

Antwort der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/6135 –

Auswirkungen des MDK-Reformgesetzes und des neuen Vertrags für Ambulantes Operieren 2023 auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Steigende Gesundheitsausgaben, zunehmender Personalmangel und eine im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern hohe Anzahl an stationären Behandlungsfällen in Deutschland sind Anlass für die Bundespolitik, die ambulante Versorgung zu stärken. Um dies zu erreichen, wurde 2020 mit dem MDK-Reformgesetz (MDK = Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) die Grundlage für eine Überarbeitung des Vertrags für Ambulantes Operieren (sog. AOP-Vertrag) und die Einführung einer sektorengleichen Vergütung geschaffen (vgl. u. a. www.bundesgesundheitsministerium.de/mdk-reformgesetz.html).

In § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wurde festgelegt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bis zum 31. Januar 2022 einen neuen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen festlegen und eine einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte erarbeiten sollen.

Zur Umsetzung des § 115b Absatz 1 SGB V wurden die oben genannten Verhandlungspartner zu einer Beauftragung eines Gutachtens verpflichtet, das an das IGES-Institut vergeben wurde. Dieses IGES-Gutachten wurde im März 2022 veröffentlicht. Es schlägt u. a. eine Verdopplung der Zahl der im AOP-Katalog enthaltenen Leistungen und die Einführung eines umfangreichen Systems von neun fachlich begründeten Kontextfaktoren vor. Diese Kontextfaktoren sollen als Entscheidungsgrundlage für eine stationäre versus ambulante Behandlung dienen und dadurch Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) minimieren (www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_obj27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf).

Am 22. Dezember 2022 haben die GKV, die DKG und die KBV den neuen AOP-Vertrag geschlossen. Es ist aus Sicht der Verfasser nicht nachzuvollziehen, warum in diesem Vertrag die von der Fachöffentlichkeit breit begrüßten Empfehlungen des IGES-Gutachtens nicht umgesetzt wurden. Erreicht werden sollten eine Stärkung der Ambulantisierung und eine Entschlackung der MD-Prüfungen. Das Gegenteil ist nach Einschätzung der Verfasser nun der Fall:

Während das IGES-Gutachten vorschlägt, die Liste der ambulanten Operationen von ca. 2 500 Prozeduren auf ca. 5 000 in etwa zu verdoppeln, enthält der neue AOP-Katalog nur ca. 200 neue Leistungen. In der Durchsicht der Kontextfaktoren zum AOP-Vertrag 2023 findet sich zudem eine Auflistung von Erkrankungen, die nach Einschätzung der Verfasser medizinisch nicht nachvollziehbare Lücken aufweist (z. B. Berücksichtigung der akuten Cholezystitis, jedoch keine Berücksichtigung der akuten Cholangitis, einer lebensbedrohlichen Entzündung der Gallenwege). Nach Einschätzung der Fachöffentlichkeit (z. B. www.dgvs.de/wp-content/uploads/2023/01/B-DGVS-STN-AOP-Katalog-2023_Kontextfaktoren_18.01.2023-Final.pdf) wird dies zu erheblichen Versorgungslücken führen. Die Differenzierung von ambulant und stationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten wird nach Überzeugung der Fragesteller mit erheblich erhöhtem bürokratischem Aufwand verbunden und einer ganzheitlichen medizinischen Einschätzung entzogen. Es ist nach Einschätzung der Verfasser zu erwarten, dass stationäre Behandlungen nicht bezahlt werden, auch wenn der Arzt eine solche Behandlung befürwortet. Die Verantwortung für die ambulante Versorgung alter und chronisch kranker Patientinnen und Patienten, die durch die rigide formulierten Kontextfaktoren nicht erfasst werden, trägt die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt.

