

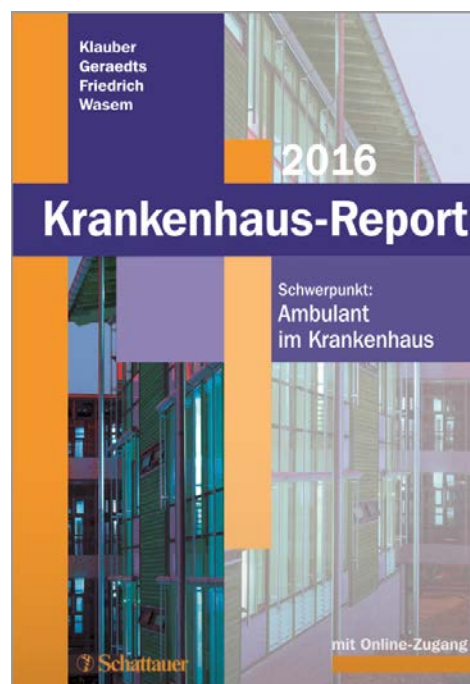
# Krankenhaus-Report 2016

## „Ambulant im Krankenhaus“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 165-179



<b>10</b>	<b>Die fachärztliche Ausstattung der ambulanten Versorgung im Krankenhaus .....</b>	<b>165</b>
	<i>Max Geraedts und Rike Kraska</i>	
10.1	Einführung .....	165
10.2	Gesetzlicher Hintergrund der Gesundheitsversorgung in Krankenhausambulanzen .....	167
10.3	Qualitätsberichte der Krankenhäuser .....	168
10.4	Methodisches Vorgehen .....	169
10.5	Ergebnisse .....	170
10.6	Diskussion .....	177
10.7	Fazit .....	178

# 10 Die fachärztliche Ausstattung der ambulanten Versorgung im Krankenhaus

Max Geraedts und Rike Kraska

## Abstract

Die Ausweitung der ambulanten Tätigkeiten der Krankenhäuser steht in der Diskussion. Während die Krankenhausgesellschaft diese Ausweitung für notwendig erachtet, sprechen die Kassenärzte den Krankenhäusern die Fähigkeit ab, den ambulanten Behandlungsbedarf qualifiziert decken zu können. Vor diesem Hintergrund wurde auf der Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser untersucht, inwieweit Krankenhäuser in denjenigen Fachabteilungen, die ambulante Behandlungsmöglichkeiten vorhalten, durchgängig eine fachärztliche Versorgung garantieren können. Die Analysen, die unter einer eingeschränkten Datenvalidität zu interpretieren sind, weisen darauf hin, dass zwar 95 % dieser Abteilungen eine zumindest ganzjährige, am Tag mindestens achtstündige fachärztliche Versorgung vorhalten, eine 24/7-Versorgung mit Fachärzten können jedoch 39 % der Abteilungen nicht sicherstellen. Um die Patientensicherheit nicht zu gefährden, sollte die Mindestpersonalausstattung der Krankenhäuser mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten festgelegt werden.

The expansion of outpatient services of hospitals is under discussion. Whereas the German Hospital Federation considers an expansion essential, the National Association of Statutory Health Insurance Physicians denies the hospitals' ability to professionally satisfy the demand for outpatient care. Against this background, we used the hospital quality reports to analyse if hospital departments which offer outpatient care can guarantee continuous provision of specialist care. The analyses – which have to be interpreted with caution due to limited data validity – show that whereas 95 % of these departments are able to provide eight hours of specialist care per day, 39 % of them cannot safeguard 24/7 specialist care. In order to avoid jeopardizing patient safety, a minimum physician staffing of hospitals providing outpatient care should be established.

## 10.1 Einführung

Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung wird spätestens seit der Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) im Jahr 2004 äußerst kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite argumentiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), dass die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung vollkommen unnötig sei, da eine qualitativ hochwertige

fachärztliche Versorgung aller ambulanten Patienten allein durch niedergelassene Ärzte fast immer möglich sei (KBV 2015). Darüber hinaus führt die KBV einen in den Krankenhäusern Deutschlands festzustellenden Ärztemangel an, der laut einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) dazu beiträgt, dass die Krankenhäuser gerade in den Bereichen, in denen auch im ambulanten Sektor ein Fachärztemangel existiert, bei Betrachtung des ärztlichen Personals unzureichend ausgestattet sind (ZI 2015).

Auf der anderen Seite argumentiert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), dass die ambulante Versorgung schon heute ohne das Leistungspotenzial der Krankenhäuser nicht mehr aufrechtzuerhalten sei. Zur Beseitigung bestehender Versorgungsdefizite, aber auch zur patientengerechten Weiterentwicklung des Versorgungssystems sei eine Einbindung der DKG in die Bedarfsplanung notwendig (DKG 2011). Als Vorteile der ambulanten Behandlung im Krankenhaus führt die DKG u. a. an: „Patientenbehandlung aus einem Guss; Vermeidung von Doppeluntersuchungen, langen Wegen und Terminproblemen für die Patienten; tief gefächerte diagnostische Möglichkeiten und modernste medizintechnische Ausstattung; Interdisziplinarität und Mehraugenprinzip; Sicherung der Aus- und Weiterbildung der zukünftigen niedergelassenen Ärzte in Disziplinen mit überwiegend ambulanter Leistungserbringung; Synergien durch die Vorhaltung und Nutzung von Kapazitäten und ärztlichen Kompetenzen gleichzeitig für stationäre und ambulante Leistungen“ (DKG 2011).

Gleichzeitig fürchtet die DKG jedoch mögliche ungedeckte Kosten der ambulanten Behandlung im Krankenhaus, sodass hierzu weitreichende Änderungen der Vergütungssystematik gefordert werden. Allein für den Bereich der Notfallversorgung durch Krankenhäuser, der von vielen Patienten außerhalb der Sprechzeiten zur regulären ambulanten Versorgung oder aber zur Notfallversorgung in Anspruch genommen würde, beziffert ein im Auftrag der DKG durchgeführtes aktuelles Gutachten der Management Consult Kestermann GmbH (MCK) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA) die Höhe der ungedeckten Kosten auf 1 Milliarde € pro Jahr. Diese ungedeckten Kosten beruhen auf rund 9 Millionen Fällen pro Jahr, für die durchschnittliche Erlöse von 32 €, jedoch Kosten von 126 € anfielen (Haas et al. 2015).

