche Bedarfsplanung beschränkten Kapazitäten auf Seiten der ZNS-Fachärzte und durch die Krankenhausplanung nahezu unbeschränkten ambulanten Behandlungskapazitäten aufseiten der Krankenhausunternehmen besteht eine mögliche Auswirkung in einem Kellertreppeneffekt. Ist die Bedarfsplanung bei den ZNS-Fachärzten vornehmlich auf das Erreichen eines bestimmten nominalen Versorgungsgrades fixiert, der den tatsächlichen Versorgungsbedarf durch Neurologen und Psychiater nur unzureichend trifft, so hat dies zu geringe durchschnittliche Kontaktzeiten der niedergelassenen Vertragsärzte mit den Patientinnen und Patienten zur Folge, die in der ambulanten ZNS-Versorgung dann kritisch zulasten der Versorgungsqualität gehen. Unversorgte und unzureichend versorgte Patientinnen und Patienten wandern zu den konkurrierenden Angeboten der Krankenhausunternehmen ab. Mangelnde Auswahlmöglichkeiten der Vertragsärzte haben außerdem zur Folge, dass sie in der verbleibenden Behandlungstätigkeit nicht zwischen Fällen unterschiedlicher Schweregrade unterscheiden können

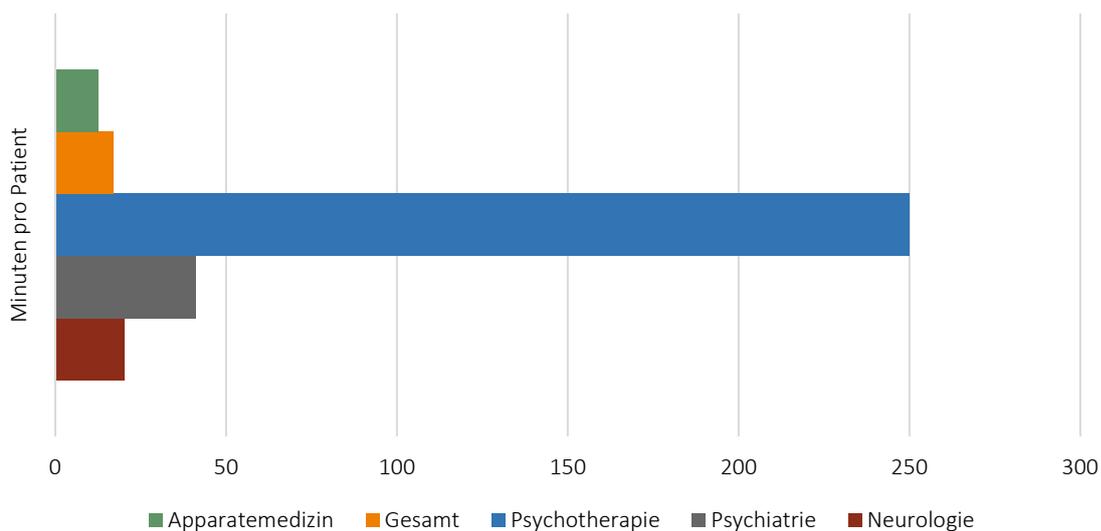
³⁷ Vgl. <http://www.kbv.de/html/terminservicestellen.php>nicht, zuletzt abgerufen am 22. März 2017.

³⁸ Die Terminvermittlung ist einfach konzipiert. Der Patient nimmt telefonisch Kontakt mit der jeweiligen Terminservicestelle auf. Innerhalb von einer Woche bietet die Terminservicestelle dem Patienten einen freien Behandlungstermin bei einem Facharzt an. Zwischen dem getätigten Anruf und dem Behandlungstermin liegen maximal vier Wochen. Ist die Terminservicestelle nicht in der Lage, dem Patienten einen Behandlungstermin bei einem Facharzt anbieten zu können, so wird sie dem Patienten einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus offerieren. Terminservicestelle vermitteln jedoch keine Wunschtermine bei einem Wunscharzt, sondern Termine bei einem verfügbaren Facharzt, der im jeweiligen Zeitraum einen Termin zur Verfügung stellt. Daher müssen die Patientinnen und Patienten unter Umständen längere Anfahrtswege in Kauf nehmen. Terminservicestelle vermitteln zudem nicht für alle Arztgruppen Termine. Sie vermitteln keine Termine für Zahnärzte und Kieferorthopäden sowie für Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte. Termine bei Psychotherapeuten werden erst seit April 2017 vermittelt. Patientinnen und Patienten können sich an die Terminservicestelle wenden, wenn sie einen Termin für ein Erstgespräch oder eine Akutbehandlung bei einem Psychotherapeuten brauchen. Festgelegt wurde, dass Patientinnen und Patienten, die durch die Terminservicestelle einen Ersatztermin im Krankenhaus vermittelt bekommen, in diesem von einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten betreut werden müssen, der über das gleiche Qualifikationsniveau verfügt, wie ein niedergelassener Psychotherapeut. Auch wenn sich die Krankenhäuser immer mehr den ambulanten Bereich erschlossen haben, obliegt der Sicherstellungsauftrag der ambulanten Versorgung auch nach der Öffnung der ambulanten Versorgung für Krankenhausunternehmen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.

und daher vergleichsweise häufig auch schwere Fälle in die ambulante Alternativversorgung der Krankenhausunternehmen gehen. Zusammen genommen ist eine Folge, dass zukünftige Bedarfsplanungsrunden auf weiter steigende oder zumindest konstante Kennzahlen (Einwohner/Arzt) drängen, während bei einem insgesamt anwachsenden Gesamtmarkt das ambulante Angebot der Krankenhausunternehmen schrittweise das Angebot der niedergelassenen ZNS-Vertragsärzte substituiert.

Die Auswertung des ZiPP 2015 im Hinblick auf die Behandlungszeiten je Patient und Arzt zeigt, wie wenig Behandlungszeit niedergelassenen ZNS-Ärzten im Vergleich mit anderen Fachbereichen der (fach-)ärztlichen Versorgung zur Verfügung steht (vgl. Abbildung 25). Im Durchschnitt über alle Ärzte (Gesamt) stehen pro Patient und Quartal ca. 17 Minuten zur Verfügung. Psychotherapeuten versorgen als Extremfall der Sprechenden Medizin jeden Patienten im Quartal mit durchschnittlich ca. 250 Minuten. Apparatemediziner am anderen Ende haben lediglich ca. 12,5 Minuten zur Verfügung. Aber auch die ZNS-Fachärzte in der ambulanten fachärztlichen Versorgung von Erwachsenen liegen nicht weit von diesem Wert entfernt. Psychiater kommen pro Patient und Quartal im Durchschnitt auf ca. 41 Minuten, bei Neurologen sind es noch lediglich ca. 20 Minuten.

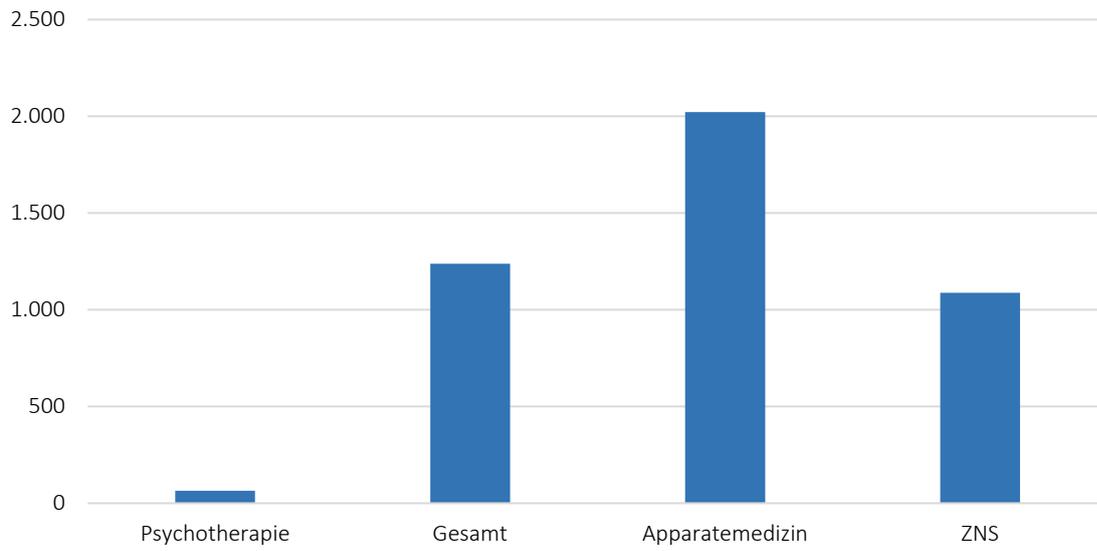
ABBILDUNG 25: BEHANDLUNGSZEIT JE PATIENT NACH FACHBEREICHEN IM VIERTEN QUARTAL 2014



Quelle: Zi-PraxisPanel – Tabellenband zum Jahresbericht 2015, eigene Berechnung, eigene Darstellung.

Der vorherrschende Zeitdruck in der ambulanten ZNS-Versorgung wird getrieben durch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Zum einen legt die Bedarfsplanung die Verhältniszahlen von Ärzten zu Patienten fest. Zum anderen bestimmt das System der kassenärztlichen Vergütung mit Regelleistungsvolumina (RLV), dass bei jedem einzelnen niedergelassenen Vertragsarzt wirtschaftliche Anreize bestehen, sich an diesen Verhältniszahlen mit seinem ambulanten Angebot zu orientieren. Zur Sicherung von mit dem Durchschnitt aller niedergelassenen Vertragsärzte vergleichbaren Einnahmeüberschüssen versorgen die niedergelassenen ZNS-Ärzte daher mit über 1.000 Patientinnen und Patienten im Quartal (vgl. Abbildung 26) auch eine mit dem Durchschnitt aller niedergelassenen Vertragsärzte vergleichbare Patientenzahl (ca. 1.239 Patientinnen und Patienten im vierten Quartal 2014). Apparatemediziner haben im Vergleichszeitraum ca. 2021 Patientinnen und Patienten versorgt, niedergelassene Psychotherapeuten versorgten als Extremfall der Sprechenden Medizin jedoch lediglich ca. 65 Patientinnen und Patienten im Durchschnitt.

ABBILDUNG 26: PATIENTENZAHLEN IM VIERTEN QUARTAL 2014



Quelle: Zi-PraxisPanel – Tabellenband zum Jahresbericht 2015, eigene Berechnung, eigene Darstellung.

