



15. Februar 2011

## **Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung** **- Vorschläge der DKG im Überblick -**

Aufgrund der zunehmenden Gefährdung der flächendeckenden Versorgung schlägt die DKG eine Neugliederung der medizinischen Versorgung vor. Hierbei sollte differenziert werden in

- die haus- und fachärztliche Grundversorgung
- die spezialärztliche Versorgung und
- die stationäre Krankenhausversorgung.

Die Länder und Landeskrankenhausgesellschaften sollten zukünftig in die Versorgungsplanung der **haus- und fachärztlichen Grundversorgung** einbezogen und die Angebote der Krankenhäuser zur Beseitigung der Versorgungsdefizite genutzt werden. Hierbei ist es für die Krankenhäuser von wesentlicher Bedeutung, dass die Leistungserbringung beständig und planbar ist.

Die Leistungen der **spezialärztlichen Versorgung** sollten von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten unter den gleichen Rahmenbedingungen ohne Zulassungsbeschränkungen bei Erfüllung der Qualitätsanforderungen erbracht werden. Zur Vermeidung von Unterversorgung sind Koordinationsgremien unter Federführung der Bundesländer einzurichten.

Die stationäre Krankenhausversorgung durch die **Landeskrankenhausplanung** hat sich bewährt und sollte auch zukünftig als öffentliche Aufgabe bei den Ländern liegen. Ein Fokus der Krankenhausplanung muss dabei zukünftig die Vermeidung von Unterversorgung sein.

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen **ambulanten Notfallversorgung** müssen die Krankenhäuser regelhaft in die Versorgung einbezogen werden.

Die derzeitige Regelung für **Honorarvereinbarungen** mit Belegärzten (§ 121 Abs. 5 SGB V) läuft durch den 20%-Fallpauschalenabschlag ins Leere. Die Erbringung von Belegleistungen über dieses Modell sollte mit der vollständigen DRG vergütet werden.

Das **Vertragsarztrecht** hat in den letzten Jahren eine Weiterentwicklung erfahren, jedoch wird durch die zeitliche Beschränkung der Nebentätigkeiten eines Vertragsarztes und die erschwerte Teilnahme von Krankenhausärzten an der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Vertragsarzt erheblich behindert.

**Medizinische Versorgungszentren in der Trägerschaft von Krankenhäusern** leisten einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung. Daher ist eine Trägerschaft von MVZ durch Krankenhäuser auch zukünftig wesentlich für eine optimale Versorgung der Bevölkerung.



15. Februar 2011

## **Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung - Vorschläge der DKG -**

### **1. Ambulante Leistungen der Krankenhäuser**

#### ***Ambulante ärztliche Versorgung sichern / Synergien nutzen***

Das deutsche Gesundheitssystem genießt zu Recht ein hohes Ansehen in der Bevölkerung. Um den Patienten auch in Zukunft eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau bieten zu können, bedarf es angesichts der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts großer Anstrengungen. Der Ärztemangel erschwert die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung alleine durch die niedergelassenen Ärzte. Die Krankenhäuser sind aufgrund der erforderlichen Erreichbarkeit auch in der Fläche präsent und bringen ihr Leistungspotenzial zur Sicherung der medizinischen ambulanten Versorgung ein. Sie wäre ohne die jährlich 18 Millionen ambulanten Behandlungsfälle der Krankenhäuser schon heute nicht mehr aufrecht zu erhalten. Zur Beseitigung der bestehenden Versorgungsdefizite (z. B. Kinderärzte) insbesondere auch in den neuen Bundesländern und zur patientengerechten Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung ist eine sachgerechte Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung erforderlich. Hierbei sind die Möglichkeiten zur Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung durch Einbindung der Krankenhäuser stärker zu nutzen. Zudem ermöglichen die Krankenhäuser einen flächendeckenden Zugang zu ambulanten spezialärztlichen Leistungen.

#### ***Vorteile der ambulanten Krankenhausversorgung***

- Patientenbehandlung aus einem Guss, Vermeidung von Doppeluntersuchungen, langen Wegen und Terminproblemen für die Patienten
- Qualitätsniveau der stationären Versorgung (Krankenhausqualität)
- Zugang nicht nur für Privatpatienten, sondern auch für GKV-Patienten zu den Spezialisten des Krankenhauses
- Tief gefächerte diagnostische Möglichkeiten und modernste medizintechnische Ausstattung
- Interdisziplinarität und Mehraugenprinzip
- Hintergrundicherheit des Krankenhauses
- 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

### ***Krankenhäuser kooperieren mit niedergelassenen Ärzten***

Die Krankenhäuser arbeiten bei ambulanten Leistungen schon heute vielfach mit niedergelassenen Ärzten zusammen und wollen die Zusammenarbeit weiter ausbauen.