Im AOP-Vertrag für 2023 werden die bisherigen Vergütungsstrukturen aufrechterhalten, obwohl Expertisen und Gutachten sowie die klinische Erfahrung der letzten Jahrzehnte und der Vergleich mit den Nachbarstaaten gezeigt haben, dass diese ein wesentliches Hemmnis für eine ambulante Leistungserbringung vieler der bereits im alten AOP-Katalog enthaltenen Leistungen war. So weist bereits das IGES-Gutachten darauf hin, dass für eine sachgerechte Vergütung ambulanter Leistungen eine Schweregraddifferenzierung notwendig ist. Ein Gutachten des Institute for Health Care Business GmbH (hcb) unter der Leitung von Prof. Dr. Boris Augurzky, Mitglied der Regierungskommission für die Krankenhausreform, das bereits im Dezember 2021 veröffentlicht wurde, hat anhand von Leistungs- und Abrechnungsdaten ein ähnliches Modell als Basis für eine sektorengleiche Versorgung entwickelt (www.dgvs.de/wp-content/uploads/2022/02/AOP-Gutachten-Verguetungssystematik_final_14.01.22.pdf). Zum Jahresende wurden diese Vorschläge durch die Ergebnisse des vom Bund geförderten Innovationsfondsprojektes „Einheitliche, sektorengleiche Vergütung“ ergänzt. Die Forschergruppe empfiehlt, aus Kostendaten kalkulierte sektorengleiche Pauschalen für Leistungskomplexe zu erstatten, wenn in dieser ambulanten Versorgungsform Leistungen erbracht werden (www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/20220920-esv-finale-fassung-v1-1.pdf). Es liegen also valide Analysen dazu vor, wie erreicht werden kann, dass Leistungen in der ambulanten Versorgung auch ankommen.

Wenn Leistungen weder stationär noch ambulant kostendeckend erbracht werden können, entsteht entweder das Risiko einer Versorgungslücke – wie die aktuellen Proteste der HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzte (siehe u. a. www.pharmazeutische-zeitung.de/hno-aerzte-wollen-kinder-ops-aus-protest-aussetzen-137977/seite/alle/) dies bereits andeuten – oder von Fehlanreizen, diese nicht kostendeckenden Leistungen durch eine andere, für die Krankenhäuser ökonomisch attraktivere Art der Leistungserbringung zu ersetzen (www.dgvs.de/wp-content/uploads/2023/01/B-DGVS-STN-AOP-Katalog-2023_Kontextfaktoren_18.01.2023-Final.pdf).

Das Jahr 2023 bringt weitere neue Regelungen: Stationäre Fälle, die aktuell als Ein-Tagesfälle behandelt werden, dürfen bei stationärer Ein-Tagesfallabrechnung als tagesklinische Behandlung erbracht werden (§ 115e SGB V). Voraussetzung dafür ist eine stationäre Behandlung von mindestens sechs Stunden im Krankenhaus. Diese Leistungen betreffen nur Leistungen, die nicht im AOP-Katalog enthalten sind. Ein stationärer Behandlungsgrund muss vorliegen. Bis Ende März 2023 soll entschieden werden, welche Leistungen bzw. Leistungskomplexe im Rahmen des § 115f SGB V (Spezielle sektorengleiche Vergütung) überführt werden sollen. Das fragmentierte Nebeneinanderbestehen der unterschiedlichen Rechtsgrundlagen für eine ambulante Leistungserbringung lässt ein übergeordnetes Konzept vermissen.

1. Wie viele Ärztinnen und Ärzte und wie viele Pflegekräfte stehen nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland heute zur Verfügung, und wie viele werden nach Einschätzung der Bundesregierung aufgrund der demographischen Entwicklung voraussichtlich in 15 Jahren für die Versorgung zur Verfügung stehen?

Inwiefern wird sich dies auf die ärztliche Versorgung bzw. auf die Versorgung mit Pflegekräften insbesondere im ländlichen Raum auswirken?

In Deutschland sind mit Stand 31. Dezember 2022 insgesamt 185 298 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung tätig (Quelle: Statistische Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus dem Bundesarztregister). In deutschen Krankenhäusern waren im Jahr 2021 203 286 Ärzte und Ärztinnen beschäftigt, im Pflegedienst wurden 371 249 Beschäftigte gezählt (Quelle: Statistisches Bundesamt). Die zukünftige Entwicklung dieser Zahlen ist von verschiedenen Faktoren abhängig und lässt sich nicht valide voraussagen.

2. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Krankheitslast in Deutschland, d. h. wie viele Menschen werden beispielsweise an ausgewählten Tumorerkrankungen oder Erkrankungen des Kreislaufsystems oder des Verdauungssystems nach Einschätzung der Bundesregierung ab 2023 pro Jahr erkranken, und wie hoch wird diese Krankheitslast in 15 Jahren sein?