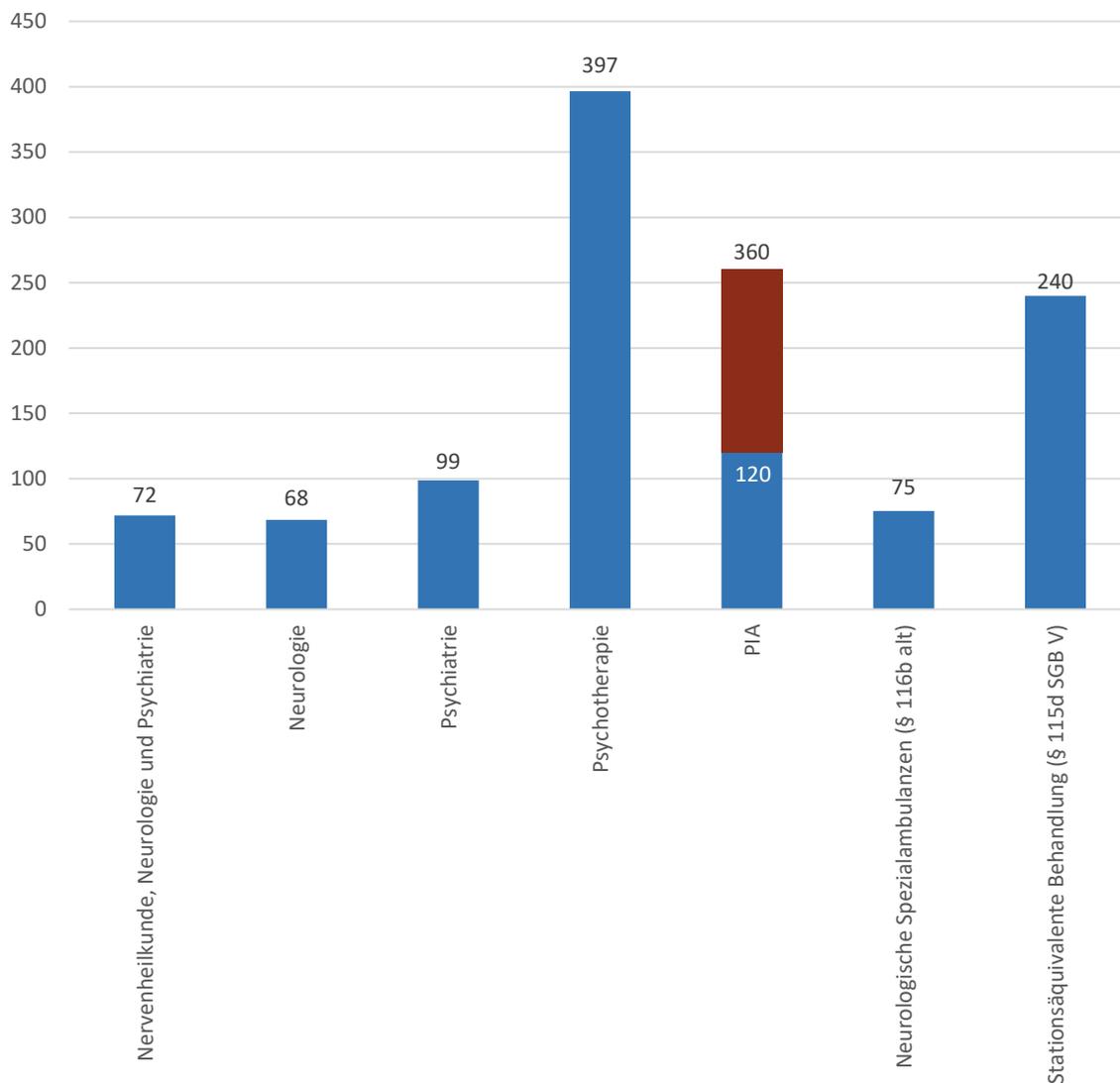
6. DIE KURZFRISTIGE STEUERUNG IM ZNS-KRANKENHAUS

In kurzfristiger Betrachtung bestimmen die am Standort des Krankenhausunternehmens vorgehaltenen vielfältigen ambulanten und stationären Angebote seine kurzfristig nicht veränderliche Kosten- und Ausgabenstruktur sowie die gesetzten unterschiedlichen Vergütungsmöglichkeiten, in welche konkrete Versorgung das Krankenhausunternehmen seine Patientinnen und Patientinnen steuert. Als ein Mehrproduktunternehmen kann das Krankenhausunternehmen einen Teil seiner finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen (Betten, Pflegepersonal, ärztliches Personal, Kapazität in Untersuchungs- und Behandlungsräumen) seinen ambulanten und stationären Angeboten flexibel zuteilen. Wirtschaftlicher Gesichtspunkt hierbei ist die überschussmaximierende Aufteilung der Ressourcen auf die unterschiedlichen kurzfristigen Behandlungsnachfragen. Jeder Behandlungsfall im System Krankenhaus sollte daher unter rein wirtschaftlichen Erwägungen in jene gerade verfügbare Versorgungsform gesteuert werden, die dem Krankenhausunternehmen die höchste Marge sichert. Dies gilt bei Behandlungsfällen mit einer langen Behandlungsdauer auch für die Bestandspatienten: Sobald eine vergleichsweise lukrative Versorgungsmöglichkeit durch den Abschluss einer Behandlung wieder neu verfügbar wird, sollte ein Bestandspatient aus einer weniger lukrativen Versorgungsmöglichkeit nachgezogen werden, wenn kein neuer Behandlungsfall für diese Versorgungsform verfügbar ist.

In der kurzen Frist sind die wirtschaftliche Entscheidungsgrundlage des Krankenhausunternehmens in erster Linie die Vergütungsunterschiede zwischen den alternativen Versorgungsmöglichkeiten am Standort des Krankenhausunternehmens. Die Behandlungskosten im Krankenhausunternehmen hingegen bestehen überwiegend aus kurzfristig unveränderlichen, versunkenen Kostenbestandteilen, die für die Steuerung der Patientin oder des Patienten im Krankenhaussystem keine Rolle spielen. Beispielsweise sind der überwiegende Teil der Personalausgaben des Krankenhauses und seine Raum- und Unterhaltskosten kurzfristig nicht variabel.

Auf der Seite möglicher unterschiedlicher Krankenhauseinkünfte durch die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten im ambulanten oder stationären Angebot des Krankenhausunternehmens fallen insbesondere die ambulanten Vergütungen und die stationären Vergütungen auseinander. Die Abbildung 27 bietet hierzu eine Synthese zu der Darstellung der unterschiedlichen Vergütungen der unterschiedlichen stationären und ambulanten ZNS-Versorgungsangebote eines Krankenhausunternehmens in Kapitel 4 und gibt zusammenfassend einen Überblick über die jeweiligen durchschnittlichen Patientenwerte im Jahr 2014 für die unterschiedlichen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus. Wir halten die in der Abbildung 27 dargelegten Bandbreiten für plausibel. Die Werte für die Facharztbereiche Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie sowie für die Cluster ZNS und Apparatedizin geben hierbei die durchschnittlichen Erlöswerte der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in der Praxis eines niedergelassenen Vertragsarztes im Quartal wieder, wie aus den in der Auswertung des ZiPP dargelegten Werten errechnet. Für die PIA wurde die Bandbreite der durchschnittlichen Quartalspauschalen aus Angaben in der einschlägigen Literatur angenähert. Die Quartalspauschalen bewegen sich demnach im Bereich von 200 EUR mit einer Streuung von circa 120 EUR (untere Grenze; blauer Balken) bis 360 EUR (obere Grenze; blauer und roter Balken) (vgl. Spengler, 2012, S. A 1982). Für die Neurologischen Spezialambulanzen (§ 116b SGB V a.F.) wurde eine Durchschnittsvergütung auf der Basis der durchschnittlichen Patientenwerte im Fachbereich Neurologie geschätzt. Die Vergütung stationsäquivalenter Behandlungen ist, da diese als neue Angebotsvariante psychiatrischer Fachkliniken erst gerade eingeführt wurde, noch nicht abschließend festgelegt.

ABBILDUNG 27: PATIENTENWERTE IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG 2014



Quelle: Zi-PraxisPanel – Tabellenband zum Jahresbericht 2015 und, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Zum Vergleich lässt sich aus den öffentlich verfügbaren Daten der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes der Durchschnittswert der zur stationären ZNS-Versorgung gehörigen Fallpauschalen errechnen. Dieser betrug im Jahr 2014 3.151,18 EUR.³⁹ Der große Vorsprung der stationären Erlöse gegenüber den in Abbildung 27 aufgeführten möglichen Patientenwerten einer Quartalsbehandlung in der ambulanten Versorgung legt nahe, dass Krankenhausunternehmen bei der kurzfristigen Entscheidung über die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten im Krankenhaus in wirtschaftlicher Hinsicht deutliche Anreize haben, bei ihrer kurzfristigen Einweisung dem Grundsatz „stationär vor ambulant“ zu folgen und daher dem implizit in § 39 SGB

³⁹ Vgl. Destatis, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) 2014, Fachserie 12 Reihe 6.4, eigene Berechnungen.

V aus Gründen der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ zuwider zu handeln und stationäre Kapazitäten gegenüber ambulanten Kapazitäten bevorzugt auszulasten.

Anders als Krankenhäuser sind ZNS-Vertragsärzte nicht in der Lage, lediglich die mit hohen Margen versehenen Patientinnen und Patienten in eine ambulante Behandlungsform zu führen. Das ambulante Vergütungssystem gilt bei ihnen für alle Fälle gleich und bietet lediglich geringe Differenzierungsmöglichkeiten. Krankenhausunternehmen haben kurzfristig starke wirtschaftliche Anreize, ihre am Krankenhausstandort bestehenden Kapazitäten an pflegerischem und ärztlichem Personal, an Untersuchungs- und Behandlungsräumen sowie an Krankenhausbetten, überschussmaximierend auch zulasten der niedergelassenen Vertragsärzte auszulasten, mit denen sie im Markt für ambulante Behandlungen in einem unmittelbaren Wettbewerb stehen. In dem Maße, in dem Patientinnen und Patienten bei ihrer Behandlung dem ambulanten oder dem stationären Sektor flexibel zugeordnet werden können, gehen auch die für eine stationäre Behandlung vorgehaltenen Bettenkapazitäten in dieses Kalkül ein. Den vergleichsweise flexiblen und daher großzügigen Möglichkeiten der Krankenhausunternehmen in der ambulanten ZNS-Versorgung steht eine geringe Angebotsflexibilität auf der Seite der niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater gegenüber. Da Patientinnen und Patienten zudem nach Erkrankungsgrad gegebenenfalls nicht der hausärztlichen Versorgung auf der einen oder der nervenärztlich-fachärztlichen Versorgung auf der anderen Seite eindeutig zugewiesen werden können, entsteht bei den niedergelassenen ZNS-Vertragsärzten kurzfristig wiederkehrend ein Kapazitätsengpass, den die konkurrierenden Krankenhäuser durch ihre flexiblen Kapazitätszuweisungsmöglichkeiten nicht fürchten müssen.

6.1 DIE ÜBERWEISUNGSTÄTIGKEIT DER HAUSÄRZTE ZUR SCHONUNG VON ARZNEIMITTEL- UND HEILMITTELBUDGETS

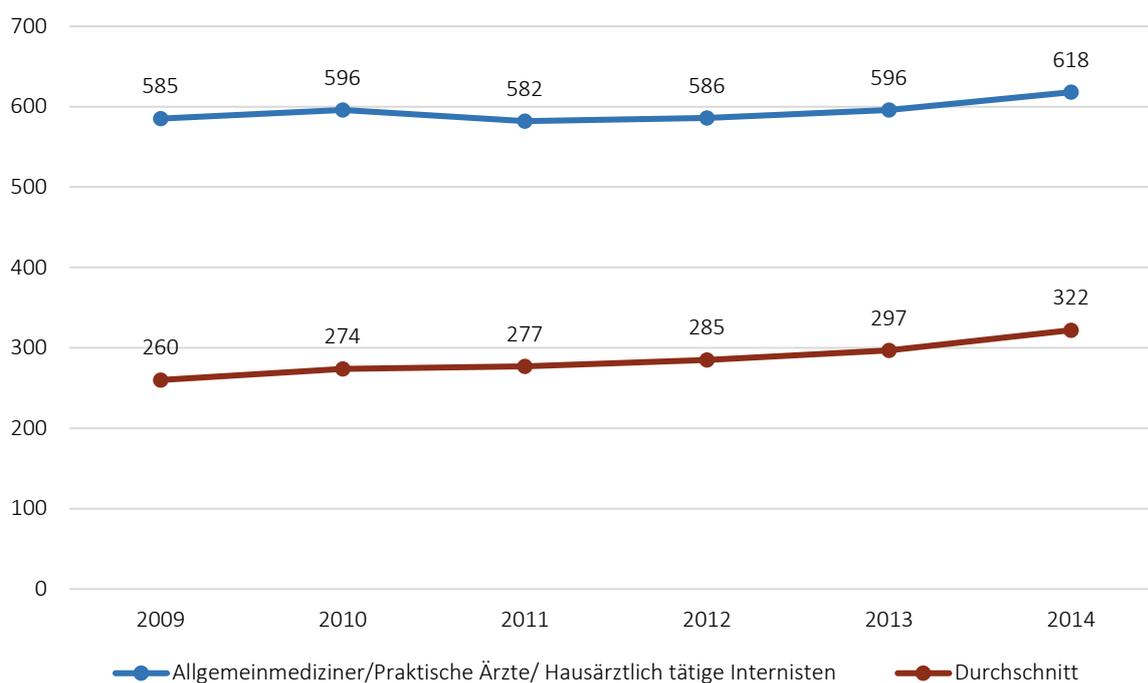
Der Kapazitätsengpass bei den ZNS-Vertragsärzten wird durch die in der hausärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung unterschiedlich bindende Institution von Arzneimittel-, Verbandmittel- und Heilmittel-Richtgrößen verstärkt. Denn die Richtgrößen motivieren die Überweisungstätigkeit in den fachärztlichen ZNS-Versorgungsbereich zur Schonung der Arzneimittel- und Heilmittelbudgets im hausärztlichen Versorgungsbereich.