- 6.200 niedergelassene Fachärzte erbringen als Belegärzte stationäre ärztliche Leistungen.
- An vielen Krankenhäusern sind Arztpraxen und Ärztehäuser eingerichtet.
- Niedergelassene Ärzte nutzen Einrichtungen der Krankenhäuser für ambulante Operationen und Diagnostik.
- Krankenhäuser sind häufig der Standort der ambulanten Notfallversorgungspraxis.
- Die § 116b- Leistungen werden häufig kooperierend mit niedergelassenen Ärzten erbracht.
- Über Integrationsverträge arbeiten Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte eng zusammen.

### ***Vielfalt der Versorgungsangebote und Wahlfreiheit der Patienten ausbauen***

Die Vielfalt der Versorgungsangebote gilt es im Interesse der Patienten zu erhalten und weiter auszubauen. Versorgungskonzepte, die die Wahlfreiheit der Patienten einschränken, sind strikt abzulehnen. Sie verschlechtern die medizinische Versorgung. Aufgrund der Verantwortung der Länder für die Gesundheitsversorgung sollten diese institutionell bei der konkreten Ausgestaltung und Steuerung der Gesundheitsversorgung im ambulanten Leistungsbereich eingebunden werden. Dies sollte auch die Entscheidungsprozesse des G-BA umfassen.

## **2. Neugliederung der medizinischen Versorgung**

Die medizinische Versorgung sollte sich in

- die haus- und fachärztliche Grundversorgung,
- die spezialärztliche Versorgung und
- die stationäre Krankenhausversorgung

gliedern.

Die ambulante ärztliche Versorgung sollte sich in die haus- und fachärztliche Grundversorgung einerseits und die spezialärztliche Versorgung einschließlich ambulanter Operationen und stationersetzender Leistungen andererseits gliedern. Die unterschiedlichen Versorgungsbereiche sind dabei differenziert zu betrachten. Die spezialärztliche ambulante Versorgung und die ambulanten Operationen einschließlich stationersetzender Leistungen stellen andere Anforderungen an einen Ordnungsrahmen als die hausärztliche und wohnortnahe fachärztliche Versorgung.

## **2.1. Ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung**

Zur Beseitigung der bestehenden Versorgungsdefizite und zur patientengerechten Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung in diesem Bereich ist eine Neuausrichtung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung erforderlich. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung sind die Kapazitäten der Krankenhäuser bei Vorliegen von Unterversorgung regelhaft in die ambulante Grundversorgung einzubinden.

Die ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung sollte sich an den folgenden Eckpunkten orientieren:

- Kleinräumigere Bedarfsplanung mit flexiblen Zulassungsmöglichkeiten
- Einbeziehung der Länder und Kommunen sowie der Landeskrankenhausesellschaften in die Analyse des Versorgungsbedarfes und in die Entscheidung über Zulassungen
- Finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Planungsregionen
- Ausschöpfung der ambulanten Behandlungsangebote der Krankenhäuser vor Schaffung zusätzlicher ambulanter Kapazitäten (z. B. durch die Kassenärztlichen Vereinigungen)
- Stärkere Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung gemäß § 116a SGB V (Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung)
- Ermächtigungen von Krankenhäusern bzw. Krankenhausärzten in diesem Leistungsspektrum sind so zu regeln, dass die Leistungserbringung beständig und planbar ist. Institutsermächtigungen müssen Vorrang gegenüber persönlichen Ermächtigungen haben
- Einbeziehung der DKG in den für die vertragsärztliche Versorgung zuständigen Bewertungsausschuss

## **2.2. Spezialärztliche ambulante Versorgung**

Die Neuordnung der spezialärztlichen ambulanten Versorgung muss den Besonderheiten dieses Leistungsbereichs und dessen zentraler Schnittstellenfunktion Rechnung tragen. Anzustreben sind mehr Wahlmöglichkeiten für die Patienten, ein verbesserter Zugang zu den Spezialisten im Krankenhaus, die Gewährleistung von Behandlungskontinuität nach stationären Aufenthalten und die Vermeidung von Versorgungsbrüchen. Notwendig sind dazu fließende Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung und eine engere Verzahnung der ambulanten Versorgungsangebote.