Für den Bereich der Krebserkrankungen liegen aktuell bundesweite Daten für die Krebsinzidenz bis zum Jahr 2019 vor. Dies liegt an den gesetzlichen Fristen für die Meldungen von Krebserkrankungen und der Datenlieferung der Landeskrebsregister an das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) am Robert Koch-Institut sowie den notwendigen Zeiten für Datenverarbeitung und Auswertung. Ferner nimmt das ZfKD alle zwei Jahre im Rahmen seines Berichts „Krebs in Deutschland“ eine kurzfristige Prognose zum Erscheinungsjahr des Berichts vor, die aktuell vorliegende bezieht sich auf das Jahr 2022. Der nachfolgenden Tabelle sind für Krebs insgesamt und für vier häufige Tumorarten die Inzidenzen für das Jahr 2019 und die Prognose für das Jahr 2022 zu entnehmen.

Aktuell (März 2023) am ZfKD vorliegende Ergebnisse bzw. Prognosen zur Krebsinzidenz in Deutschland

	Inzidenz 2019	Prognose 2022
Krebs gesamt	502.700	510.200
Brustkrebs	72.100	67.600
Prostatakrebs	68.600	70.100
Darmkrebs	59.000	58.100
Lungenkrebs	59.200	59.700

Quelle: ZfKD

Für die anderen in der Frage beispielhaft genannten Krankheitsgruppen sind aufgrund der allgemeinen Fragestellung bzw. unscharf definierten Krankheitsgruppen keine quantifizierenden Angaben möglich.

3. Welche Auswirkungen wird die Entwicklung der Krankheitslast ab 2023 und in 15 Jahren auf die Zahl der Menschen mit einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung nach Einschätzung der Bundesregierung haben?

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist in den nächsten Jahren mit einer Zunahme der Anzahl von Menschen mit einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung zu rechnen. Es ist aber nicht möglich, eine belastbare quantitative Einschätzung abzugeben, da hier künftige Weiterentwicklungen in der Prävention und der Therapie mit hineinspielen, die in ihren Auswirkungen kaum vorhersagbar sind.

4. Wie viele Krankenhausbehandlungen und wie viele ambulante Behandlungen werden nach Einschätzung der Bundesregierung heute und wie viele werden voraussichtlich in 15 Jahren pro Jahr in Deutschland durchgeführt?
5. Hat die Bundesregierung Kenntnisse über die verfügbaren Kapazitäten einer ambulanten Versorgung sowohl im vertragsärztlichen Bereich als auch an den Krankenhäusern, d. h., wie viele Patientinnen und Patienten können heute maximal ambulant behandelt werden?

Die Fragen 4 und 5 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Gemäß den Ergebnissen der Fallstatistiken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (KG 3) wurden 2021 rund 647 Millionen ambulante ärztliche Behandlungsfälle erbracht. Für das Jahr 2021 wurde von dem Statistischen Bundesamt eine Fallzahl von 16 742 344 vollstationären Krankenhausbehandlungen und 20 968 486 ambulanten Behandlungsfällen in Krankenhäusern ermittelt (Quelle: Statistisches Bundesamt). Insgesamt 1 420 Krankenhäuser haben im Jahr 2021 ambulante Behandlungen angeboten (Quelle: Statistisches Bundesamt). Zu berücksichtigen ist, dass die KG3-Statistik ausschließlich Behandlungsfälle der gesetzlich Versicherten beinhaltet und keine Angaben von privat krankenversicherten Personen oder nicht versicherten Personen ausweist. Die Statistiken des Statistischen Bundesamtes berücksichtigen hingegen alle Behandlungsfälle losgelöst vom Versicherungsstatus der Patientinnen und Patienten.

Darüber, wie viele ambulante und stationäre Behandlungen voraussichtlich in 15 Jahren pro Jahr in Deutschland durchgeführt werden, liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Dies ist abhängig von verschiedenen Faktoren, wie der Bevölkerungsentwicklung, so dass eine belastbare Schätzung nicht möglich ist. Die tatsächlich verfügbaren ambulanten Kapazitäten hängen ebenfalls mit verschiedenen Faktoren, wie zum Beispiel der Umschichtung von Personal oder der Schwere der Erkrankung im Einzelfall zusammen, so dass auch hierüber keine belastbaren Aussagen getroffen werden können.