Sowohl KBV als auch DKG führen an, dass der jeweils andere Akteur zu einer flächendeckenden, wohnortnahen, den Facharztstandard erfüllenden Versorgung nicht in der Lage sei.

Vor diesem Hintergrund wird im vorliegenden Beitrag eine Analyse der fachärztlichen Personalausstattung von Krankenhausabteilungen mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt, die auf den Angaben der Krankenhäuser in den strukturierten Qualitätsberichten des Jahres 2012 beruht. Dabei wird der Frage nachgegangen, inwieweit die somatischen Fachabteilungen der Krankenhäuser und insbesondere diejenigen mit ambulanten Behandlungsmöglichkeiten über eine Personalausstattung verfügen, die eine fachärztliche Versorgung garantiert, das heißt: rund um die Uhr an 365 Tagen (§ 107 SGB V) oder zumindest acht Stunden täglich.

Bevor die Methodik und Ergebnisse dieser Analysen vorgestellt und diskutiert werden, soll vorab noch kurz der gesetzliche Hintergrund zur medizinischen Versorgung in Krankenhausambulanzen sowie zu den strukturierten Qualitätsberichten geschildert werden.

## 10.2 Gesetzlicher Hintergrund der Gesundheitsversorgung in Krankenhausambulanzen

Zunächst sind Krankenhäuser nach § 107 SGB V unter anderem dadurch charakterisiert, dass sie „mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten“. Dabei sieht das SGB V für die Beteiligung von Krankenhäusern bzw. Krankenhausärztinnen und -ärzten an der ambulanten Versorgung neben der Durchführung ambulanter Operationen, vor- und nachstationärer Behandlung oder der Behandlung in Hochschul- oder Institutsambulanzen insbesondere folgende Möglichkeiten vor: die Ermächtigung einzelner qualifizierter Ärzte (§ 116 SGB V), die Ermächtigung zugelassener Krankenhäuser (§ 116a SGB V) bei Unterversorgung und die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V).

Bei der Ermächtigung einzelner Krankenhausärzte schreibt das SGB V vor, dass diese vom Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden können, wenn sie über eine entsprechende abgeschlossene Weiterbildung verfügen und der jeweilige Träger der Einrichtung zustimmt, in der der Arzt tätig ist. Die Voraussetzung für die Ermächtigung besteht darin, dass eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt werden kann.

Die Ermächtigung zugelassener Krankenhäuser durch den Zulassungsausschuss kommt dann infrage, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den Planungsbereichen eine Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 SGB V oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 für das entsprechende Fachgebiet festgestellt hat. Auf Antrag können Krankenhäuser dann so lange und soweit zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden, wie dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst gemäß SGB V „die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern“. In § 116b SGB V werden eine Reihe von Krankheiten aufgeführt, wobei hierunter „schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen“ zu zählen sind. Die Spezifizierung dieses Kataloges und genaue Anforderungen zu den jeweils vorzuhaltenden Behandlungsstrukturen und zum Behandlungsumfang werden in der entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses genannt. Erfüllt ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus die maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen, kann es dem erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gegenüber unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen, dass es diese Leistungen erbringen wird. Der erweiterte Landesausschuss überprüft die Voraussetzungen und kann die Leistungserbringung gegebenenfalls versagen.

Eine der wesentlichen Anforderungen an die Leistungserbringung stellt dabei die Vorhaltung der jeweils zur Behandlung notwendigen Fachärzte dar. Dies gilt im Allgemeinen nicht nur für die Behandlung nach § 116b, sondern gemäß der wiederholten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs für jegliche Behandlung im Krankenhaus. Demnach hat ein Patient einen Anspruch auf eine ärztliche Behandlung, die dem Stand eines erfahrenen Facharztes entspricht (BGH, NJW 1996, 77). Dabei spricht man oft von dem sogenannten Facharztstandard, der einzuhalten ist. Die Rechtsprechung differenziert jedoch dahingehend, dass je nach den Versorgungsstufen nicht erwartet werden kann, dass beispielsweise ein Haus der Grund- und Regelversorgung spezielle Abteilungen und auch Fachärzte für jede Subspezialisierung im Sinne des Facharztstandards vorhält (BGH, NJW 1988, 1511 ff.). Genauso wird nicht erwartet, dass im Bereitschaftsdienst in Häusern der Grund- und Regelversorgung die Patientenbehandlung nur durch Fachärzte selbst stattfindet. Stattdessen wird gefordert, dass Fachärzte in Rufbereitschaft innerhalb von höchstens 15 Minuten zur Verfügung stehen müssen. In Universitätskliniken dagegen wird erwartet, dass Fachärzte immer vor Ort zur Verfügung stehen, da bei den zu erwartenden komplizierteren Krankheitsfällen nur so der Facharztstandard bei der Behandlung einzuhalten ist.

### 10.3 Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Beginnend mit dem Berichtsjahr 2004 sind alle zugelassenen Krankenhäuser Deutschlands verpflichtet, einen gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) strukturierten Qualitätsbericht abzugeben. Die Berichtspflicht bestand bis 2012 zunächst alle zwei Jahre, ab dem Berichtsjahr 2013 müssen die Krankenhäuser jährlich solche Berichte erstellen. Struktur und Inhalte der Qualitätsberichte werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss kontinuierlich angepasst und in einer entsprechenden Richtlinie im Bundesanzeiger veröffentlicht (G-BA 2015). Sehr detailliert werden Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses und der einzelnen Organisations- und Fachabteilungen aufgeführt. Zudem finden sich Angaben zur Teilnahme an externen Qualitätssicherungsverfahren inklusive der krankenhausesindividuellen Ausprägungen von mehr als 300 Qualitätsindikatoren sowie Angaben zum internen Qualitätsmanagement.

Unter den Angaben zu den Fachabteilungen sind deren Bezeichnung sowie der Fachabteilungsschlüssel, das medizinische Leistungsangebot, die hauptsächlich behandelten Diagnosen sowie durchgeführten Prozeduren, die Ausstattung mit Personal und dessen Qualifikation sowie die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten zu finden.