§ 84 SGB V schreibt der kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband bis zum 30. September eines Jahres die Vereinbarung von Rahmenvorgaben für die Verordnung von Arzneimittel, Verbandmittel und entsprechend auch Heilmitteln für das jeweils folgende Kalenderjahr vor. Die Rahmenvorgaben haben die Arzneimittelverordnungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vergleichen und zu bewerten; dabei ist auf Unterschiede in der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit hinzuweisen. Von diesen Rahmenvorgaben dürfen die Vertragspartner der Arzneimittelvereinbarung nur abweichen, soweit dies durch die regionalen Versorgungsbedingungen begründet ist. Insbesondere im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Verordnungstätigkeit niedergelassener Vertragsärzte dienen die Rahmenvorgaben der Planungssicherheit für die GKV. Die Vertragspartner vereinbaren, dass die Verordnungstätigkeit der Vertragsärzte im folgenden Kalenderjahr einen durch die Vereinbarung festgelegten Rahmen nicht überschreitet. Mithin wandert das Mehrkosten einer von der Erwartung abweichenden tatsächlichen Krankheitsinzidenz auf die Seite der Vertragsärzte. Auf die einzelnen Vertragsärzte werden die Rahmenvorgaben durch fachbereichsspezifische, fallbezogene Richtgrößen übersetzt. Diese Richtgrößen haben im Wesentlichen den Charakter von Arzneimittel- und Heilmittelbudgets, für deren Nicht-Einhaltung den Vertragsärzten Regressforderungen durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zumindest drohen. Auch wenn diese Drohung nur selten wahrgemacht wird, entfalten die Richtgrößen ihre Wirkung bei der Verordnungstätigkeit der einzelnen Arztdisziplinen.

Einen im Detail nicht unbedeutend anderen Weg bei Kontrolle über die Kosten aus der Arzneimittelverordnung beschreitet Bayern. Dort besteht seit Dezember 2014 eine Wirkstoffvereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit den Krankenkassen mit dem Ziel, die Arzneimittel-Regresse einzudämmen. In der Wirkstoffvereinbarung sind Generika- und Leitsubstanzziele für verschiedene Medikamenten- und Arztgruppen festgeschrieben. Diese beschreiben den Mengenanteil, den beispielsweise Generika in einer Therapeutika-Gruppe mindestens einnehmen soll. Erreichen die Vertragsärzte insgesamt die Zielwerte, so wird kein Arzt geprüft. Erreicht zumindest die Fachgruppe die Zielwerte, so wird in dieser Fachgruppe kein Arzt geprüft. Erst wenn weder Gesamt- noch Fachgruppe die Zielwerte nicht erreichen, wird arztbezogen das individuelle Ordnungsverhalten kontrolliert. Dabei können an einer Stelle übererfüllte Ziele andere, nicht-erfüllte ausgleichen. Zudem werden Praxisbesonderheiten berücksichtigt.⁴⁰

Von den ansonsten üblichen Arzneimittel-, Verbandmittel- und Heilmittel-Richtgrößen in besonderer Weise beansprucht ist der hausärztliche Versorgungsbereich. Abbildung 28 vergleicht den Arzneimittelumsatz des hausärztlichen Versorgungsbereichs mit dem Durchschnitt aller Fachbereiche über die Jahre 2009 bis 2014. Auffällig ist der deutliche Unterschied im Umsatzniveau. Die Abbildung lässt zudem in der Entwicklung seit 2009 erkennen, dass die Umsatzzuwächse im hausärztlichen Versorgungsbereich niedriger sind als im fachärztlichen Versorgungsbereich.

ABBILDUNG 28: ARZNEIMITTELUMSATZ IN TSD. EURO

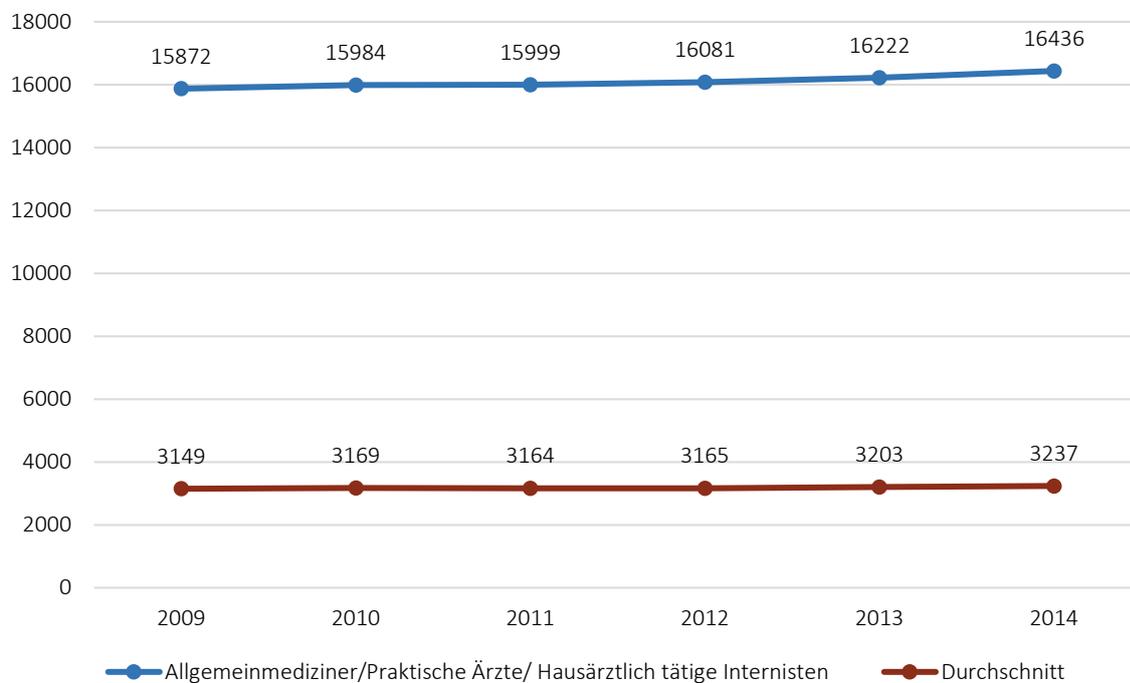


Quelle: Arzneiverordnungs-Report, WIdO, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

⁴⁰ Vgl. Ärzte Zeitung Online vom 27. März 2017, https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/regress/article/932448/wirkstoffvereinbarung-bayern-quotenziele-uebererfuellt.html, zuletzt abgerufen am 10. August 2017.

Wird die Zahl der Arzneimittelverordnungen im selben Zeitraum in der Abbildung 29 betrachtet, so zeigt sich eine teilweise gegenläufige Entwicklung. Zwar liegt das Niveau der Verordnungstätigkeit im hausärztlichen Versorgungsbereich abermals deutlich vor dem Durchschnitt des fachärztlichen Versorgungsbereichs, diesmal zeigt die Entwicklung jedoch im hausärztlichen Versorgungsbereich die größere Steigerung. Die Verordnungszahlen berücksichtigen nicht die Größe der Packungen und die Art der Arzneimittel. Abbildung 28 und Abbildung 29 gemeinsam lassen jedoch den Schluss zu, dass die Richtgrößen im hausärztlichen Versorgungsbereich stärker binden, da die Verordnungstätigkeit in diesem durch Variation der Medikation relativ zu Einsparungen im Umsatz bei einer gleichzeitig stärker angestiegenen Anzahl an Verordnungen geführt hat. Mögliche Anpassungen bestehen in einem Ausweichen auf im Vergleich kostengünstiger Arzneimittel, aber auch in der Beschränkung der Verordnungstätigkeit bei Indikationen, für die auch die Versorgung im fachärztlichen Versorgungsbereich gerechtfertigt werden kann.

ABBILDUNG 29: ANZAHL VON ARZNEIMITTELVERORDNUNGEN



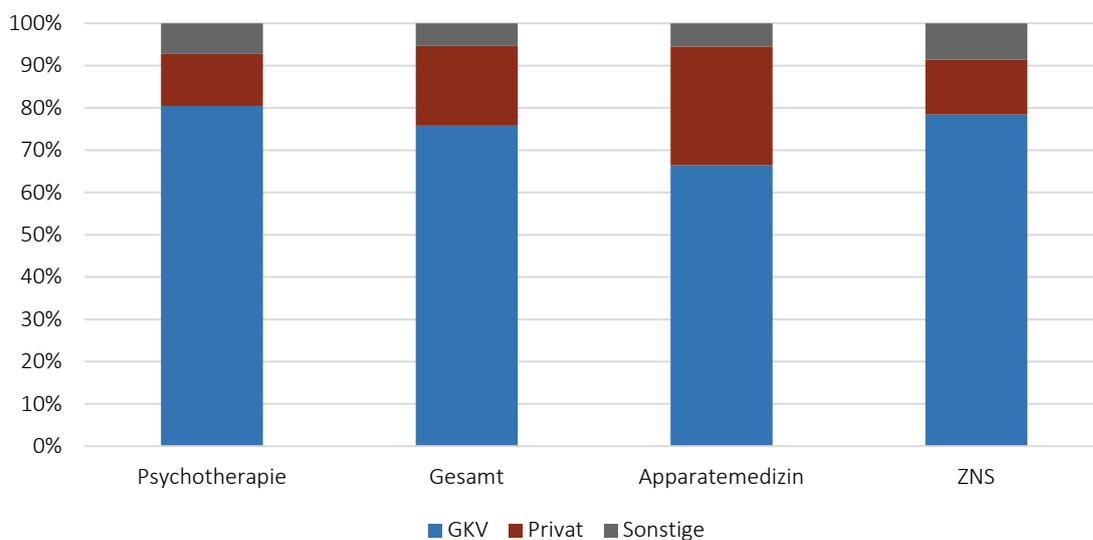
Quelle: Arzneiverordnungs-Report, WIdO, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Von der Überweisungstätigkeit in den fachärztlichen ZNS-Versorgungsbereich zur Schonung der Arzneimittel- und Heilmittelbudgets im hausärztlichen Versorgungsbereich sind insbesondere auch Fälle betroffen, die vom Krankheitsbild her zwar der jeweiligen ZNS-Facharztversorgung zugeordnet werden können, die jedoch im Hinblick auf einen eventuell besonderen Verlauf oder eine besondere Schwere der Erkrankung typischerweise nicht unbedingt fachärztlich versorgt werden müssten, daher eine Behandlung durch einen hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner oder Internisten durch die entsprechende Verordnung eines wirksamen Arzneimittels zielführend gewesen wäre. Aus Sicht der ZNS-Vertragsärzte ist diese Entwicklung negativ zu werten, da sie die Knappheit in der Versorgung weiter verschärft und verfügbare Behandlungszeit für schwere Fälle, die die besondere Aufmerksamkeit der behandelnden fachärztlich tätigen ZNS-Vertragsärzte verlangen, weiter reduziert.

6.2 PRIVATLEISTUNGEN IN DER ZNS-VERSORGUNG

Die Analyse der ZiPP-Daten 2015 zeigt auch, dass es den ZNS-Fächer in einem nur geringeren Maße als den übrigen Facharzt Disziplinen gelingt, fehlende Einkünfte aus dem Bereich der GKV durch Selbstzahlerleistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen – IGeL) oder durch Leistungen an Privatversicherten zu kompensieren. Abbildung 30 verdeutlicht hierfür die unterschiedlichen Strukturen der Praxiseinkünfte im Durchschnitt über alle Arztpraxen (Gesamt), im Durchschnitt der ZNS-Fächer, im Durchschnitt der Apparatemedizin-Fächer sowie zum Vergleich bei den Psychotherapeuten.