Der Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung umfasst nachfolgend dargestellte Leistungen und ambulante Behandlungen, die aufgrund von Interventionsmöglichkeiten und der Notwendigkeit, spezielles medizinisches Wissen vorzuhalten, in besonderem Maße die Nähe zu Krankenhäusern bzw. spezialärztliche Ambulanzen erfordern.

- Ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V
- Hochspezialisierte Leistungen und ambulante Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b Abs. 2 und 3 SGB V

- Leistungen, die nicht von den Merkmalen des AOP-Kataloges bzw. den § 116b Leistungen erfasst sind und das Spezialwissen, die interdisziplinären Behandlungsstrukturen und die Hintergrundesicherheit der Krankenhäuser erfordern

Die spezialärztliche Versorgung sollte wie folgt ausgestaltet werden:

- Leistungen dieses Versorgungsbereiches können sowohl von Krankenhäusern als auch von besonders qualifizierten Vertragsärzten erbracht werden. Nur unter dieser Voraussetzung ist gewährleistet, dass die Patienten frei zwischen den Leistungserbringern wählen können
- Voraussetzung für die Leistungserbringung ist die Erfüllung der für die spezialfachärztlichen Leistungen geltenden Qualitätsanforderungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss einheitlich für alle Leistungserbringer in diesem Bereich festgelegt werden. Die Erfüllung der Qualitätsanforderungen ist gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen anzuzeigen
- Eine Bedarfsplanung mit Zulassungsbeschränkungen erfolgt nicht. Eine Ausweitung der schwerfälligen Bedarfsplanung des vertragsärztlichen Bereichs auf die spezialärztliche Versorgung würde dem schnellen Wissensfortschritt und den sich ständig weiter entwickelnden Behandlungsverfahren und – abläufen nicht gerecht. Das Bedarfsplanungsinstrumentarium mit der Einteilung der Fachärzte gemäß den Fachgebieten der Weiterbildungsordnung und arztindividuellen Anhaltzahlen kann komplexe interdisziplinäre Versorgungsangebote nicht sachgerecht abbilden. Spezialisierte und seltene Facharztgruppen werden schon heute von der vertragsärztlichen Bedarfsplanung ausgenommen (Arztgruppen mit weniger als 1.000 Vertragsärzten, z. B. Strahlentherapie, Pathologie), so dass dies umso mehr für interdisziplinäre Leistungen gelten sollte.
- Ausschließlich zur Vermeidung von Unterversorgung werden Koordinationsgremien unter Federführung der Bundesländer eingerichtet. Mitglieder der Koordinationsgremien sind neben dem Land die Kommunen, die Kassenärztliche Vereinigung und die Landeskrankenhausgesellschaft. Bei Unterversorgung als Ergebnis einer Bedarfsanalyse sind geeignete finanzielle Anreize zu setzen
- Die Weiterentwicklung des Leistungsspektrums dieses Versorgungsbereiches muss sich am Stand des medizinisch Machbaren orientieren. Die Bewertung von innovativen Behandlungsmöglichkeiten und -verfahren erfolgt auf der Grundlage von § 137c SGB V (Bewertung nach den Regeln des Krankenhausrechtes)
- Die Vergütung erfolgt einheitlich und unmittelbar durch die Kostenträger auf der Basis einer Euro-Gebührenordnung
- Festlegungen zur Vergütungsstruktur und -höhe erfolgen durch einen zu errichtenden, eigenständigen Bewertungsausschuss unter Beteiligung der DKG

### **2.3. Stationäre Krankenhausversorgung**

Die Sicherstellung der stationären Krankenhausversorgung durch die Landeskrankenhausplanung hat sich bewährt und muss als öffentliche Aufgabe auch in Zukunft bei den Ländern liegen:

- Rahmenplanung mit Beschränkung auf Festlegung von Standorten und medizinischen Fachgebieten und Vermeidung von Unterversorgung
- Beachtung der Trägervielfalt als eigenständiger Wert
- Keine detaillierte Leistungsplanung
- Zulassung der Krankenhäuser erfolgt weiterhin über die Aufnahme in den Krankenhausplan und nach den Regelungen des § 108 SGB V
- Das Leistungsspektrum des Krankenhauses sollte sich auch in Zukunft aus dem Versorgungsauftrag gemäß § 109 SGB V ergeben
- Kein automatischer Ausschluss von der Berechtigung zur Erbringung von Leistungen aufgrund von Mindestmengenvorgaben