Bei den ambulanten Behandlungsmöglichkeiten können laut Ausfüllanleitung des G-BA „grundsätzlich alle ambulanten ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten unabhängig von der gesetzlichen oder vertraglichen Grundlage und der Art der Abrechnung dargestellt werden“ (G-BA 2015). Die entsprechenden Ambulanzarten sind aus einer Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ auszuwählen. Die jeweils ambulant angebotenen Leistungen sind aus einer Auswahlliste für die fachabteilungsbezogenen medizinischen Leistungsangebote auszuwählen. Werden

Leistungen nach § 116b SGB V (ambulante spezialfachärztliche Versorgung) angeboten, dann müssen diese gesondert aufgeführt werden.

## 10.4 Methodisches Vorgehen

Ausgangsmaterial der vorliegenden Analysen waren die Qualitätsberichte der Krankenhäuser zum Berichtsjahr 2012. Insgesamt lagen 2 171 Berichte vor, wovon 194 als Gesamtberichte von Krankenhausverbänden klassifiziert waren und 1 977 Berichte von Krankenhäusern bzw. Krankenhausstandorten stammten. Diejenigen Standortberichte, die nicht die jeweils standortspezifischen Daten, sondern fälschlicherweise nur die Daten des gesamten Krankenhausverbundes berichteten, mussten aus der Analyse ausgeschlossen werden, da diesen keine individuellen Daten zuzuordnen waren; zudem wurden Berichte ohne Angaben zur ärztlichen Personalausstattung entfernt (zusammen N = 231). Damit verblieben 1 746 Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte. Darunter befanden sich 203 Krankenhäuser, die keine Fachabteilung mit einer von zwölf bei den Analysen berücksichtigten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten angegeben hatten (s. Tabelle 10–1). Unter den 16 im Auswahlménü der strukturierten Qualitätsberichte vorgesehenen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten wurden vier von den Ana-

10

Tabelle 10–1

**Anzahl Krankenhäuser inklusive Anzahl Fachabteilungen, die im Jahr 2012 über eine der zwölf analysierten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten verfügten**

	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Abteilungen <sup>#</sup>
AM01 Hochschulambulanz	71	935
AM04 Ermächtigungsambulanz	1 036	3 828
AM05 Ermächtigung zur ambulanten Behandlung	329	693
AM06 Bestimmung zur ambulanten Behandlung (§ 116b)	281	756
AM08 Notfallambulanz (24 h)	1 186	5 202
AM09 D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	972	1 257
AM10 Medizinisches Versorgungszentrum	330	797
AM11 Vor- und nachstationäre Leistungen	1 063	4 450
AM12 Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung	156	216
AM13 Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge)	23	42
AM14 Ambulanz im Rahmen von DMP	128	170
AM15 Belegarztpraxis im Krankenhaus	291	521
<b>Insgesamt</b>	<b>1 543</b>	<b>8 761</b>

<sup>#</sup> Mehrfachnennungen möglich, d. h. bei einer Angabe „Innere Medizin und Intensivmedizin“ wurden beide Abteilungen einzeln berücksichtigt

lysen ausgeschlossen, da diese entweder nicht-somatische oder nicht überwiegend ärztliche Fachgebiete waren oder aber nicht GKV-Patienten betrafen (AM02: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V; AM03: Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V; AM07: Privatambulanz; AM16: Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V).

Aus den für die Analysen verbliebenen 1 543 Krankenhaus-Qualitätsberichten wurden die Angaben zur Anzahl der Fachärzte und Belegärzte pro Fachabteilung extrahiert, für die eine ambulante Behandlungsmöglichkeit aufgeführt war.

Um die zeitliche Verfügbarkeit von Fachärzten in den Fachabteilungen und Ambulanzen zu quantifizieren, wurde der Personalbedarf für eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung wie folgt berechnet: Bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von acht Stunden pro Tag und 230 Tagen pro Jahr steht ein Arzt 1 840 Stunden pro Jahr zur Verfügung. Für eine 24-stündige, an 365 Tagen gewährleistete Versorgung müssten 8 760 Stunden Anwesenheit eines Arztes pro Jahr gefordert werden. Damit sind 4,7 Ärzte (8 760 h/1 840 h) für eine dauerhafte ärztliche Versorgung notwendig. Soll zumindest für acht Stunden pro Tag an 365 Tagen eine ärztliche Versorgung garantiert werden, dann sind 1,6 Ärzte notwendig ( $365 \cdot 8 = 2 920$  h/1 840 h). Pro Fachabteilungsart und Ambulanzart wurde der anteilige Erfüllungsgrad für diese beiden Personalausstattungen berechnet. Als mittlerer Ausprägungsgrad wurde zudem eine Personalausstattung von drei Fachärzten pro Fachabteilungs- bzw. Ambulanzart analysiert, womit eine Annäherung an eine minimale Ausstattung mit sowohl stationär als auch in der Ambulanz tätigen Fachärzten an acht Stunden täglich ausgedrückt werden sollte.

Als weitere Differenzierung wurde der Erfüllungsgrad dieser drei Personalausstattungen für die drei Krankenhaussträgergruppen (öffentlich, freigemeinnützig, privat), die Krankenhausgrößenklassen (<100, 100–200, 201–300, 301–500, >500) und die Regionen (Nordwest = SH, HH, HB, NI, NW; Ost = MV, BE, BB, SN, ST, TH; Süd = HE, RP, SL, BY, BW) analysiert. Eventuelle Unterschiede in der Personalausstattung zwischen diesen Kategorien wurden per Chi<sup>2</sup>-Test abgesichert.