ABBILDUNG 30: STRUKTUR DER PRAXISEINKÜNFTE 2014



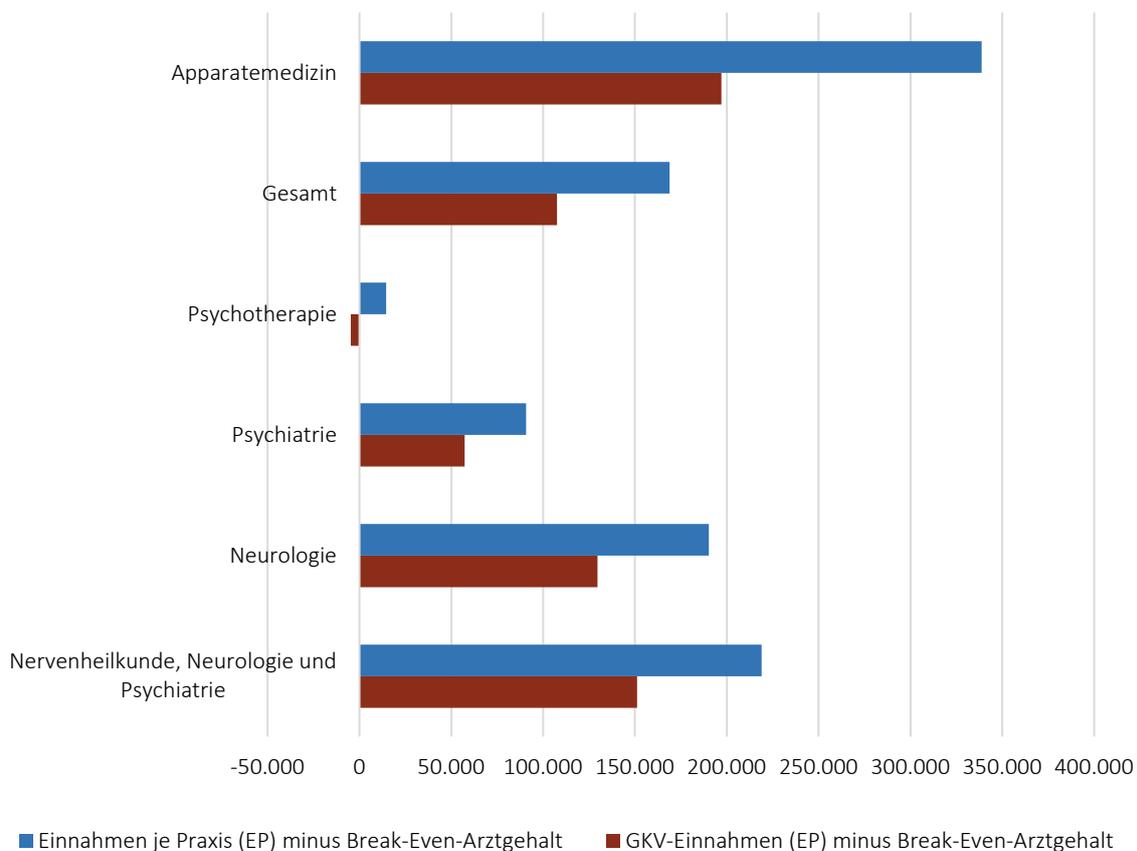
Quelle: Zi-PraxisPanel – Tabellenband zum Jahresbericht 2015, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Der Anteil der PKV-Einkünfte in den ZNS-Fächern ist mit ca. 13 Prozent der Praxiseinkünfte deutlich niedriger als im Durchschnitt der Apparatemedizin (ca. 28 Prozent).

Abbildung 31 analysiert, welchen zusätzlichen durchschnittlichen Überschuss die Einzelpraxen der unterschiedlichen Facharztbereiche über dem durchschnittlichen Facharztgehalt eines angestellten Facharztes in einem Krankenhaus (ca. 84.000 EUR im Jahr 2013)⁴¹ erzielen. Unterschiede zwischen den einzelnen Facharztbereichen können hier einen Anhaltspunkt liefern, inwiefern sich der Betrieb einer durchschnittlichen Praxis für den Praxisinhaber rechnet. Je geringer der Wert ausfällt, desto attraktiver wäre die Wahrnehmung der Outside-Option für die Praxisinhaber des betreffenden Fachbereichs, mithin die Rückkehr in ein Angestelltenverhältnis, beispielsweise als Arzt im Krankenhaus.

⁴¹ Vgl. <http://www.faz.net/aktuell/beruf-chance/arbeitswelt/aerzte-und-kliniken/mehr-ansehen-als-gehalt-was-aerzte-verdienen-12622272.html>, zuletzt abgerufen am 2. Mai 2017.

ABBILDUNG 31: PRAXISEINNAHMEN VS. BREAK-EVEN-ARZTGEHALT



Quelle: Zi-PraxisPanel – Tabellenband zum Jahresbericht 2015, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Die Betrachtung zeigt, dass sich die ZNS-Fächer in der Umgebung des Durchschnitts über alle Fachbereiche (Gesamt) bewegen mit deutlichen Nachteilen der Psychiatrie auch gegenüber der Neurologie und einem deutlichen Abstand nach unten zu den Fachbereichen der Apparatemedizin. Die Psychotherapie liegt nur in der Gesamtbetrachtung aller Einnahmen im Durchschnitt gerade noch über dem durchschnittlichen Facharztgehalt eines angestellten Arztes im Krankenhaus (+ 14 558 EUR). Werden nur die GKV-Einnahmen betrachtet, fällt die Psychotherapie unter diese Grenze. Alle anderen betrachteten Disziplinen sind im Durchschnitt eigenwirtschaftlich, selbst wenn ausschließlich GKV-Einnahmen betrachtet werden. Allerdings sind die Überschüsse der Psychiatrie (+ 57 302 EUR) und Neurologie (+ 129 678 EUR) niedriger als der Durchschnitt in den Apparatemedizin-Fachbereichen (+ 197 021 EUR).

6.3 ZUM VERGLEICH: PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

Die Psychotherapeuten sind im Hinblick auf ihre Vergütung, aber auch im Hinblick auf Patientendurchsatz und die Kostenstrukturen ihrer Praxen ein Extremfall des vertragsärztlichen Versorgungsbereichs. Auch gegenüber den ZNS-Vertragsärzten bestehen erhebliche Unterschiede. Am nächsten, wenn auch mit deutlichem Abstand, kommen den Psychotherapeuten noch die Psychiater. Beide repräsentieren im Wesentlichen die Sprechende

Medizin im Wortsinn. Dies schlägt sich vor allen Dingen auch in der Behandlungszeit nieder, die Psychotherapeuten auf jeden einzelnen Patienten verwenden können (vgl. Abbildung 25 im Abschnitt 5.5). Erkennbar ist ein deutlicher Vorsprung der Psychotherapie mit durchschnittlich ca. 250 Minuten pro Patient und Quartal, aber auch noch ein Vorsprung der Psychiatrie mit ca. 41 Minuten im Quartal gegenüber ca. 17 Minuten im Quartal bei allen Ärzten einschließlich der hausärztlichen Versorgung und lediglich noch ca. 12,5 Minuten pro Patient im Quartal im Cluster Apparatedizin und ca. 20 Minuten bei den niedergelassenen Vertragsärzten für Neurologie. Anzumerken ist, dass die großen Unterschiede im Zeitaufwand pro Patient in der Behandlung nicht in erster Linie getrieben ist durch die Therapiegestaltung der behandelnden Ärzte, sondern eine Reaktion der niedergelassenen Vertragsärzte auf die Ausgestaltung der unterschiedlichen regulativen und finanziellen Rahmenbedingungen in den Fachbereichen bedeutet. Mit anderen Worten ist es ein politisches Ziel, beispielsweise im psychiatrischen Fachbereich mit einer geringeren Behandlungszeit pro Patient auszukommen als in der Psychotherapie, das sich in entsprechenden Vergütungsanreizen und daher einem höheren Patientendurchsatz in den psychiatrischen Praxen äußert.

Im Bereich der Psychotherapie wird wegen dieser großen Unterschiede zur übrigen fachärztlichen Versorgung eine Auseinandersetzung darüber geführt, ob die einheitlichen Bewertungsgrundsätze und vor allen Dingen die einheitlichen Grundsätze der Honorarverteilung einschließlich der Honorardeckelung über Regelleistungsvolumina letztlich zu einer angemessenen und auskömmlichen Vergütung der Psychotherapeuten führen. Die regelmäßigen Anpassungen der Bewertung von Leistungen von Psychotherapeuten durch den Bewertungsausschuss der KBV und des GKV-Spitzenverbandes wurden daher auch vor dem durch das Bundessozialgesetz (BSG) vorgegebenen Grundsatz vorgenommen, dass ein vollausgelasteter Arzt bzw. Therapeut mit der Berechnung von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (des EBM-Abschnitts 35.2) einen Ertrag erzielen können soll, der dem von Fachärzten im unteren Einkommensbereich entspricht.

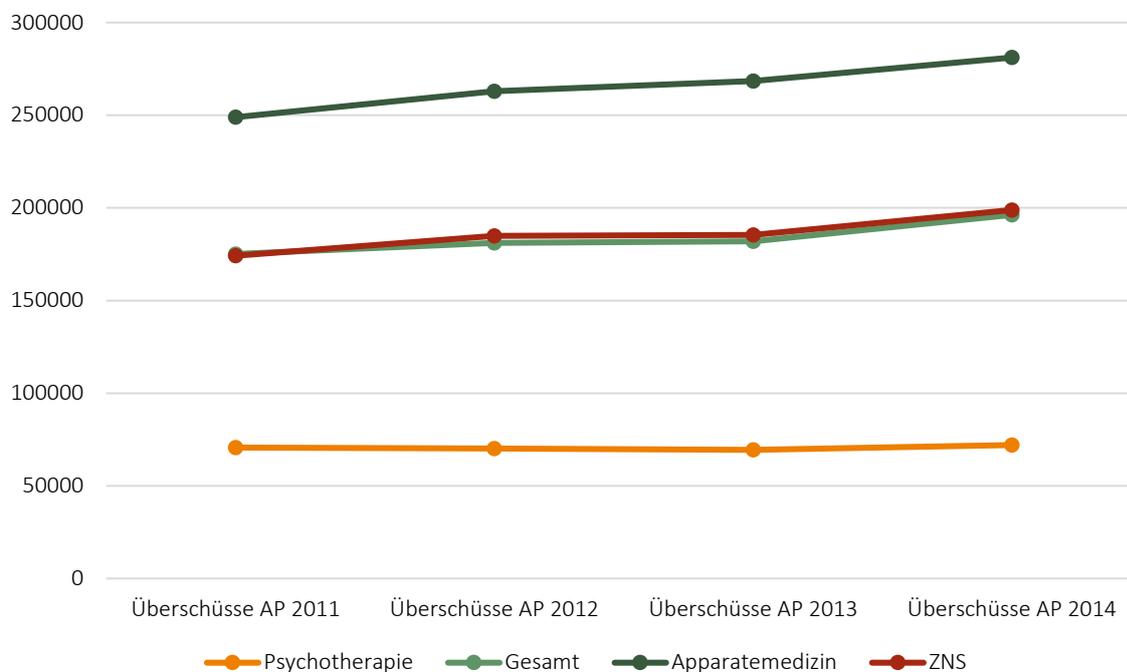
Psychotherapeutische Leistungen wurden mit Wirkung zum Jahr 2013 weitreichend ausgedeckelt und daher aus dem Bereich der Regelleistungsvolumina in eine extrabudgetäre Vergütung überführt. Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (EBM-Kapitel 35.2) aller Arztgruppen und die probatorischen Sitzungen (GOP 35150) der Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte werden seitdem außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu konstanten Punktwerten vergütet. Konkret bedeutet diese Regelung, dass bei 35.2-Leistungen der feste Punktwert allen, bei probatorischen Sitzungen nur den genannten Arzt- und Therapeutengruppen, gezahlt wird.⁴²

Wir haben das ZiPP zum Berichtsjahr 2014 ausgewertet und nach einem möglichen Effekt dieser Ausdeckelung auf der Ebene des einzelnen durchschnittlichen niedergelassenen Psychotherapeuten gesucht. In Abbildung 32 haben wir daher die Entwicklung der durchschnittlichen Überschüsse über alle Praxen einschließlich des hausärztlichen Versorgungsbereichs, in den ZNS-Fachbereichen, im Bereich der Apparatedizin und für den Bereich der Psychotherapie dargestellt. Die höchsten Überschüsse besitzt die Apparatedizin, die ZNS-Fachbereiche liegen auf dem Durchschnittsniveau aller Vertragsärzte und -therapeuten, die Psychotherapie deutlich darunter. Auffällig ist im Hinblick auf die Ausdeckelung, dass diese entweder keine positive Wirkung auf die

⁴² Vgl. http://www.dgpt.de/fileadmin/download/Mitteilungen/2012-10-17_DGPT_zur_Honorarentwicklung.pdf, zuletzt abgerufen am 18. Mai 2017.

durchschnittlichen Überschüsse der niedergelassenen Psychotherapeuten genommen hat oder dass ihr Effekt zu gering war, um andere negative Entwicklungen im gleichen Zeitraum über zu kompensieren.