### **3. Neuordnung der ambulanten Notfallversorgung**

Die Krankenhäuser sind in bedeutendem Umfang an der Aufrechterhaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung beteiligt. Ohne die Krankenhäuser würde die ambulante Notfallversorgung vielerorts sogar vollständig zusammenbrechen. Sowohl fachlich als auch organisatorisch sind viele Fachärzte und Kassenärztliche Vereinigungen nicht zur Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen ambulanten Notdienstangebots in der Lage. Die Krankenhäuser müssen im Rahmen ihrer Möglichkeiten regelhaft in den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag einbezogen werden. Die ambulante Notfallversorgung sollte sektorenübergreifend sichergestellt werden. Die konkrete Ausgestaltung hat dabei über regionale Notfallversorgungsverbünde zu erfolgen, an denen die Kreise und Kommunen mitwirken. Die Vergütung der Notfalleistungen muss angemessen sein und im Wege der Direktabrechnung mit den Kostenträgern erfolgen und als Euro-Gebührenordnung ausgestaltet und gemeinsam mit den Kostenträgern festgelegt werden.

Zudem stellen die Krankenhäuser auch schon jetzt das Personal für wesentliche Teile des von den Landkreisen und kreisfreien Städten verantworteten Rettungsdienstes. Da die Aufrechterhaltung des kassenärztlichen Notdienstes in zunehmend mehr Regionen schon jetzt Schwierigkeiten bereitet, ist perspektivisch eine organisatorische Zusammenführung von kassenärztlichem Notdienst und Rettungsdienst bspw. in Form einer gemeinsamen Leitstelle in Erwägung zu ziehen. Die Krankenhäuser sind hierbei in Planung und Organisation regelhaft einzubeziehen.

### **4. Weiterentwicklung Belegarztsystem - Honorarvereinbarung nach § 121 Abs. 5 SGB V**

Die durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eingeführte Wahloption hin zu einem Belegarztsystem mit Honorarvereinbarung wird von der DKG grundsätzlich positiv gesehen, jedoch ist der eröffnete Raum für die Gestaltung der Zusammenarbeit nach wie vor erheblich begrenzt.

So besteht für die Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte zwar die Möglichkeit zur freien Vergütungsvereinbarung, jedoch wird die Zulassung zur belegärztlichen

Tätigkeit nach wie vor durch die Kassenärztlichen Vereinigungen eingeschränkt. Hier ist eine Anpassung der institutionellen Rahmenbedingungen notwendig, da der Einfluss der Kassenärztlichen Vereinigungen auf den stationären Bereich der grundsätzlichen Ordnungssystematik widerspricht und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern unnötig erschwert.

Darüber hinaus besteht Handlungsbedarf bei der Vergütung von Leistungen, die in Belegabteilungen erbracht worden sind. Derzeit existieren keine gleichen Wettbewerbschancen zwischen den Krankenhäusern mit Haupt- und Belegabteilungen, da Leistungen in Belegabteilungen mit Honorarvereinbarung nur mit einem Abschlag von 20% vergütet werden (entsprechend § 18 Abs. 3 KHEntgG). Diese Ungleichbehandlung von Haupt- und Belegabteilungen ist inhaltlich nicht zu begründen. Daher ist eine Abschaffung des 20%igen Abschlags erforderlich.

## **5. Weiterentwicklung Vertragsarztrecht**

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde die Möglichkeit geschaffen, die Sektorengrenzen in der medizinischen Versorgung in der Person des einzelnen Leistungserbringers zu überwinden. Allerdings wirken noch immer Beschränkungen, die eine intensive Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Vertragsarzt behindern. So wurde zwar die grundsätzliche Vereinbarkeit von Nebentätigkeiten z. B. im Krankenhaus mit der vertragsärztlichen Tätigkeit klar geregelt, die zeitliche Beschränkung von Nebentätigkeiten eines Vertragsarztes besteht jedoch weiterhin. Die Beschränkung der Nebentätigkeitserlaubnis von Vertragsärzten auf derzeit max. 13 Stunden in der Woche ist durch erweiterte gesetzliche Klarstellung aufzuheben. Zwingend notwendig ist außerdem eine Verbesserung der Möglichkeiten von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung.

## **6. Medizinische Versorgungszentren**

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Trägerschaft von Krankenhäusern leisten einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung. Von den derzeit ca. 1.200 Zentren werden 37 % in der Trägerschaft von Krankenhäusern geführt. MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern stehen wie andere MVZ unter ärztlicher Leitung und unterliegen den vertragsärztlichen Rahmenbedingungen. Sie müssen Richtlinien beachten und unterliegen den Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Vergütungsregelungen des vertragsärztlichen Versorgungssystems.