## 10.5 Ergebnisse

Die in den Analysen berücksichtigten 1 543 Krankenhäuser gaben für das Jahr 2012 insgesamt 8 761 Fachabteilungen mit mindestens einer der zwölf ambulanten Behandlungsmöglichkeiten an, wobei solche Abteilungen, die mehrere Fachabteilungsbezeichnungen im Namen führen, jeweils doppelt gezählt wurden (Tabelle 10–1). Als häufigste ambulante Behandlungsmöglichkeiten nannten die Krankenhäuser Notfallambulanzen, vor- und nachstationäre Leistungen sowie Ermächtigungsambulanzen (persönliche Chefarztermächtigung). Betrachtet man das Verhältnis zwischen der Anzahl der Abteilungen mit einer Ambulanz pro Ambulanzart und Krankenhaus, dann fand sich die niedrigste Ausprägung bei den DMP-Ambulanzen mit einem Faktor von 1,3 Abteilungen mit einer solchen Ambulanz pro Krankenhaus und die höchste Ausprägung bei den Hochschulambulanzen mit 13 Abteilungen pro Krankenhaus, das eine solche Ambulanz führt.

Tabelle 10–2

**Anzahl Krankenhäuser und Anzahl Fachabteilungen mit mindestens einer Ambulanz je medizinisches Fachgebiet**

	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Abteilungen <sup>#</sup>
1 Innere Medizin	1 182	2 110
2 Geriatrie und Rheumatologie	143	158
3 Spezialisierung-Innere Medizin	357	691
4 Pädiatrie	347	533
5 Chirurgie	1 113	1 466
6 Unfallchirurgie	493	529
7 Spezialisierung-Chirurgie	413	661
8 Urologie	392	415
9 Orthopädie	404	464
10 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	724	876
11 HNO	340	351
12 Augenheilkunde	169	174
13 Neurologie	328	347
14 Psychiatrie	252	370
15 Dermatologie	101	103
16 Zahn- und Kieferheilkunde	112	116
17 Intensivmedizin	318	530
18 Sonstige	164	250
<b>Insgesamt</b>	<b>1 543</b>	<b>8 761</b>

<sup>#</sup> Mehrfachnennungen möglich, d. h. bei einer Angabe „Innere Medizin und Intensivmedizin“ wurden beide Abteilungen einzeln berücksichtigt

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

10

Tabelle 10–2 spiegelt eine andere Betrachtungsweise wider, nämlich die Anzahl an Krankenhäusern und Abteilungen der unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen, die mindestens eine ambulante Behandlungsmöglichkeit angaben. Wie nicht anders zu erwarten, führten die meisten Krankenhäuser Abteilungen der Inneren Medizin und der Chirurgie auf, in denen auch ambulante Behandlungsmöglichkeiten existierten. Die geringste Anzahl an ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in Krankenhäusern fand sich im Bereich der Dermatologie. Zu beachten ist, dass die hier aufgeführten intensivmedizinischen Abteilungen vermutlich nicht selbst über eine ambulante Behandlungsmöglichkeit verfügen, sondern aufgrund der Mehrfachnennungen als Teil einer anderen Fachabteilung, die auch ambulant versorgt, in den Qualitätsberichten aufgeführt werden. Die von den Krankenhäusern in den Qualitätsberichten gemachten Angaben zur ärztlichen Ausstattung beziehen sich dann auf diese gemeinsam aufgeführten Abteilungen, zum Beispiel für „Innere Medizin und Intensivmedizin“.

Tabelle 10–3 gibt einen Überblick zur Personalausstattung derjenigen Abteilungen, die über mindestens eine der Ambulanzarten verfügten. Demnach gaben mehr



Tabelle 10–3

**Facharztausstattung der Abteilungen mit mindestens einer Ambulanz**

Fachärzte	0–1	>1–2	>2–3	>3–4	>4–5	>5	Insgesamt
N	335	669	979	1 076	1 123	4 579	8 761
%	3,8	7,6	11,2	12,3	12,8	52,3	100

Krankenhaus-Report 2016

Wido

als die Hälfte aller Krankenhausabteilungen, die mindestens eine der genannten Ambulanzarten betrieben, eine Ausstattung mit mehr als fünf Fachärzten an. 23 % besaßen eine Personalausstattung von bis zu drei Fachärzten. Dabei ist zu beachten, dass diese Ambulanzen größtenteils nicht isoliert betrachtet werden können, sondern zusätzlich zur jeweiligen stationären Versorgungsaufgabe ärztlich ausgestattet sein müssen. Wie viele der Fachärzte jeweils stationär gebunden sind und wie viele für die Arbeit in den Ambulanzen zur Verfügung stehen, lässt sich aufgrund der Angaben in den Qualitätsberichten nicht zuordnen.

In Anbetracht dieser Größenordnungen sind die in Tabelle 10–4 dargestellten fachärztlichen Personalausstattungen für eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung bzw. mindestens achtstündige ganzjährige Versorgung der Patienten verständlich. Unter den insgesamt 8 761 Abteilungen mit mindestens einer Ambulanz erfüllten 39 % nicht das Kriterium einer Ausstattung mit mindestens 4,7 Fachärzten, womit ganzjährig rund um die Uhr eine Patientenversorgung mit Fachärzten ermöglicht würde (s. Tabelle 10–4). Dagegen verfügten 95,1 % der Abteilungen mit Ambulanzen über mindestens 1,6 Fachärzte, sodass zumindest ganzjährig an acht Stunden am Tag ein Facharzt in der Abteilung für die ambulante und stationäre Versorgung der Patienten zur Verfügung steht. Die mittlere Ausprägung mit mindestens drei Fachärzten pro Abteilung mit Ambulanz wurde im Jahr 2012 von 77,4 % aller Abteilungen erfüllt.

Betrachtet man die Krankensebene, dann werden hier geringere Werte für die Personalausstattung deutlich. Gemessen wird hier, ob ein Krankenhaus in jeder Abteilung mit ausgewiesener Ambulanz über die betrachtete Personalausstattung verfügt. Über alle Abteilungen mit Ambulanzen hinweg besaßen nur 22,7 % der Krankenhäuser eine Ausstattung von mindestens 4,7 Fachärzten, 38,9 % hatten mindestens drei und 78,8 % mindestens 1,6 Fachärzte in jeder ihrer ambulanzführenden Abteilungen (Tabelle 10–4).

In den Tabellen 10–5 und 10–6 wird dieser Erfüllungsgrad für die verschiedenen Ambulanzarten und die verschiedenen Fachabteilungen aufgeschlüsselt. Hier zeigte sich, dass sich der Anteil der Abteilungen, die die verschiedenen Personalausstattungsvorgaben nicht erfüllten, zwischen den Ambulanz- und Fachabteilungsarten stark unterschied. Zudem wird deutlich, wie viele Krankenhäuser bei mindestens einer ihrer ambulanzführenden Abteilungen die jeweilige Personalausstattung nicht erreichten.