ABBILDUNG 32: ÜBERSCHÜSSE ÜBER ALLE PRAXEN 2011-2014



Quelle: Zi-PraxisPanel – Tabellenband zum Jahresbericht 2015, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Durch die Ausdeckelung hat sich das Morbiditätsrisiko zunächst in Richtung der GKV verschoben. Die Mittel für extrabudgetäre Leistungen wurden aufseiten der GKV in den letzten Jahren stetig ausgebaut. Hiervon sollte der wachsende Markt für psychotherapeutische Leistungen profitieren, insbesondere, wenn sein Leistungsspektrum nun extrabudgetär vergütet wird. Dass hiervon beim einzelnen Therapeuten nur wenig zu spüren ist, hat zwei Gründe: Zum einen steigt die Zahl der Therapeuten, daher verteilen sich die Fälle und damit auch die zusätzlichen Mittel auf mehr Köpfe. Zum anderen ist dies auch zwingend so, denn es bieten sich der Sprechenden Medizin, die dem einzelnen Patienten vor allen Dingen Behandlungszeit als Therapeutikum zur Verfügung stellen kann, nur sehr wenig Möglichkeiten die eigenen Kapazitäten zur Behandlung von immer mehr Patientinnen und Patienten zu erhöhen. So geht der Bewertungsausschuss bei der Festlegung der Vergütung bereits davon aus, dass ein vollausgelasteter Arzt, bzw. Therapeut im Jahr in 43 Wochen jeweils 36 Therapiestunden, d. h. 1.548 Therapiestunden pro Jahr bzw. 387 Therapiestunden pro Quartal für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen nach EBM-Kapitel 35.2 leistet.⁴³ Darüber hinaus sind zusätzliche Angebote in der Sprechenden Medizin schwer zu realisieren.

⁴³ Vgl. http://www.kbv.de/media/sp/HON_2015_09_22_EBA_43_BeeG_HON_Hoeherbewertung_Leistungen_Psychotherapie.pdf, zuletzt abgerufen am 18. Mai 2017.

Eine Ausbudgetierung der Leistungen in den ZNS-Fächern könnte dennoch wirksam sein, wenn kritische Leistungsbereiche in der kassenärztlichen Vergütung heute an der Grenze des RLV angeboten werden. Eine zusätzliche Ausdeckelung dieser Leistungsbereiche schafft Anreize für den niedergelassenen Vertragsarzt, den Umfang der Leistungen in diesen Bereichen oder die Zahl der Patientinnen und Patienten mit Leistungen in diesen Bereichen zu erhöhen. Niedergelassene Vertragsärzte würden also ihre Tätigkeiten zugunsten derjenigen Leistungsbereiche verschieben, die keiner Deckelung durch RLV unterliegen. Die Ausdeckelung kann mithin als ein Instrument verstanden werden, für die Facharzttrichtungen einzelne Leistungsbereiche in der Therapie spezifisch zu betonen. Im Hinblick auf ihre Vergütung profitieren die niedergelassenen ZNS-Vertragsärzte von einer Ausdeckelung insbesondere dann, wenn zukünftig höherwertige ausgedeckelte Leistungen niederwertige gedeckelte Leistungsbereiche ersetzen oder wenn sie viele künftig ausgedeckelte Leistungen erbringen, die ihnen heute nur abgestaffelt vergütet werden. Im Bereich der Sprechenden Medizin ist jedoch vor dem Hintergrund der Ausdeckelung in der Psychotherapie zu bedenken, dass zum einen die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des EBM-Kapitel 35.2 bereits ausgedeckt wurden und dass zum anderen im Bereich der Sprechenden Medizin generell Kapazitätsgrenzen schnell erreicht und nicht beliebig erweiterbar sind.

6.4 KOORDINATIONSLEISTUNGEN DER ZNS-VERSORGUNG

Insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen ZNS-Behandlungen, aber auch zunehmend in den übrigen ZNS-Therapien, ist eine Einbettung der Therapie in ein Behandlungsnetzwerk von großer Bedeutung. Die Koordinationsleistung hierfür wird in der üblichen EBM-Vergütung nicht abgegolten. Zwar erhalten Neurologen, Psychiater und Nervenärzte einen nicht unerheblichen Anteil ihres Honorars aus „Betreuungspauschalen“, die ihnen aus der Abrechnung bestimmter EBM-Betreuungsziffern zufließen. Diese sind jedoch nur diagnosegebunden anzusetzen, haben also das Vorliegen bestimmter schwerer oder chronischer ICD-10-Diagnosen zur Voraussetzung, die gesichert sein müssen. Verdachtsdiagnosen genügen zur Abrechnung der „Betreuungspauschalen“ nicht. Die Vorhaltung eines Behandlungsnetzwerkes zur Einbettung künftiger Therapien muss von den niedergelassenen Vertragsärzten daher ohne eine gesonderte Vergütung erbracht werden.

Hingegen enthalten die pauschalierten Vergütungsformen von Krankenhäusern auch Vergütungsanteile für nichtärztliche Tätigkeiten, mit denen zumindest die Koordination ärztlicher mit nicht-ärztlichen Behandlungen im Krankenhausunternehmen selbst mitabgegolten wird. So wird die stationäre Versorgung in den allgemeinen Fachbereichen und so auch in der Neurologie grundsätzlich mit Fallpauschalen entgolten, im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik sind Tagespauschalen optional. Die Einnahmen aus diesen vergüten das vollständige Leistungsangebot für Patientinnen und Patienten in stationärer Versorgung. Dieses umfasst neben den ärztlichen Leistungen selbstverständlich auch pflegerische Leistungen sowie im ZNS-Bereich insbesondere zusätzlich Leistungen durch Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen.

Als beispielhaft in diesem Sinne ist die Vergütung psychosozialer Betreuungsleistungen in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) anzusehen. Die KJPP umfasst als ein ganzheitliches System die ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung zur medizinischen und psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Dabei ist die KJPP auf die Kooperation mit anderen medizinischen und therapeutischen Diensten wie u.a. niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Kinderärzten, Heilpädagogen, Sozialarbeiten usw. angewiesen (vgl. Jungmann und Roosen-Runge, 2004, S. 13).

Als Grundlage für die sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen wurde die sogenannte Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV)⁴⁴ geschlossen. Ein Angebot sozialpsychiatrischer Versorgung von Erwachsenen analog der SPV gibt es nicht, wenngleich der Koordinierungsbedarf flankierender Leistungen auch bei Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen erheblich ist und als multiprofessionelle Behandlungsoption durch ein Behandlungsteam nur den Psychiatrischen Institutsambulanzen und somit den Kliniken ermöglicht wird. Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für die sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern- und Jugendlichen ist seit 2009 als Anlage 11 den Bundesmantelverträgen beigelegt. Nach § 1 SPV soll die Vereinbarung der „Förderung einer qualifizierten interdisziplinären sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ dienen. An der Vereinbarung können alle Ärzte teilnehmen, die die Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater erworben haben. Weiterhin teilnehmen können Kinder- und Nervenärzte sowie Psychiater, die über eine entsprechende Qualifikation verfügen. Formale Voraussetzung für die Teilnahme ist ein Antrag an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung.

Die SPV regelt die Kooperation dieser Kinder- und Jugendpsychiater mit komplementären Berufen. Ärzte, die an der SPV teilnehmen, müssen gemäß § 3 SPV die interdisziplinäre Zusammenarbeit von medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Diensten sicherstellen. Die SPV unterscheidet sich von Projekten der Integrierten Versorgung (IV) insofern, als sie zwar interdisziplinär angelegt aber nicht notwendigerweise auch sektorübergreifend sein muss und mit weniger selektivvertraglichen Elementen in Betreuung und Finanzierung auskommt. Gleichwohl existieren IV-Projekte beispielsweise im Bereich der psychischen Gesundheit, diese sind jedoch IV-typisch regional begrenzt spezifisch und folgen daher nicht der Logik einer flächendeckenden Förderung von Versorgungsnetzwerken wie die SPV.⁴⁵

Alle SPV-Leistungen, die im EBM verzeichnet sind und im Rahmen der sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen erbracht werden, werden über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet. Darüber hinaus ist nach § 6 Abs. 2 SPV eine besondere Vergütung vorgesehen. Diese wird für nicht nach EBM abrechnungsfähige Leistungen gewährt. Der Zweck der Sondervergütung besteht darin, die zusätzlichen Aufwendungen zu erstatten, die mit der Teilnahme an der SPV verbundenen sind. Diese zusätzlichen Aufwendungen betreffen zuvorderst Kosten, die durch die in der Vereinbarung vorgesehene Beschäftigung zusätzlichen Personals entstehen. Dazu zählt gemäß § 3 Abs. 2 SPV mit einem Stundenumfang von insgesamt mindestens 1,5 Vollzeitkräften ein Heilpädagoge, ein Sozialarbeiter oder eine entsprechende Anzahl von Mitarbeitern mit vergleichbarer Qualifikation. Die zur Erstattung der Mehrkosten vorgesehene Zusatzvergütung wird als fallbasierte Kostenpauschale gewährt. Voraussetzung ist gemäß § 6 Abs. 3 SPV, dass der abrechnende Arzt auf dem Abrechnungsschein des jeweiligen Patienten eine psychische Erkrankung, Behinderung oder Konfliktsituation des Betroffenen mit Interventionsbedarf durch komplementäre Dienste attestiert. Als weitere Voraussetzung ist eine Mindestanzahl von drei Patientenkontakten festgesetzt. Entsprechend müssen im Behandlungsfall mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt, mindestens ein SPV-Mitarbeiter-Patienten-Kontakt und darüber hinaus ein Kontakt in Form eines Arzt-Patienten-, Arzt-Eltern- oder SPV-Mitarbeiter-Patienten-Kontakts erfolgen.

Die SPV-Kostenpauschale wird pro Behandlungsfall im Quartal ausgeschüttet. Dabei ist eine Höchstgrenze von 400 Behandlungsfällen pro Quartal festgeschrieben. Für die unterhalb dieser Obergrenze vorliegenden Behandlungsfälle erfolgt die Vergütung in gestaffelter Form. Für den ersten und bis zum 350. Behandlungsfall beträgt

⁴⁴ „Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“.

⁴⁵ Vgl. für einen Überblick über IV-Projekte zur psychischen Gesundheit <http://www.integrierte-versorgung.psychenet.de/projekte>, zuletzt abgerufen am 11. August 2017.

die Kostenpauschale 163,- Euro. Ab dem 351. Behandlungsfall wird eine Kostenpauschale von 122,25 Euro gewährt⁴⁶. Weiterhin besteht auch die Möglichkeit, dass die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Obergrenze von 400 Behandlungsfällen gemeinsam abändern. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass entsprechende Gründe im Sinne einer Sicherstellung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen vorliegen. Die Fallzahlgrenzen für die SPV-Kostenerstattung erhöhen sich für jeden weiteren sozialpsychiatrisch zugelassenen und in der Praxis tätigen Arzt um jeweils 80 Prozent. Die SPV-Sondervergütung wird nach § 6 Abs. 4 SPV nicht gewährt, wenn sich der Patient im betreffenden Quartal in einer bereits laufenden sozialpsychiatrischen Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren, Psychiatrischen Institutsambulanzen oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen befindet.

⁴⁶ Allerdings hat keine Anpassung der Pauschalvergütung seit Einführung der SPV vor mehr als zwanzig Jahren stattgefunden. Mithin werden die vergütungsbezogenen Bestimmungen der SPV insbesondere den gestiegenen Kosten für Personal und Raum nicht länger gerecht. Gleichmaßen ignoriert werden gestiegene Leistungsanforderungen in der SPV: An der SPV teilnehmende Ärzte mussten vor 2009 nur einen Patientenkontakt nachweisen, inzwischen gilt eine Mindestanzahl von drei Patientenkontakten.

7. FAZIT

Erkrankungen des Zentralnervensystems (ZNS) bei Erwachsenen werden in Deutschland in Krankenhausunternehmen und von niedergelassenen Ärzten für Nervenheilkunde, von Fachärzten für „Neurologie“, Fachärzten für „Neurologie und Psychiatrie“, Fachärzten für „Psychiatrie“, Fachärzten für „Psychiatrie und Psychotherapie“, außerdem von Fachärzten für „Psychotherapeutische Medizin“, von Fachärzten für „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sowie von „Psychologischen Psychotherapeuten“ behandelt. Bei der Behandlung von ZNS-Erkrankungen werden Ärzte für Neurologie und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie häufig komplementär tätig. Das vorliegende Gutachten beleuchtet die Situation in der ambulanten ZNS-Versorgung bei Erwachsenen und kritisiert die zunehmende Konkurrenz, die Krankenhausunternehmen den niedergelassenen Vertragsärzten der ZNS-Fachbereiche machen.