### Vorteile

- Sie ermöglichen im besonderen Maße die medizinisch sinnvolle und vom Gesetzgeber gewollte Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen und sind schon heute ein bedeutender Bestandteil der Versorgungsrealität
- Sie bieten flexible ärztliche Beschäftigungsmöglichkeiten zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und ermöglichen eine bessere Ausschöpfung

knapper ärztlicher Ressourcen. Damit leisten Sie einen Beitrag zur Bewältigung des Ärztemangels

- Sie erleichtern sektorübergreifenden Wissenstransfer und erschließen Synergien in der gemeinsamen Nutzung im Krankenhaus vorhandener Infrastruktur und leisten einen dabei auch einen wertvollen Beitrag im Rahmen der Weiterbildung der Ärzte
- Sie sind häufig die einzig verbliebene Möglichkeit für niedergelassene Ärzte, bei Eintritt in den Ruhestand ihre Praxis zu verwerten

### Vorbehalte ungerechtfertigt

Im Oktober 2010 hat die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage zur Zukunft der MVZ Folgendes festgestellt:

- Es liegen ihr keine Erkenntnisse vor, dass sich die Arbeitsweise und der Behandlungserfolg von freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zu fest an MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzten unterscheiden
- Es liegen ihr keine Erkenntnisse vor, dass die Qualität der Versorgung in einem MVZ, das mehrheitlich in der Eigentümerschaft von Ärztinnen und Ärzten betrieben wird, besser ist als von einem MVZ eines Krankenhausträgers
- Es liegen ihr keine konkreten Erkenntnisse vor, dass bei angestellten Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern oder MVZ die Therapiefreiheit eingeschränkt wird
- Es liegen ihr keine Hinweise auf die Einflussnahme von Kapitalgebern auf die Geschäftsführung und Patientenversorgung im MVZ vor

### Ungerechtfertigte Kritik

Das den MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern von einzelnen Interessensgruppen entgegengebrachte Misstrauen erweist sich auch vor diesem Hintergrund als unbegründet und nicht haltbar.

**Unzutreffend** ist in diesem Zusammenhang die Behauptung, MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern würden Patienten nur in das Träger-Krankenhaus einweisen. Wenn Patienten in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen, spielt es keine Rolle, ob das Krankenhaus Träger oder Beteiligter eines Medizinischen Versorgungszentrums ist oder über andere erwünschte Kooperationswege mit niedergelassenen Praxen zusammenarbeitet. Medizinische Versorgungszentren weisen wie Arztpraxen ausschließlich in diejenigen Krankenhäuser ein, die für die konkrete Behandlung geeignet sind. Entscheidend ist, dass die Versorgung des Patienten in enger Abstimmung und kooperativ erfolgt, so dass Doppeluntersuchungen vermieden und die Qualität gesichert wird. Im ambulanten Bereich finden sich mit Praxisverbänden und Ärztenetzwerken ähnliche Strukturen, die bei Infragestellung von Krankenhaus-MVZ ebenfalls hinterfragt werden müssten. Da deren nutzenstiftender Beitrag für die Versorgung der Patienten jedoch außer Frage steht, ist die Argumentation gegen die Kooperation auf der Ebene stationär-ambulant in Form von Krankenhaus-MVZ nicht nachvollziehbar.

**Unzutreffend** ist auch die Annahme, Krankenhaus-MVZ hätten Wettbewerbsvorteile durch die öffentliche Investitionsförderung für Krankenhäuser. Wenn von Krankenhäusern getragene MVZ Einrichtungen des Krankenhauses nutzen, sind dem Krankenhaus Nutzungskosten zu erstatten. Würden Krankenhäuser die stationären Investitionsfördermittel zweckfremd für ein MVZ einsetzen, entstünden Rückzahlungspflichten gegenüber den Ländern. Eine Quersubventionierung der ambulanten Versorgung im Krankenhaus – wie vielfach behauptet – findet nicht statt.

### Reformvorschlag

Krankenhäuser sind wie niedergelassene Ärzte ausschließlich der medizinischen Versorgung der Patienten verpflichtet. Nur kurativ und rehabilitativ tätige Leistungserbringer sollten in Zukunft Medizinische Versorgungszentren errichten und betreiben dürfen. Kassenärztliche Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und mit administrativen Aufgaben betraut. Sie sind nicht medizinisch tätig. Medizinische Versorgungszentren in der Trägerschaft von Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren Betreibergesellschaften würden zu staatsnahen ambulanten Versorgungsstrukturen führen. Aus gleichen Gründen sind ambulante und stationäre Einrichtungen in der Trägerschaft von Krankenkassen abzulehnen.