Wenn man die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten auf der Abteilungsebene betrachtet, erreichten die Hochschulambulanzen den höchsten Erfüllungsgrad der drei gewählten Facharztausstattungen. Betrachtet man dagegen die Krankensebene, dann scheint es so zu sein, dass 57,8 % der Krankenhäuser, die Hochschul-

Tabelle 10–4

**Anzahl und Anteil der Abteilungen und Krankenhäuser, die eine Facharztausstattung von 4,7/3,0/1,6 in jeder Abteilung mit Ambulanzen erfüllen bzw. nicht erfüllen**

Facharztausstattung (N)	Ausstattung vorhanden	Anzahl Abteilungen	Anzahl Krankenhäuser
≥4,7	Nein	N	3 417
		%	39,0
	Ja	N	5 344
		%	61,0
≥3,0	Nein	N	1 983
		%	22,6
	Ja	N	6 778
		%	77,4
≥1,6	Nein	N	428
		%	4,9
	Ja	N	8 333
		%	95,1
<b>Insgesamt</b>		<b>N</b>	<b>8 761</b>
			<b>1 543</b>

Krankenhaus-Report 2016

WlD0

10

ambulanzen führen, in mindestens einer dieser Ambulanzen keine 24/7-Ausstattung mit Fachärzten garantieren konnten. Sowohl auf der Abteilungs- als auch Krankenhausebene als sehr gut ausgestattet erwiesen sich Ambulanzen im Rahmen von DMP und integrierten Versorgungsverträgen, D-Arzt-Ambulanzen und Ambulanzen, die nach § 116b zur ambulanten Behandlung bestimmt sind.

Wie zu erwarten, verfügten Krankenhäuser mit einer Belegarztpraxis sehr häufig über keine durchgängige fachärztliche Versorgung, da die hauptsächlich verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte zusätzlich im niedergelassenen Bereich tätig sind. Bemerkenswert sind jedoch die Angaben zu den Notfallambulanzen: Hier zeigte sich, dass bei Betrachtung der Abteilungsebene 36% keine 24/7-Facharztausstattung garantieren konnten, auf der Krankenhausebene waren dies sogar 68,2% (Tabelle 10–5).

Betrachtet man den Erfüllungsgrad der verschiedenen Facharztausstattungen in ambulanzenführenden Abteilungen innerhalb der jeweiligen Fachgebiete, so konnten rund die Hälfte der Abteilungen für Geriatrie und Rheumatologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Augenheilkunde und Zahn- und Kieferheilkunde auf der Abteilungsebene keine 24/7-Facharztausstattung garantieren. Ein ähnliches Bild zeigte sich auch bei Betrachtung der Krankenhausebene, wobei hier noch Krankenhäuser mit pädiatrischen Fachabteilungen hinzukamen, die nicht in allen ihren Abteilungen eine solche ganzjährige fachärztliche Versorgung sicherstellen konnten (Tabelle 10–6). Der weitaus größte Teil aller Abteilungen verfügte jedoch über eine Facharztausstattung  $\geq 1,6$ , womit ganzjährig zumindest an acht Stunden pro Tag Fachärzte zugegen sind. Unter den Abteilungen, die diese Versorgung am wenigsten garantieren konnten, fanden sich wiederum die Abteilungen für Geriatrie und Rheumatologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Augen-

Tabelle 10–5

**Anteil der Abteilungen bzw. Krankenhäuser, die eine Facharztausstattung in den einzelnen Ambulanzen bzw. in allen diesen Ambulanzen und zugehörigen Abteilungen von  $\geq 1,6/\geq 3/\geq 4,7$  nicht erreichen**

Ambulanzarten	Abteilungen, in denen die Facharztanzahl in den einzelnen Ambulanzen nicht erreicht wird (in %)			Krankenhäuser, in denen die Facharztanzahl in mindestens einer Ambulanz nicht erreicht wird (in %)		
	$\geq 1,6$	$\geq 3$	$\geq 4,7$	$\geq 1,6$	$\geq 3$	$\geq 4,7$
Facharztanzahl	$\geq 1,6$	$\geq 3$	$\geq 4,7$	$\geq 1,6$	$\geq 3$	$\geq 4,7$
AM01 Hochschulambulanz	1,0	7,2	14,1	11,3	42,3	57,8
AM04 Ermächtigungsambulanz	2,5	17,1	34,5	8,1	40,8	64,1
AM05 Ermächtigung zur ambulanten Behandlung	2,0	18,5	35,5	4,3	32,2	52,0
AM06 Bestimmung zur ambulanten Behandlung	1,7	11,8	24,1	4,6	24,9	43,8
AM08 Notfallambulanz (24h)	3,0	18,5	36,0	11,2	47,2	68,2
AM09 D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	2,2	14,2	31,2	2,8	15,7	33,9
AM10 Medizinisches Versorgungszentrum	8,4	25,5	41,0	16,7	42,4	59,1
AM11 Vor- und nachstationäre Leistungen	3,1	18,9	35,7	10,8	46,4	67,3
AM12 Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V	2,3	12,5	22,7	3,2	13,5	26,3
AM13 Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge)	0,0	11,9	23,8	0,0	21,7	30,4
AM14 Ambulanz im Rahmen von DMP	0,6	12,9	24,7	0,8	15,6	28,9
AM15 Belegarztpraxis im Krankenhaus	22,5	66,8	77,0	34,7	75,3	82,8

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

heilkunde und Zahn- und Kieferheilkunde. Bemerkenswert stellt sich bei dieser Betrachtung die Intensivmedizin dar. Die hier aufgeführten 530 intensivmedizinischen Abteilungen in 318 Krankenhäusern (s. Tabelle 10–2), die aufgrund der Mehrfachnennungen vermutlich alle als Teil einer anderen Fachabteilung in den Qualitätsberichten aufgeführt wurden, verfügten zu 16,4% bei Betrachtung der Abteilungsebene und zu 17,9% bei Betrachtung der Krankenhausebene nicht über eine Rund-um-die-Uhr-Facharztausstattung. Dabei muss bedacht werden, dass sich die Angaben der Krankenhäuser zur ärztlichen Ausstattung der Abteilungen in den Qualitätsberichten jeweils auf die gemeinsam aufgeführte Abteilung, also zum Beispiel „Innere Medizin und Intensivmedizin“, beziehen. Bei den hier aufgeführten Berechnungen wurden diese ärztlichen Ausstattungsangaben doppelt gezählt, d. h. jeder Abteilung zugeordnet. Der Erfüllungsgrad der fachärztlichen Ausstattung muss also als konservative Schätzung interpretiert werden, wobei der wahre Erfüllungsgrad bei kombinierten Fachabteilungen unterhalb der hier aufgeführten Werte anzusiedeln ist.