Neurologische und psychische Erkrankungen bedeuten eine große Belastung für die Betroffenen und bedingen hohe volkswirtschaftliche Kosten. Diese Kosten entstehen zum einen aus den direkten Behandlungskosten und zum anderen aus den Opportunitätskosten eines in der Regel langanhaltenden Behandlungsprozesses der betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. ZNS-Erkrankungen belasten, weil sie als gravierende chronische Erkrankungen besondere Risiken für die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen bergen, die gesetzlichen Krankenkassen überdurchschnittlich. Indikationen aus Neurologie und Psychiatrie spielen daher eine herausgehobene Rolle im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der GKV. Vor diesem Hintergrund braucht es eine qualitativ hochwertige Versorgung von ZNS-Erkrankungen in angemessener Verfügbarkeit.

Die Zuwächse an Problemen der seelischen Gesundheit bedürfen der Mobilisierung gestufter Versorgungsangebote, die interdisziplinär und sektorübergreifend und aus Sicht der Patientinnen und Patienten niederschwellig sind. Grundsätzlich ist in der psychiatrischen und neurologischen Versorgung wie auch in anderen Facharzt-disziplinen die Frage zu stellen, ob der im Nebeneinander ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen angelegte Wettbewerb zwischen den niedergelassenen Vertragsärzten auf der einen und den Krankenhausunternehmen auf der anderen Seite um die Versorgung derselben Patientenklientel besser einer Versorgungssicht weichen sollte, in der wettbewerbliche Strukturen angelegt sind, um dem Ziel einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung zu dienen. Heute substituieren die Angebote der an Überschusserzielung orientierten Krankenhausunternehmen hingegen häufig die Angebote niedergelassener Vertragsärzte in derselben Region. Die Konkurrenz von Krankenhausunternehmen und Vertragsärzten kann daher im ZNS-Bereich zu einer langfristig negativen Arztzahlentwicklung zusätzlich beitragen.

In den zurückliegenden zehn Jahren wurden in Deutschland die Kapazitäten zur Versorgung von ZNS-Erkrankungen ausgebaut. Hierdurch wird ein möglicher Nachfrageüberhang bei der Behandlung neurologischer und psychischer Erkrankungen bedient, der ohne einen Kapazitätsausbau drängender wäre. Die Krankenhausunternehmen haben von der Entwicklung in stärkerem Maße profitiert und haben ihr Fallzahlenaufkommen im stationären ZNS-Versorgungsbereich stärker ausgebaut als die niedergelassenen Vertragsärzte ihr ambulantes Angebot. In den Krankenhausunternehmen muss heute von einer Dualität der stationären und ambulanten Versorgungsangebote gesprochen werden. Die Krankenhausunternehmen treten im ambulanten ZNS-Behandlungsmarkt auf einer großen Vielzahl von Wegen auf, in erster Linie über Ambulanzen und Hochschulambulanzen, den Betrieb von MVZ, über die Bestandsversorgungsangebote des § 116b SGB V a.F. sowie durch PIA in Konkurrenz mit niedergelassenen ZNS-Vertragsärzten.

Seit 2017 sind die psychiatrischen Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemein-krankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung zudem zur Durchführung stationsäquivalenter Behandlungen als neue Versorgungsform berechtigt. Die stationsäquivalente Behandlung wurde vom Gesetzgeber der vollstationären Versorgung im Krankenhausunternehmen gleichgesetzt. Die Entscheidung darüber, welche der beiden Behandlungsformen im Einzelfall gewährt wird, obliegt alleine dem jeweiligen Krankenhausunternehmen. Überschneidungen mit dem vertragsärztlichen Angebot und der Aufbau redundanter Doppelstrukturen durch die stationsäquivalente Behandlung in Krankenhausunternehmen können nicht ausgeschlossen werden.

Auch an dem jüngsten Beispiel stationsäquivalenter Behandlungen zeigt sich, wie unübersichtlich das ambulante Leistungsgeschehen in Krankenhausunternehmen inzwischen geworden ist. Zur Neuordnung des ambulanten Behandlungsmarktes ist es daher ratsam, zunächst weitgehende Transparenz über das tatsächliche ambulante Leistungsgeschehen in den Krankenhausunternehmen herzustellen. Bei weiteren Öffnungen der ambulanten Versorgung der Kliniken ist zudem auf eine adäquate Einbindung der Vertragsärzte Wert zu legen. Eine solche kann strukturell über die Kassenärztlichen Vereinigungen oder individuell erfolgen.

Die Vergütung von ZNS-Leistungen ist insbesondere im Bereich der Krankenhausunternehmen heterogen und teilweise intransparent. Voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen werden im Allgemeinen pauschal vergütet. Für allgemeine Krankenhausleistungen gilt das G-DRG-System, für die Leistungen psychosomatischer und psychiatrischer Kliniken PEPP, also tagesbezogene pauschalierte Entgelte. Ab dem Jahr 2018 ist PEPP von allen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verbindlich anzuwenden. Allerdings ist der Gesetzgeber mit dem zum 1. Januar 2017 in Kraft getretenen PsychVVG von der Idee abgewichen, ein für alle Krankenhäuser verbindliches einheitliches, durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzurichten. Stattdessen erfolgt die Anwendung zunächst weiter unter der Bedingung der Budgetneutralität.

Die Vergütung ambulanter ZNS-Leistungen unterscheidet für die privat- und vertragsärztlichen Leistungen zunächst nicht zwischen der ambulanten Behandlung durch einen niedergelassenen Vertragsarzt oder durch einen Krankenhausarzt, wenn dieser oder sein Krankenhaus beispielsweise zur ambulanten Behandlung ermächtigt ist oder er beispielsweise in einem krankenhauseigenen MVZ ambulante Leistungen erbringt. Dies gilt jedoch nicht für die Spezialvergütungen von Leistungen im Rahmen Stationsäquivalenter Behandlung (§115d SGB V), von Leistungen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V), von Leistungen der Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) und von Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen (§ 118 SGB V).

Langfristig sind Krankenhausunternehmen im Wettbewerb mit den niedergelassenen ZNS-Vertragsärzten flexibel im Hinblick auf die Ausrichtung ihres Angebotes auf besonders lukrative Versorgungsbereiche mit hohen Margen. Krankenhausunternehmen agieren strategisch als Wirtschaftsunternehmen, die ihr Gesamtangebot an stationären wie ambulanten Leistungen an den absehbaren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Versorgung ausrichten, mithin an den sich aus der Vergütungssystematik ergebenden Margen in der ambulanten und stationären Versorgung.

In den ZNS-Fachbereichen finden die Krankenhausunternehmen hierbei eine nach Patientenwerten *ceteris paribus* attraktive Versorgungsklientel vor. Zwar weisen ZNS-Fachbereiche typischerweise vergleichsweise geringe Gesamteinnahmen und ebenso geringe Gesamtüberschüsse auf, jedoch entstehen im Krankenhausunternehmen auch nur vergleichsweise geringe zusätzliche Kosten für Investition und Betrieb von Geräten aus der ambulanten Versorgung von ZNS-Patientinnen und Patienten. Eine Motivation zum Ausbau der ambulanten ZNS-Angebote von Kliniken kann auch im Interesse an einem Ausgleich von Bedarfsschwankungen bei Patientenbehandlung bestehen. Außerdem haben wirtschaftlich geführte Krankenhausunternehmen ein Interesse daran, Synergien aus der Integration sich bei der Behandlung überschneidender Fachgebiete zu heben. So besteht im

Fälle der Neurologie ein enges Verhältnis zum Fachgebiet Psychiatrie. Neurologen arbeiten außerdem mit Radiologen und Neuroradiologen sowie mit Neuropathologen zusammen. Eine Überschneidung findet sich zudem mit Rheumatologen, Endokrinologen, Gastroenterologen und insbesondere auch Kardiologen sowie mit Urologen. Die beschriebenen Überschneidungen stiften den Krankenhausunternehmen Anreize zur horizontalen Integration aneinander angrenzender Fachgebiete, damit Krankheitsbilder vollständig innerhalb des Krankenhauses behandelt werden können. Diese Integration wirkt sich auch auf den ambulanten Bereich aus, da neue stationäre Angebote in den Krankenhausunternehmen auch neue ambulante Angebote aus demselben Fachgebiet auslösen.

Krankenhausunternehmen sind Mehrproduktanbieter und können aus dem Gesamtangebot Quersubventionierung in Bereichen betreiben, die wettbewerblich besonders hart umkämpft sind. Dieser Fall ist im Bereich der Neurologie möglich, die als Fachgebiet entweder explizit zur Regelversorgung im Krankenhaus zählt oder in internistischen Abteilungen von Krankenhäusern ausgeführt wird. In der psychiatrischen Versorgung sind spezialisierte Fachkliniken, historisch bedingt, oder Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern die Regel. Krankenhäuser besitzen die Möglichkeit, über den Patientenkontakt in der Notfallambulanz, der ASV, im MVZ oder aus den Psychiatrischen Institutsambulanzen auch stationäre Krankenhausfälle zu generieren. Ein nicht-kosten-deckender Betrieb der ambulanten Angebote lohnt sich für ein Krankenhausunternehmen, wenn durch diesen Deckungsbeiträge an anderer Stelle, also etwa in der stationären Versorgung oder aus der Krankenhausapotheke generiert werden. Hohe mögliche Umsatzzahlen der Krankenhausapotheken im Bereich der ZNS-Medikationen eröffnen den Krankenhausunternehmen hier Möglichkeiten und Anreize zur Quersubventionierung. Quersubventionierung äußert sich in Qualität „an falscher Stelle“ zur strategischen Beeinflussung von Marktanteilen mit langfristig negativen Folgen auf Anbietervielfalt und Angebotsqualität für die Patientinnen und Patienten. Sie äußert sich entweder in „zu hohen“ direkten Investitionen der Krankenhausunternehmen im Bereich der ambulanten ZNS-Versorgung oder indirekt in der Verwendung von Personal, Maschinen und Material aus anderen Bereichen in der ambulanten Neurologie und Psychiatrie und im Einsatz von Personal, Maschinen und Material aus dem stationären Bereich im ambulanten Bereich.

Sinkende Einnahmen der Vertragsärzte relativ zu ihren Kosten bewirken auch bei freiberuflich tätigen Neurologen und Psychiatern Anreize zu einer besonders an ökonomischen Kriterien ausgerichteten Steuerung der Patientinnen und Patienten. Dies trägt im Detail zu einer Fehlversorgung der Patientinnen und Patienten bei, mit hin zu einem Schaden für die Versicherungsgemeinschaft. Vergleichbare Anreize besitzen jedoch auch die angestellten Ärzte in krankenhauseigenen MVZ und auch in den Krankenhausunternehmen selbst. Der Versicherungsgemeinschaft entsteht ein möglicher Nachteil aus der strategischen Steuerung des Angebots in diejenigen Versorgungsbereiche mit den höchsten Margen und aus der Lenkung von Patientinnen und Patienten in das Behandlungsangebot mit den höchsten Überschüssen sowie aus der Auswahl von Patientinnen und Patienten nach Rentabilitäts Gesichtspunkten.

Abseits der Quersubventionierungsproblematik beim Einsatz von Personal, Maschinen und Material aus dem stationären Bereich im ambulanten Bereich gelten für Einrichtungen der Krankenhausunternehmen oftmals andere Standards als für niedergelassene Vertragsärzte, obwohl sie auf demselben Markt tätig sind. Exemplarisch sei hier der Facharztstandard bei Behandlungen in Krankenhausunternehmen genannt gegenüber dem zwingenden Facharztstatus bei Behandlungen von Patientinnen und Patienten in der niedergelassenen vertragsärztlichen Versorgung. Die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten im Krankenhausunternehmen kann von anderen Statusgruppen übernommen werden mit kostenseitigen Implikationen zum Nachteil der Vertragsärzte und möglicherweise auch negativen Implikationen im Hinblick auf die Gesamtversorgungsqualität. Kostenunterschiede können für das Krankenhausunternehmen gegebenenfalls ein Grund sein, eine Patientin oder einen Patienten aus einem eigenen ambulanten Versorgungsangebot heraus zu nehmen und in einer eigenen stationären Versorgung zu platzieren. Durch den zwingenden Facharztstatus wird die

Finanzierung der Versorgung im vertragsärztlichen Bereich gegenüber den Krankenhausunternehmen erschwert. Zum Teil können von den Krankenhausunternehmen auch Vorgaben des Gesetzgebers zur Behandlung von Patientinnen und Patienten kostensenkend umgangen werden und werden daher nur bedingt eingehalten (Problem der adäquaten Rechtsdurchsetzung). Krankenkassen beklagen die Deprofessionalisierung im Bereich der ambulanten Versorgung durch Krankenhausunternehmen. Gleichzeitig verbleibt der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung gänzlich bei den Vertragsärzten.