6. Wie schätzt die Bundesregierung die verfügbaren Kapazitäten einer auch barrierefrei zugänglichen ambulanten Versorgung ein vor dem Hintergrund, dass nach dem Anfang 2021 erschienenen Dritten Teilhabebericht der Bundesregierung die meisten Arztpraxen nicht barrierefrei zugänglich sind (www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=5), und welche Maßnahmen wird sie ergreifen, um diese Situation zu verbessern?

Die Bundesregierung teilt die Auffassung, dass der barrierefreie Zugang zur ambulanten Versorgung noch nicht ausreichend gewährleistet ist. Sie hat daher

eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um Bürgerinnen und Bürgern mit Behinderungen einen möglichst barrierefreien Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen:

So haben beispielsweise die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die nach den gesetzlichen Regelungen die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen haben, nicht nur zu gewährleisten, dass den Versicherten ein hinreichendes Angebot an barrierefreien Arztpraxen zur Verfügung steht. Sie haben die Versicherten im Internet auch in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen zur Versorgung zu informieren (vgl. § 75 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Die KBV hat hierzu unter Beteiligung der Bundesfachstelle Barrierefreiheit sowie den maßgeblichen Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140f SGB V die Richtlinie zum 1. Januar 2022 in Kraft gesetzt. Die Richtlinie wird regelmäßig überprüft und ggf. angepasst. Die Informationen zur Barrierefreiheit betreffen u. a. bauliche Gegebenheiten, Ausstattungsmerkmale der Praxen und Kommunikationsangebote.

Darüber hinaus hat jede Kassenärztliche Vereinigung zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden, aus dem auch Maßnahmen zur Gewährleistung der Barrierefreiheit finanziert werden können.

7. Wie viele Behandlungen, die aktuell im Krankenhaus durchgeführt werden, sollen nach Einschätzung der Bundesregierung mit dem Wirksamwerden der neuen Regelungen in den §§ 115e und 115f SGB V sowie dem AOP-Vertrag in Zukunft ambulant durchgeführt werden?

Welches Einsparvolumen geht nach Kenntnis der Bundesregierung mit diesen Schritten zur Ambulantisierung einher?

Ob eine Behandlung stationär, teilstationär oder ambulant erbracht wird, hängt vom Einzelfall und der ärztlichen Einschätzung ab. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre, stationsäquivalente oder tagesstationäre Behandlung durch ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Das Ambulantisierungspotenzial, das mit der Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V gehoben werden soll, kann erst nach Vorliegen einer nach § 115f Absatz 1 Satz 1 SGB V zu treffenden Vereinbarung abgeschätzt werden. Für eine genauere Analyse der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung ist die nach § 115f Absatz 5 SGB V vorgesehene Evaluation abzuwarten. Ein Bericht über das Ergebnis der Evaluation ist von den Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V erstmals am 1. April 2024 dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen.

Auch die Regelung zu tagesstationären Behandlungen nach § 115e SGB V sieht in Absatz 5 entsprechend der Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vom 22. September 2022 eine Evaluation vor. Danach haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) dem BMG jeweils zum 30. Juli 2023 und zum 30. Juli 2024 einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß der tagesstationären Behandlung und ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vorzulegen.

8. Hat die Bundesregierung Kenntnis darüber, welche Leistungen der neue AOP-Katalog beinhaltet, die bereits bisher in den früheren AOP-Katalogen enthalten waren, aber nicht ambulant erbracht wurden?

Verfügt die Bundesregierung über Kenntnisse darüber, welche direkten Kosten diese Leistungen verursachen und ob diese Leistungen bei Vergütung entsprechend dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) kostendeckend erbracht werden konnten bzw. können?

Wenn diese Leistungen nicht kostendeckend erbracht werden konnten bzw. können, wie beurteilt die Bundesregierung das Risiko einer Versorgungslücke durch den neuen AOP-Vertrag?

Ob Behandlungen im Einzelfall ambulant oder stationär erbracht wurden, hängt vom Einzelfall, insbesondere von der ärztlichen Einschätzung ab.