Tabelle 10–7 schlüsselt die Facharztausstattung in Abhängigkeit von den Krankenhauscharakteristika Trägerschaft, Bettenzahl und Region auf. Bei der Trägerschaft fällt auf, dass Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft signifikant häufiger die Anforderungen an die Facharztausstattung erfüllten – sowohl bei Betrachtung der Abteilungsebene als auch der Krankenhausebene, wobei bei letzter-

Tabelle 10–6

**Anteil der Abteilungen bzw. Krankenhäuser, die eine Facharztausstattung in den einzelnen Ambulanzen bzw. in allen diesen Ambulanzen und zugehörigen Abteilungen von  $\geq 1,6/\geq 3/\geq 4,7$  nicht erreichen**

Abteilungsarten <sup>#</sup>	Abteilungen, in denen die Facharztanzahl in den einzelnen Ambulanzen nicht erreicht wird (in %)			Krankenhäuser, in denen die Facharztanzahl in mindestens einer Ambulanz nicht erreicht wird (in %)		
	$\geq 1,6$	$\geq 3$	$\geq 4,7$	$\geq 1,6$	$\geq 3$	$\geq 4,7$
1 Innere Medizin	3,5	19,2	35,5	5,3	27,7	46,6
2 Geriatrie und Rheumatologie	10,1	32,3	53,8	10,5	32,9	51,8
3 Spezialisierung-Innere Medizin	3,2	14,5	26,9	5,9	23,5	39,8
4 Pädiatrie	2,8	19,9	37,9	4,3	28,0	49,6
5 Chirurgie	2,5	17,1	34,4	3,3	18,8	36,2
6 Unfallchirurgie	2,8	11,3	26,8	2,8	11,2	26,6
7 Spezialisierung-Chirurgie	3,2	20,7	38,6	5,1	29,3	51,1
8 Urologie	3,9	26,7	44,3	4,1	27,3	44,1
9 Orthopädie	2,2	14,9	29,1	2,2	16,1	30,9
10 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,7	29,0	49,0	6,4	29,7	50,1
11 HNO	16,5	47,9	60,7	16,8	47,9	60,9
12 Augenheilkunde	8,6	35,1	48,9	8,9	35,5	49,7
13 Neurologie	2,6	12,1	32,0	2,4	11,9	32,6
14 Psychiatrie	6,8	24,9	38,1	8,3	30,6	45,2
15 Dermatologie	4,9	30,1	44,7	5,0	30,7	44,6
16 Zahn- und Kieferheilkunde	16,4	40,5	53,4	16,1	40,2	53,6
17 Intensivmedizin	0,8	8,5	16,4	0,9	10,7	17,9
18 Sonstige	15,6	44,8	62,8	22,0	57,9	77,4

<sup>#</sup> Mehrfachnennungen möglich, d.h. bei einer Angabe „Innere Medizin und Intensivmedizin“ wurden beide Abteilungen einzeln berücksichtigt und die Facharztzahlen doppelt zugeordnet

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

rer erst bei der Rund-um-die-Uhr-Versorgung signifikante Unterschiede deutlich wurden.

Im Hinblick auf die Bettenzahl wundert es zunächst nicht, dass bei Betrachtung der Abteilungsebene Krankenhäuser mit einer größeren Bettenzahl die Facharztausstattungsmerkmale eher erfüllten als kleinere Krankenhäuser. Betrachtet man jedoch die Krankenhausebene, dann fällt auf, dass größere Krankenhäuser häufiger einzelne Abteilungen besaßen, die ambulante Behandlungsmöglichkeiten anführten und nicht die jeweiligen Facharztausstattungen erreichten.

Der Erfüllungsgrad der Facharztausstattungsanforderungen unterschied sich zwischen den Regionen Deutschlands nur geringfügig. Nur in Bezug auf eine Facharztausstattung auf der Abteilungsebene von  $\geq 1,6$  oder  $\geq 3$  ist festzustellen, dass im Süden häufiger Krankenhäuser zu finden waren, die diese Facharztausstattungen nicht erfüllten. Dieses Ergebnis ist im Zusammenhang mit der durchschnittlich ge-

ringeren Größe der Krankenhäuser im Süden zu interpretieren. Im ausgewerteten Datensatz war der Anteil von Krankenhäusern mit weniger als 200 Betten im Süden mit 59,2% aller Krankenhäuser am höchsten; im Nordwesten Deutschlands fielen nur 33,4% der Krankenhäuser in diese Kategorie, im Osten 45,7%.

Tabelle 10–7

**Anteil der Abteilungen bzw. Krankenhäuser, die eine Facharztausstattung in den einzelnen Ambulanzen bzw. in allen diesen Ambulanzen und zugehörigen Abteilungen von  $\geq 1,6/\geq 3/\geq 4,7$  nicht erreichen, in Abhängigkeit von den Krankenhauscharakteristika Trägerschaft, Bettenanzahl und Region**