Ein Treiber der Unterversorgung im Bereich der vertragsärztlichen Neurologie und Psychiatrie ist die Tatsache, dass bei konstanter Morbidität der Bedarf an neurologischer und psychiatrischer Versorgung stetig wächst. Gründe hierfür liegen teils im demographischen Wandel und der Alterung der Gesellschaft, teils im Fortschritt und der ständig wachsenden Verfügbarkeit von Therapiemöglichkeiten für neurologische und psychiatrische Krankheitsbilder. Der Grad der Unterversorgung ist regional unterschiedlich ausgeprägt. Letztlich liegen regionaler Unterversorgung jedoch Fehlplanungen in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und der Krankenhausplanung zugrunde, die die ambulante und stationäre Versorgung nicht hinlänglich koordiniert und Vergangenheitswerte systematisch fortschreibt. Die Bedarfsplanung verknüpft das Angebot, schaltet die marktlichen Mechanismen vorstoßenden und nachziehenden Wettbewerbs systematisch aus und verstärkt die Tendenz zu lokalen Monopolen. Es bestehen ungleiche Versorgungsverhältnisse in den Städten und im ländlichen Raum und Unterschiede zwischen den östlichen und den westlichen Bundesländern. Die ländlichen Räume sind häufig geringer versorgt, wohingegen die Großstädte relativ zum Bedarf stärker versorgt sind. Auch bei den Psychotherapeuten und in der Arztgruppe der Nervenärzte sind ein Stadt-Land-Gefälle und zudem regionale Unterschiede im Versorgungsgrad zu erkennen. Dabei besteht ein Versorgungsgefälle zwischen dem Südwesten Deutschlands mit einer stärkeren Versorgung und dem Norden und Osten mit einer an einer versorgungsadäquaten Verhältniszahl gemessenen zu geringen Ärztedichte.

Die Krankenhausplanung, also die Bedarfsplanung der Krankenhäuser, hat die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit stationären Krankenhausleistungen zum Ziel. Unklar ist, was darunter konkret zu verstehen ist und ob und wie dieses Ziel erreicht werden kann. Eine mit der vertragsärztlichen Bedarfsplanung vergleichbare Transparenz über das Klinikangebot besteht nicht. Das Vordringen der Krankenhäuser in den ambulanten Sektor findet in der Krankenhausplanung bisher keine besondere Beachtung.

Die Festlegung in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung auf lediglich ein bestimmtes Niveau bei der Fachärztedichte geht zulasten derjenigen fachärztlichen Versorgungsbereiche, in denen das personale Angebot des Therapeuten über die Diagnostik hinaus eine hohe Bedeutung für den Behandlungserfolg besitzt, daher die Behandlungszeit, die der behandelnde Arzt mit dem einzelnen Patienten verbringt, die Qualität der Behandlung bestimmt. In der dargestellten Situation mit durch die vertragsärztliche Bedarfsplanung beschränkten Kapazitäten auf Seiten der ZNS-Fachärzte und durch die Krankenhausplanung nahezu unbeschränkten ambulanten Behandlungskapazitäten aufseiten der Krankenhausunternehmen besteht eine mögliche Auswirkung in einem Kellertreffeneffekt, der Patientinnen und Patienten zunehmend in die Angebote von Krankenhausunternehmen treibt und langfristig zu einer partiellen Substitution der vertragsärztlichen ZNS-Leistungen durch ZNS-Leistungen der Krankenhausunternehmen führt. Vertragsärzte können bei der Behandlungstätigkeit nicht zwischen Fällen unterschiedlicher Schweregrade unterscheiden, daher gehen vergleichsweise häufig auch schwere Fälle weg von den Vertragsärzten hin zur ambulanten Alternative in den Krankenhausunternehmen.

Der skizzierten Entwicklung kann zum einen entgegengesteuert werden in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung durch eine höhere Zahl an Arztsitzen für die ZNS-Fächer, gegebenenfalls als Ergebnis einer bedarfsangepassten Bedarfsplanung. Unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsqualität ist zum anderen eine Erweiterung der finanziellen Ressourcen für die ambulante ZNS-Versorgung zu erwägen. Allerdings vergrößerte diese zusätzlich auch die Anreize für Krankenhausunternehmen, sich in der ambulanten ZNS-Versorgung beispielsweise

mit krankenhauseigenen ZNS-MVZ zu betätigen. Insgesamt ist ein Soll/Ist-Abgleich der ambulanten wie stationären Bedarfsplanung vorzunehmen sowie ein Ausbau der Versorgung in weniger gut versorgten Bereichen wünschenswert. Hierzu muss eine Finanzierung gefunden werden. Da Einsparungen im bestehenden Budget der vertragsärztlichen Versorgung zur Verlagerung und zum Ausbau der Versorgung in weniger gut versorgten Bereichen nicht unbegrenzt möglich sind, ist politisch zu erwägen, inwiefern die Finanzierung neu hinzukommender Stellen durch die Krankenkassen erfolgen kann.

Kurzfristig sind die wirtschaftliche Entscheidungsgrundlage des Krankenhausunternehmens in erster Linie die Vergütungsunterschiede zwischen den alternativen Versorgungsmöglichkeiten am Standort des Krankenhausunternehmens. Die Behandlungskosten im Krankenhausunternehmen hingegen bestehen überwiegend aus kurzfristig unveränderlichen, versunkenen Kostenbestandteilen, die für die Steuerung der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus keine Rolle spielen. Der große Vorsprung der stationären Erlöse gegenüber den Patientenwerten einer Quartalsbehandlung in der ambulanten Versorgung legt nahe, dass Krankenhausunternehmen bei der kurzfristigen Entscheidung über die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten im Krankenhaus deutliche Anreize haben, dem Grundsatz „stationär vor ambulant“ zu folgen und daher dem implizit in § 39 SGB V aus Gründen der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ zuwider zu handeln und stationäre Kapazitäten gegenüber ambulanten Kapazitäten bevorzugt auszulasten.

Das ambulante Vergütungssystem gilt bei niedergelassenen Vertragsärzten für alle Fälle gleich und bietet geringe Differenzierungsmöglichkeiten. Krankenhausunternehmen haben kurzfristig starke wirtschaftliche Anreize, ihre am Krankenhausstandort bestehenden Kapazitäten an pflegerischem und ärztlichem Personal, an Untersuchungs- und Behandlungsräumen sowie an Krankenhausbetten überschussmaximierend auch zulasten der niedergelassenen Vertragsärzte auszulasten, mit denen sie im Markt für ambulante Behandlungen in einem unmittelbaren Wettbewerb stehen. In dem Maße, in dem Patientinnen und Patienten bei ihrer Behandlung dem ambulanten oder dem stationären Sektor flexibel zugeordnet werden können, gehen auch die für eine stationäre Behandlung vorgehaltenen Bettenkapazitäten in dieses Kalkül ein. Den vergleichsweise flexiblen und daher großzügigen Möglichkeiten der Krankenhausunternehmen in der ambulanten ZNS-Versorgung steht eine geringe Angebotsflexibilität auf der Seite der niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater gegenüber. Da Patientinnen und Patienten zudem nach Erkrankungsgrad gegebenenfalls nicht der hausärztlichen Versorgung auf der einen oder der nervenärztlich-fachärztlichen Versorgung auf der anderen Seite eindeutig zugewiesen werden können, entsteht bei den niedergelassenen ZNS-Vertragsärzten kurzfristig wiederkehrend ein Kapazitätsengpass, den die konkurrierenden Krankenhäuser durch ihre flexiblen Kapazitätszuweisungsmöglichkeiten nicht fürchten müssen.

Das Zusammenspiel dieser den Krankenhausunternehmen gegenüber komplex wirkenden wirtschaftlichen Anreize benachteiligt die vertragsärztliche Versorgung und führt zu Kostennachteilen aufgrund von Ineffizienzen für die Krankenkassen sowie zu einer inadäquaten Versorgung für die Beitragszahler. Eine Reformoption ist daher die Überführung der zwischenzeitlich unübersichtlichen Zahl an Öffnungsmöglichkeiten der Kliniken für die ambulante Versorgung in einen einheitlichen Ordnungsrahmen mit gleichen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die ambulante wie die stationäre Versorgung. Diese Zusammenführung ist im Hinblick auf die Gesamtheit des deutschen Gesundheitswesens eine Herausforderung, hat jedoch im kleinen Rahmen ein Vorbild in der Zusammenfassung der selektivvertraglichen Abschnitte des SGB V im neuen §140a SGB V „Besondere Versorgung“.

Der Kapazitätsengpass bei den ZNS-Vertragsärzten wird durch die in der hausärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung unterschiedlich bindende Institution von Arzneimittel-, Verbandmittel- und Heilmittel-Richtgrößen verstärkt. Die Richtgrößen motivieren die Überweisungstätigkeit in den fachärztlichen ZNS-Versorgungsbereich

zur Schonung der individuellen Arzneimittel- und Heilmittelbudgets im hausärztlichen Versorgungsbereich. Ein alternativer Weg zur Eindämmung von Arzneimittel Regressen aufgrund von Richtgrößen wird in Bayern mit der seit Dezember 2014 bestehenden Wirkstoffvereinbarung beschritten. In der Wirkstoffvereinbarung sind Generika- und Leitsubstanzziele für verschiedene Medikamenten- und Arztgruppen festgeschrieben.

Von der Überweisungstätigkeit in den fachärztlichen ZNS-Versorgungsbereich sind insbesondere auch Fälle betroffen, die vom Krankheitsbild her zwar der jeweiligen ZNS-Facharztversorgung zugeordnet werden können, die jedoch im Hinblick auf einen eventuell besonderen Verlauf oder eine besondere Schwere der Erkrankung typischerweise nicht unbedingt fachärztlich versorgt werden müssten. In diesen Fällen wäre eine Behandlung durch einen hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner oder Internisten durch die entsprechende Verordnung eines wirksamen Arzneimittels zielführend gewesen. Aus Sicht der ZNS-Vertragsärzte ist diese Entwicklung negativ zu werten, da sie die Knappheit in der Versorgung weiter verschärft und verfügbare Behandlungszeit für schwere Fälle, die die besondere Aufmerksamkeit der behandelnden fachärztlich tätigen ZNS-Vertragsärzte verlangen, weiter reduziert.

Der bei ambulanten ZNS-Behandlungen vorherrschende Zeitdruck wird getrieben durch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Versorgung. Zum einen legt die Bedarfsplanung die Verhältniszahlen von Ärzten zu Patienten fest. Zum anderen bestimmt das System der kassenärztlichen Vergütung mit Regelleistungsvolumina (RLV), dass bei jedem einzelnen niedergelassenen Vertragsarzt wirtschaftliche Anreize bestehen, sich an diesen Verhältniszahlen mit seinem ambulanten Angebot zu orientieren. Eine mögliche Abhilfemaßnahme kann in einer Ausdeckelung und anschließend extrabudgetären Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Sprechleistungen analog zu der extrabudgetären Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen bestehen. Seit 2013 werden die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen (EBM-Kapitel 35.2) aller Arztgruppen und die probatorischen Sitzungen (GOP 35150) der Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu konstanten Punktwerten vergütet.

Durch die Ausdeckelung verschiebt sich das Morbiditätsrisiko in Richtung der GKV. Darüber hinaus kann die extrabudgetäre Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Sprechleistungen wirksam sein, wenn kritische Leistungsbereiche in der kassenärztlichen Vergütung heute an der Grenze des RLV angeboten werden. Eine zusätzliche Ausdeckelung dieser Leistungsbereiche schafft Anreize für den niedergelassenen Vertragsarzt den Umfang der Leistungen in diesen Bereichen oder die Zahl der Patientinnen und Patienten mit Leistungen in diesen Bereichen zu erhöhen. Niedergelassene Vertragsärzte würden also ihre Tätigkeiten zugunsten derjenigen Leistungsbereiche verschieben, die keiner Deckelung durch RLV unterliegen. Die Ausdeckelung kann mithin als ein Instrument verstanden werden, für die Facharzttrichtungen einzelne Leistungsbereiche in der Therapie spezifisch zu betonen. Im Hinblick auf ihre Vergütung profitieren die niedergelassenen ZNS-Vertragsärzte von einer Ausdeckelung insbesondere, wenn zukünftig höherwertige ausgedeckelte Leistungen niederwertige gedeckelte Leistungsbereiche ersetzen oder wenn sie viele künftig ausgedeckelte Leistungen erbringen, die ihnen heute nur abgestaffelt vergütet werden. Im Bereich der Sprechenden Medizin ist vor dem Hintergrund der Ausdeckelung in der Psychotherapie zu bedenken, dass zum einen die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des EBM-Kapitel 35.2 bereits ausgedeckelt wurden und dass zum anderen im Bereich der Sprechenden Medizin generell Kapazitätsgrenzen schnell erreicht und nicht beliebig erweiterbar sind. Eine einheitliche Ausdeckelung der Sprechleistungen in den ZNS-Fächern ist jedoch auch im Hinblick auf die Einheit der ZNS-Fachbereiche ein Signal und unterstützt die finanzielle Gleichbehandlung gleich gelagerter Fälle in unterschiedlichen Fachgebieten.

Insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen ZNS-Behandlungen, aber auch zunehmend in den übrigen ZNS-Therapien, ist eine Einbettung der Therapie in ein Behandlungsnetzwerk von großer Bedeutung. Die Koordinationsleistung hierfür wird in der üblichen EBM-Vergütung nicht abgegolten. Zwar erhalten Neurologen, Psychiater und Nervenärzte einen nicht unerheblichen Anteil ihres Honorars aus „Betreuungspauschalen“, die ihnen aus der Abrechnung bestimmter EBM-Betreuungsziffern zufließen. Diese sind jedoch nur diagnosegebunden anzusetzen, haben also das Vorliegen bestimmter schwerer oder chronischer ICD-10-Diagnosen zur Voraussetzung, die gesichert sein müssen. Verdachtsdiagnosen genügen zur Abrechnung der „Betreuungspauschalen“ nicht. Die Vorhaltung eines Behandlungsnetzwerkes zur Einbettung künftiger Therapien muss von den niedergelassenen Vertragsärzten daher ohne eine gesonderte Vergütung erbracht werden. Hingegen enthalten die pauschalierten Vergütungsformen von Krankenhäusern auch Vergütungsanteile für nichtärztliche Tätigkeiten, mit denen zumindest die Koordination ärztlicher mit nicht-ärztlichen Behandlungen im Krankenhausunternehmen selbst mitabgegolten wird.

Zu einer versorgungsgerechten Verbesserung der finanziellen Ausstattung der ZNS-Vertragsärzte sind im Hinblick auf die konfrontativen Wettbewerbspositionen der niedergelassenen Vertragsärzte und der Krankenhausunternehmen maßnahmenorientierte Lösungswege einzuschlagen, die niedergelassenen ZNS-Ärzten eine vergleichbare Angebotstiefe nachhaltig ermöglichen. Zu denken ist hierbei insbesondere an eine Vergütung der Koordinationsleistungen in psychosozialen Behandlungsnetzwerken nach dem Vorbild der SPV in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP). Hierbei geht es in erster Linie um die Verbesserung der Versorgungssituation durch Schaffung vernetzter Versorgungsstrukturen zur interdisziplinären Behandlung von psychiatrischen und neurologischen Patientinnen und Patienten.

Darüber hinaus ist an eine Weiterentwicklung der neuropsychiatrischen Versorgung zu einer Teamversorgung unter ärztlicher Leitung zu denken. Beispielhaft ist dies in dem NPPV Projekt der KV Nordrhein auf den Weg gebracht. Die KV Nordrhein erprobt in Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg und dem BKK-Landesverband Nordwest im Rahmen eines durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderten Projektes neue Versorgungswege für psychische und neurologische Krankheiten. Ziel des Projektes ist es, die Versorgungsqualität für die Patienten mit schweren bzw. komplexen Verlaufsformen bestimmter psychischer oder neurologischer Erkrankungen, wie z. B. affektive Störungen, Psychosen oder Multiple Sklerose und Schlaganfall, zu verbessern sowie die knappen Ressourcen der Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten besser zu allokalieren. Die Umsetzung des Versorgungsmodells erfolgt auf lokaler Ebene unter Einbezug interessierter Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten (vgl. Bergmann und Lubisch, 2016, 2-4).⁴⁷ Das Versorgungsmodell sieht die modulare Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dem „Stepped-Care-Ansatz“ vor: In Abhängigkeit des Gesundheitszustandes des Patienten kommen Therapiemodule zur Anwendung, die sich aus den aktuellen Leitlinien der jeweiligen Indikationen ergeben. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit, die Therapie durch soziale Unterstützungsmodule zu ergänzen. Die Koordination der Therapiemodule obliegt einem Bezugsarzt oder Psychotherapeuten: Er richtet die fachärztliche/psychotherapeutische Versorgung möglichst passgenau an der spezifischen Morbidität des Patienten aus (vgl. Bergmann und Lubisch, 2016, 2-4). Durch den „Stepped-Care-Ansatz“ wird im Allgemeinen das Ziel verfolgt, die bestmögliche individuelle Versorgung zu erreichen und eine Unter- bzw. Übertherapie zu vermeiden.⁴⁸

⁴⁷ Das Projekt mit dem offiziellen Titel „Neuropsychiatrische und psychotherapeutische Versorgung“ (NPPV) ist am 1. April 2017 gestartet. Seine Laufzeit beträgt vier Jahre. Folglich steht die wissenschaftliche Evaluation des Projektes noch aus. Ob eine Übernahme in die Regelversorgung sinnvoll wäre, bleibt daher abzuwarten bis gesicherte Daten und Erkenntnisse vorliegen.

⁴⁸ <http://www.psychenet.de/ueber-psychenet/news-und-presse/artikel/artikel/gestuft-behandeln-der-stepped-care-ansatz-in-der-behandlung-von-depressionen.html>, zuletzt abgerufen am 18. Juli 2017.

LITERATURVERZEICHNIS

- Albrecht, M., S. Etgeton und R. R. Ochmann (2014), Faktencheck Gesundheit- Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). Haus-, Kinder-, Frauen- und Augenärzte, erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Albrecht M., S. Etgeton und R. R. Ochmann (2015), Faktencheck Gesundheit – Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte): HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen, erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Albrecht, M., T. Fürstenberg und A. Gottberg (2007), Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung, Gutachten für den Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), den Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN) und den Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BDP), IGES, Berlin.
- Aubin, B. (2013), Daseinsvorsorge und Universaldienst: Eine ordnungspolitische Untersuchung der staatlichen Aufgaben in den Wirtschaftsbereichen der Grundversorgung, Mohr Siebeck, Tübingen.
- Bergmann, F. und Chr. Roth-Sackenheim (2010), Status quo: die psychiatrische Versorgung in Deutschland – Eine Bestandsanalyse, in: Amelung, V. E.; F. Bergmann und P. Falkai et al.(Hrsg.), Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten, MWV, Berlin.
- Bergmann, F. und B. Lubisch (2016), Psychische und neurologische Krankheiten – neue Versorgungswege, in: KVNO aktuell 12, S. 2-4.
- Coenen, M., J. Haucap und M. Hottenrott (2016), Wettbewerb in der ambulanten onkologischen Versorgung – Analyse und Reformansätze, Studie im Auftrag des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V., DICE Ordnungspolitische Perspektiven Nr 81, Düsseldorf University Press, Düsseldorf.
- Diefenbacher, A, H. P. Volz, T. Vogelsang et al. (1998), Psychiatrie in der Krankenpflegeausbildung, 2. überarb. erweiterte Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Faulhaber, G. F. (1975), Cross-Subsidization: Pricing in Public Enterprises, The American Economic Review 65 (5), S. 966-977.
- Feuerstein, S. und W. Riedel (2012), Bestimmung des Orientierungswertes 2013 für die vertragsärztliche Vergütung, Prognos, Berlin.
- Gibis, B., M. Hofmann und S. Armbruster (2016), Krankenhausreport 2016, Schattauer, Stuttgart.
- Günther, J., und P. Berlit (2016), Mittel zur Behandlung der multiplen Sklerose. Arzneiverordnungs-Report 2016, 561-575.
- Hamm, M. (2002), Kooperation von Krankenhäusern mit Lieferanten, Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden.
- InEK (2016), Abschlussbericht Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2017, Siegburg.
- Jungmann, J und G. Roosen-Runge (2004), Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, Projekt 2001-2003 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Weinsberg, abrufbar unter:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Integrative_Organisationsstrukturen.pdf, zuletzt abgerufen am 31. Mai 2017.
- KBV (2016), Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 14. Juni 2016 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), Berlin.
- Klakow-Franck, R. (2016), Krankenhausreport 2016, Schattauer, Stuttgart.
- Klauber, J., M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem (2016), Krankenhausreport 2016, Schattauer, Stuttgart.

- Köster, M. (2005), Psychiatrische Institutsambulanzen in Baden-Württemberg Behandlungsauftrag, Arbeitsweise, Evaluation, Dissertation, Tübingen, abrufbar unter: <https://www.deutsche-digitale-bibliothek.de/binary/AGAFNCINRTMLMFNBE2F5QOY4VF4RMCTG4/full/1.pdf>, zuletzt abgerufen am 18. Mai 2017.
- Kraus, T. W. und J. Zenner (2011), Hochschulambulanzen – Hohe Bedarfsschwankungen bei Patientenbehandlungen, Dtsch Arztebl 2004, 101 (18), A 1220.
- Leber, W-D. und J. Wasem (2016), Krankenhausreport 2016, Schattauer, Stuttgart.
- Leoprechting, G. von (2011), Das MVZ bleibt attraktiv, trilliumreport, 9 (1), S. 30-31.
- Linden, M. (2006), Behandlungspotenziale in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, in: Stoppe, G., A. Bramesfeld und F.-W. Schwartz, (Hrsg.), Volkskrankheit Depression? Bestandaufnahme und Perspektiven, Springer, Berlin, Heidelberg.
- Lohse, M. und B. Müller-Oerlinghausen (2016), Psychopharmaka, Arzneiverordnungs-Report 2016, S. 663-690.
- MDK (2017), Kompendium zum Pauschalierenden Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP): Basiswissen zur Systematik, sozialrechtlichen Grundlagen, Regelwerken und Schlüsselverzeichnissen und Grundsätzen der Begutachtung, Lahr.
- Monopolkommission (2014), Eine Wettbewerbsordnung für die Finanzmärkte: Zwanzigstes Hauptgutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 1 GWB, Bonn.
- Neubauer, G. (2017), Die Krankenhauslandschaft 2030 in Deutschland, in: Klauber, J., M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem, Krankenhausreport 2017 – Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Schattauer, Stuttgart.
- Neubert, O. und M. Richter, (2016), Krankenhausreport 2016, Schattauer, Stuttgart.
- Nübling, R., T. Bär, K. Jeschke, M. Ochs, N. Sarubin und J. Schmidt (2014), Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland, Psychotherapeutenjournal 4/2014, S. 389-397.
- Ofenstein, C. M. und M. von Westphalen (2014), Prüfungswissen Heilpraktiker für Psychotherapie, Urban & Fischer Verlag, München.
- Österle, H., E. Fleisch und R. Alt (2002), Business Networking in der Praxis, Springer, Berlin, Heidelberg.
- Peilsteiner, H. (2016), „Fälle, Fälle, Fälle!“ kann nicht für Krankenhäuser gelten! Interview mit Prof. Dr. Günter Neubauer KU-Gesundheitsmanagement 85 (1), S. 14–16.
- Pindyck, R. S. und D. L. Rubinfeld (2009), Mikroökonomie, 7. Auflage, Pearson Studium, Hallbergmoos.
- Puschmann, T. und R. Alt (2001). Customer Relationship Management in der Pharmaindustrie, in: HMD-Praxis der Wirtschaftsinformatik, 38 (221), S. 57-74.
- Roth-Sackenheim, Chr. und H. Melchinger (2009), Entwicklung in der ambulanten Versorgung: Unterfinanziert, unterversorgt, ungerecht, in: Neurotransmitter, BVDP-Sonderheft zum Kongress der DGPPN 2009, 2.2009, S. 28-35.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, BT-Drs. 15/5670.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten, BT-Drs. 17/10323.
- Schauffler, J. und C. Telschow (2016), Überblick über die Arzneiverordnungen nach Arztgruppen, Arzneiverordnungs-Report 2016, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 753-762.
- Spengler, A. (2012), Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ, Dtsch Arztebl, 109(40), A 1981-3.

Statistisches Bundesamt (2017), Pressemitteilungen – 393 Krankenhäuser verfügen über eine eigene Apotheke, abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2015/PD15_025_p002.html, zuletzt abgerufen am 20 April 2017.

Tölle, R. und K. Windgassen (2014), Psychiatrie einschließlich Psychotherapie, 17 überarbeitete und ergänzte Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg.

Wolowski, A. und H.-J. Demmel (2010), Psychosomatische Medizin und Psychologie für Zahnmediziner, Schattauer, Stuttgart, New York.