Der Gesetzgeber hat die Vereinbarung der Vergütung für das ambulante Operieren (AOP) dem GKV-SV, der DKG und der KBV übertragen. § 115b Absatz 1 Satz 4 SGB V gibt dabei vor, dass die Vergütung nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren ist und auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen zu erfolgen hat. Der EBM wiederum wird durch den GKV-SV und die KBV im Bewertungsausschuss eigenverantwortlich vereinbart. Dabei ist der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 2 SGB V dazu verpflichtet, die im EBM enthaltenen Leistungen, ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander und den für die Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand hinsichtlich des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie der betriebswirtschaftlichen Basis der Leistungserbringung in bestimmten Zeitabständen und unter Berücksichtigung der Besonderheiten der betroffenen Arztgruppen zu überprüfen und anzupassen. Die Bundesregierung geht angesichts dieser gesetzlichen Vorgaben davon aus, dass die Leistungen des AOP-Katalogs kostendeckend erbracht werden können. Kenntnisse über direkte Kosten dieser Leistungen sowie über nicht kostendeckende Leistungserbringung liegen der Bundesregierung nicht vor.

9. Hat die Bundesregierung Kenntnisse darüber, welche Patientengruppen davon betroffen sind, dass durch den neuen AOP-Vertrag Leistungen nur noch im Rahmen sehr eng gesetzter Kontextfaktoren stationär erbracht werden können?
10. Ist der Bundesregierung bewusst, dass u. a. komplizierte endoskopische Untersuchungen nun ambulant erfolgen sollen, selbst wenn sauerstoffpflichtige Lungenerkrankungen oder fortgeschrittene Herzerkrankungen vorliegen?
- Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus diesen Erkenntnissen?
11. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, dass bei bestimmten Leistungen eine schonende weniger invasive Erbringung zugunsten von invasiveren und für die Patientinnen und Patienten belastenderen Eingriffen verdrängt werden können?

Wie sieht die Bundesregierung das Risiko von Fehlanreizen?

Die Fragen 9 bis 11 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen e. V. (DGVS) hat sich mit einem Schreiben vom Januar 2023 zur Ausgestaltung des neu gefassten AOP-Katalogs nach § 115b SGB V an die Bundesregierung gewandt und die Auswirkungen der Neugestaltung der Kontextfaktoren sowie die Vergütung von spezifischen ambulanten Operationen in dem Fachgebiet der DGVS kritisch angesprochen.

Dem BMG obliegt allerdings nur die Rechtsaufsicht, nicht aber die Fachaufsicht über die Selbstverwaltungskörperschaften, die den AOP-Vertrag nach § 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V geschlossen haben. Die Prüfung des neu gefassten AOP-Katalogs durch das BMG erstreckte sich somit auf die Beachtung von Gesetzen und sonstigem Recht, nicht aber auf eine Prüfung nach fachlich-medizinischen Gesichtspunkten, die den Vertragsparteien obliegt. Da keine Bedenken gegen die formelle oder materielle Rechtmäßigkeit der geschlossenen Vereinbarung gesehen wurden, wurde die Genehmigung des neu gefassten AOP-Katalogs am 30. Dezember 2022 durch das BMG erteilt.

Die Zuständigkeit für die Umsetzung der AOP-Reform liegt bei den Selbstverwaltungskörperschaften nach § 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V. Diese haben ihren Auftrag aus § 115b Absatz 1 SGB V zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen. Nachdem eine erste Stufe mit dem vorliegenden erweiterten AOP-Katalog erreicht wurde, ist in einer zweiten Stufe zum 1. Januar 2024 die Einführung von neuen AOP-Regelungen in Verbindung mit Anpassungen des EBM und des Systems der Deutschen Röntgengesellschaft, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e. V. inklusive der konsentierten AOP-Leistungen mit komplexerem Regelungserfordernis durch die Vertragspartner geplant.

Aus der Anlage 2 zum AOP-Vertrag „Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß Anlage 1 erforderlich sein kann (Kontextfaktoren)“ geht hervor, dass bei abweichend von den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren vorliegenden medizinischen oder sozialen Gründen, die dazu führen, dass die Versorgung der Patientin oder des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, diese Gründe bei stationärer Durchführung fallindividuell darzustellen sind. Die Durchführung von stationärer Behandlung ist daher nicht auf das Vorliegen eines Kontextfaktors beschränkt. Hinsichtlich der Anwendung der Kontextfaktoren zur Abgrenzung von ambulanten und stationären Behandlungen haben die Vertragspartner gemäß § 8 Absatz 4 des AOP-Vertrages vom 20. Dezember 2022 zudem vorgesehen, dass diese bis zum 31. Dezember 2024 evaluiert werden und dass auf der Basis der Ergebnisse eine Weiterentwicklung der Kontextfaktoren vorgenommen wird.