Krankenhauscharakteristika	Abteilungen, in denen Facharztanzahl in den einzelnen Abteilungen mit Ambulanzen <u>nicht</u> erreicht wird (in %)			Krankenhäuser, in denen Facharztanzahl in mindestens einer Abteilung mit Ambulanz <u>nicht</u> erreicht wird (in %)		
	$\geq 1,6$	$\geq 3$	$\geq 4,7$	$\geq 1,6$	$\geq 3$	$\geq 4,7$
<b>Facharztanzahl</b>	$\geq 1,6$	$\geq 3$	$\geq 4,7$	$\geq 1,6$	$\geq 3$	$\geq 4,7$
<b>Krankenhaussträgerschaft (p-Wert <math>\chi^2</math>-Test)</b>	p<0,05	p<0,00	p<0,05	p>0,05	p>0,05	p<0,01
<b>Öffentlich</b>	N 165	731	1282	119	347	446
	% 4,2	18,5	32,5	21,4	62,4	80,2
<b>Freigemeinnützig</b>	N 176	817	1445	136	398	503
	% 5,3	24,8	43,8	21,1	61,7	78
<b>Privat</b>	N 87	435	690	72	198	244
	% 5,8	28,8	45,7	21,1	57,9	71,4
<b>Krankenhausbettenzahl (p-Wert <math>\chi^2</math>-Test)</b>	p<0,00	p<0,00	p<0,00	p>0,05	p<0,00	p<0,00
<b>0–100</b>	N 67	239	336	51	147	178
	% 13,2	47	66	20,6	59,3	71,8
<b>&gt;100–200</b>	N 139	637	1098	103	298	388
	% 4,4	20,1	34,6	19,4	56,2	73,2
<b>&gt;200–300</b>	N 66	356	646	56	166	229
	% 4,9	26,6	48,4	19,4	57,6	79,5
<b>&gt;300–500</b>	N 104	486	870	77	226	276
	% 4,6	21,6	38,6	23,2	68,1	83,1
<b>&gt;500</b>	N 52	265	467	40	106	122
	% 3,5	17,8	31,3	27,6	73,1	84,1
<b>Region (p-Wert <math>\chi^2</math>-Test)</b>	p<0,01	p<0,01	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
<b>Nord-West</b>	N 144	704	1291	116	366	462
	% 4,3	20,9	38,3	19,5	61,5	77,7
<b>Süd</b>	N 201	826	1340	148	383	485
	% 5,9	24,4	39,7	23	59,5	75,3
<b>Ost</b>	N 83	453	786	63	194	246
	% 4,1	22,5	39,1	20,7	63,8	80,9

## 10.6 Diskussion

Die fachärztliche Ausstattung der ambulanten Versorgung im Krankenhaus in Deutschland entspricht bei vielen Ambulanzen und in vielen medizinischen Fachgebieten sicher nicht den Erwartungen der Patienten. Patienten gehen üblicherweise davon aus, dass sie – wie auch im ambulanten Sektor – in Krankenhäusern von Fachärzten versorgt werden. Rund um die Uhr und ganzjährig konnten jedoch 39 % der Abteilungen, die im Jahr 2012 eine ambulante Behandlungsmöglichkeit angeben, aufgrund ihrer Personalausstattung keine fachärztliche Versorgung garantieren. In 77 % aller Krankenhäuser war zumindest eine der Abteilungen, die auch eine ambulante Versorgung anboten, nicht zu einer solchen 24/7-Versorgung imstande. Dies traf auch auf die 24-stündig betriebenen Notfallambulanzen zu, die zu 36 % nicht über eine ständige fachärztliche Besetzung verfügten. Nimmt man dagegen eine zumindest ganzjährige, am Tag mindestens achtstündige fachärztliche Versorgung als Maßstab, dann waren mit 95 % fast alle Abteilungen dazu imstande. Schaut man sich die Fachgebiete an, bei denen eher keine durchgängige fachärztliche Versorgung erwartet werden kann, dann handelt es sich um verhältnismäßig kleine Fachgebiete wie beispielsweise die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Augenheilkunde, Zahn- und Kieferheilkunde, aber oftmals auch die Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Im Hinblick auf die Krankenhauscharakteristika waren signifikante Unterschiede insofern festzustellen, dass Krankenhäuser mit einer geringeren Bettenzahl, in privater Trägerschaft und solche im Süden Deutschlands eher eine geringere Facharztausstattung aufwiesen.

Bei der Interpretation der Daten ist zu bedenken, dass das verwendete Datenmaterial keine Differenzierung in der Hinsicht zulässt, dass genau gesagt werden kann, wie die Aufteilung der für eine Abteilung angegebenen Fachärzte auf die ambulante und die stationäre Tätigkeit erfolgt. In den Qualitätsberichten werden nur die Anzahl der Ärzte insgesamt und darunter die Zahl der Fachärzte sowie die Zahl der Belegärzte angegeben. Zudem werden die vorhandenen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten berichtet. Da man nicht davon ausgehen kann, dass alle Fachärzte einer Abteilung zunächst einmal die ambulante Versorgung in den Krankenhäusern gewährleisten, wird der in den Analysen genannte Erfüllungsgrad der fachärztlichen Personalausstattung sicher eine Überschätzung darstellen. Der Facharztstandard muss nun einmal auch bei der stationären Versorgung sichergestellt werden, wobei insbesondere bei invasiven, vor allem operativen Prozeduren eine ständige Überwachung der in der Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte garantiert sein sollte.

Eine weitere Differenzierung, die bei den vorliegenden Analysen vernachlässigt wurde, stellt die Berücksichtigung der Fallzahl und Fallschwere der jeweils behandelten Patienten dar. Zwar gibt es keine Anhaltzahlen dafür, welche ärztliche Personalausstattung pro ambulante oder stationäre im Krankenhaus behandelten Patienten gegeben sein muss. Dennoch ist klar, dass bei einer höheren Fallzahl oder komplexeren Patientenfällen eine bessere Personalausstattung notwendig ist. Diese Tatsache wurde bei den Analysen nicht berücksichtigt. Stattdessen beziehen sich die Analysen auf die reine Vorhaltung einer bestimmten Personalausstattung, die ohne Berücksichtigung der Patientenzahlen notwendig ist, um eine Abdeckung von acht Stunden jeden Tag oder aber rund um die Uhr gewährleisten zu können. Inso-

fern fordert auch diese Einschränkung der Analysen, die Ergebnisse nur als konservative Schätzung zu interpretieren. Die tatsächliche fachärztliche Personalausstattung in Krankenhäusern wird vermutlich noch geringer sein als in den vorliegenden Analysen dargestellt.

Zuletzt muss einschränkend erwähnt werden, dass die Analysen auf den Krankenhausangaben zur fachärztlichen Ausstattung der Abteilungen fußen. Diese Angaben, von denen die Öffentlichkeit erwartet, dass man sich darauf verlassen kann, müssen aber mit Vorsicht betrachtet werden. Beim Vergleich der Summe der Fachärzte über alle Abteilungen hinweg mit den Angaben der Krankenhäuser zur Gesamtzahl der Fachärzte im Krankenhaus stimmten nur 35,5% der Zahlen überein. Zu 88% gaben die Krankenhäuser eine höhere Gesamtzahl an; bei rund 50% der Krankenhäuser betrug die Abweichung der Zahlen mehr als 10%.

## 10.7 Fazit

Die Angaben in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zur fachärztlichen Personalausstattung von Abteilungen, die ambulante Behandlungsmöglichkeiten anbieten, lassen den Schluss zu, dass viele Abteilungen über einen zu geringen Facharztschlüssel verfügen. Eine Versorgung nach Facharztstandard in den Ambulanzen und gleichzeitig auf den Stationen der Krankenhäuser scheint vielerorts nicht möglich zu sein.

Voreilige Schlussfolgerungen sollten aus dieser Feststellung jedoch nicht gezogen werden. Zunächst muss sichergestellt sein, dass das verwendete Datenmaterial valide ist. Die hohe Zahl der Krankenhäuser, deren Facharztzahl im Gesamtkrankenhaus weit entfernt von der Summe der Facharztzahlen in den Abteilungen liegt, lässt vermuten, dass die Validität optimiert werden könnte. Dies sollte im Rahmen einer Eingangsprüfung durch den G-BA sichergestellt werden, der offensichtlich unplausible Daten so lange an die Krankenhäuser zurückweisen sollte, bis die Daten stimmen. Dabei sollte dafür gesorgt werden, dass auch die Belegärzte in Form von Vollzeitäquivalenten angegeben werden, was bisher nicht der Fall zu sein scheint. Um die Aussagekraft der Qualitätsberichte im Hinblick auf die Personalausstattung der Fachabteilungen weiter zu erhöhen, könnte zudem als neue Anhaltszahl die Berufserfahrung des vorhandenen Personals erfasst werden, zum Beispiel in Form der Jahre nach der Approbation bzw. Jahre nach der Facharztanerkennung oder der Pflegeausbildung.

Gesetzt den Fall, die berichteten Daten stimmen, dann bieten sich verschiedene Möglichkeiten zum Umgang mit diesem Problem. Zu diskutieren wäre zum einen, ob die Vielzahl der Abteilungen mit Ambulanzen und die Diversifizierung der Ambulanzen, wie sie gerade in größeren Kliniken anzutreffen ist, überhaupt notwendig ist. Hier wäre es vielleicht günstiger, von spezialisierten Sprechstunden innerhalb größerer Ambulanzen zu sprechen, die dann eine 24/7-Versorgung für das Fachgebiet, nicht aber für jede Subspezialisierung garantieren können. Daneben sollte eruiert werden, inwieweit Zusammenlegungen von Ambulanzen und Abteilungen dabei helfen könnten, eine fachärztliche Ausstattung rund um die Uhr sicherzustellen. Dabei sollten auch Möglichkeiten in Betracht gezogen werden, die eine stärkere

regionale Vernetzung und bessere Absprachen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor als Grundlage haben.

Zum anderen könnte überlegt werden, ob die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft immer wieder geforderte verbesserte Finanzausstattung eine Abhilfe bieten könnte. Solche Überlegungen sollten zur Bedingung haben, dass zunächst der Bedarf für die jeweilige Ambulanz der Fachabteilung in der Region überprüft wurde. Sodann wäre es vordringlich, die ärztliche und insbesondere fachärztliche Mindestausstattung pro vorgehaltener Abteilung und Ambulanz ohne und mit Berücksichtigung der Fallzahl und Fallschwere der behandelten Patienten politisch festzulegen. Sollte ein Krankenhaus nachweisen können, dass unter den gegebenen Finanzierungsmöglichkeiten eine für den Bedarf notwendige Ambulanz nicht mit ausreichendem Personal ausgestattet werden kann, könnten die derzeit diskutierten Sicherstellungszuschläge eine Abhilfe darstellen. Anderenfalls sollten die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser dann eingeschränkt werden, wenn trotz ausreichender Mittel keine adäquate Personalausstattung nachgewiesen werden kann. Nur so kann in Zukunft eine Gesundheitsversorgung in den Krankenhäusern garantiert werden, die der Patientensicherheit Genüge tut.

## Literatur

- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Positionspapier der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Berlin 2011. [http://www.dkgev.de/media/file/9360.DKG-Vorschlaege\\_zur\\_Sicherstellung\\_der\\_medizinischen\\_Versorgung.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/9360.DKG-Vorschlaege_zur_Sicherstellung_der_medizinischen_Versorgung.pdf) (13. Juli 2015).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Stand: 16. April 2015 des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. BAnz AT 10.06.2015 B2.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 19. März 2015 zum Regierungsentwurf für ein GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG). [http://www.kbv.de/media/sp/2015\\_03\\_19\\_KBV\\_Stellungnahme\\_GKV\\_VSG.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2015_03_19_KBV_Stellungnahme_GKV_VSG.pdf) (13. Juli 2015).
- Haas C, Larbig M, Schöpke T, Lübke-Naberhaus KD, Schmidt C, Brachmann M, Dodt C. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Management Consult Kestermann GmbH (MCK) (Hrsg). Hamburg 2015. [http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17\\_Gutachten\\_zur\\_ambulanten\\_Notfallversorgung\\_im\\_Krankenhaus\\_2015.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf) (13. Juli 2015).
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI). Übernahme der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser in unterversorgten Gebieten: Empirische Untersuchung zur Relevanz der Änderung von § 116a SGB V im GKV-VSG. Berlin 2015. [http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs\\_alle/ZiPaper\\_01-2015\\_Ambulante\\_Versorgung\\_Krankenh%C3%A4user\\_final\\_01.pdf](http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/ZiPaper_01-2015_Ambulante_Versorgung_Krankenh%C3%A4user_final_01.pdf) (13. Juli 2015)