Der AOP-Katalog ist gemäß § 115b Absatz 1 Satz 7 SGB V mindestens alle zwei Jahre an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen.

12. Können nach Auffassung der Bundesregierung erfolgreiche Ambulantisierungsmodelle in unseren europäischen Nachbarschaftsländern, auf die das IGES-Gutachten hinweist und im Rahmen derer insbesondere Anreizsysteme wie eine gleich hohe Vergütung ambulanter wie stationärer Eingriffe erfolgreich eingeführt worden sind, auch für Deutschland ein sinnvolles Modell sein?

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wurden bereits der GKV-SV, die DKG und die KBV beauftragt, bis zum 31. März 2023 eine spezielle sektorengleiche Vergütung sowie eine Auswahl von Leistungen des AOP-Katalogs zu vereinbaren, auf die die spezielle sektorengleiche Vergütung unabhängig davon angewendet wird, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird (§ 115f Absatz 1 Satz 1 SGB V).

13. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass die Strukturen für komplexe Eingriffe in der ambulanten Versorgung vorgehalten werden müssen, worauf das IGES-Gutachten hinweist?

Für die Organisation von Arbeits- und Behandlungsabläufen sind die Krankenhäuser eigenverantwortlich zuständig. Die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen obliegt den Ländern. Die Länder entscheiden in eigener Verantwortung, ob und welche Regelungen zur inneren Organisation und Betriebsführung eines Krankenhauses sie erlassen und wie deren Einhaltung kontrolliert wird. Die Bundesregierung hat demgegenüber keine aufsichtsrechtlichen Befugnisse gegenüber einzelnen Krankenhäusern.

14. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die im Begründungstext zum damaligen MDK-Gesetzentwurf gemachte Einschätzung, dass je 1 Prozent der stationären Fälle, die ambulant behandelt werden, Einsparungen in Höhe von rund 120 Mio. Euro für die Krankenkassen erreicht werden können, heute tatsächlich ein?

Werden diese in die ambulante Versorgung reinvestiert?

Die Bundesregierung sieht keine Anhaltspunkte für einen Aktualisierungsbedarf der im Jahr 2019 vorgenommene Schätzung. Grundsätzlich gilt, dass realisierte Einsparungen in der GKV aufgrund von strukturellen Reformen oder anderer effizienzfördernder Maßnahmen den Finanzbedarf der GKV dämpfen und die Beitragszahlenden entlasten. Eine unmittelbare und automatische Reinvestition von eingesparten Ausgaben in einem Bereich in gleicher Höhe in einen anderen Bereich ist gesetzlich nicht vorgesehen.

15. Reicht nach Einschätzung der Bundesregierung der bestehende gesetzliche Rahmen aus, um eine sektorenübergreifende Versorgung mit einer einheitlichen und sachgerechten Vergütung zu schaffen?

Mit der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V wurde der gesetzliche Rahmen für eine sektorenübergreifende Versorgung mit einer einheitlichen Vergütung erst jüngst erweitert. Im Hinblick auf die Frage nach Anpassungsbedarf bleibt insbesondere die Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung abzuwarten. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen.

Darüber hinaus prüft die Bundesregierung laufend, ob sich aus dem Versorgungskontext Anpassungsbedarfe bei den rechtlichen Rahmenbedingungen ergeben.

16. Welche Auswirkungen hat nach Einschätzung der Bundesregierung eine zunehmende ambulante Leistungserbringung, insbesondere auch mit Facharztstandard auf die ärztliche Weiterbildung?

Welche Folgen ergeben sich daraus für die Finanzierung der Weiterbildung?

Zu den Auswirkungen einer zunehmend ambulanten Leistungserbringung auf die ärztliche Weiterbildung liegen der Bundesregierung keine Kenntnisse vor, da für die ärztliche Weiterbildung die Länder zuständig sind, die ihre Zuständigkeit auf die Ärztekammern übertragen haben.