

Ambulant vor stationär: Ampel-will „sektorengleiche Vergütung“

Franz-Günter Runkel

Im Koalitionsvertrag der Ampel-Koalition aus SPD, Grünen und FDP steht das Bekenntnis zur Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen. Dafür sollen Hybrid-DRGs eine „sektorengleiche Vergütung“ in Regionen garantieren. Zudem haben sich die Koalitionäre den Ausbau integrierter Gesundheits- und Notfallzentren auf die Fahne geschrieben. Genau diese Themen standen im Mittelpunkt des Berufspolitischen Forums auf dem DGU-Kongress, das auch 2022 noch aktuell ist.

Das Forum startete mit der Krankenhausreform, ging aber schnell weit darüber hinaus. Im roten Rollkragen-Pullover – als ob er schon die Koalitionsbildung in Berlin geahnt hätte – trat Dr. Andreas Köhler, Ehrenpräsident des Spitzenverbands Fachärzte Deutschland und ehemaliger Vorstandsvorsitzender der Kassennärztlichen Bundesvereinigung, ans Rednerpult und legte gleich los: „Es geht nicht nur um eine Krankenhausreform, sondern eine Gesundheitsreform, die so sicher wie das Amen in der Kirche in dieser Legislatur kommen wird. Die Wirtschaftlichkeitsreserven des Systems müssen gehoben werden.“

Köhler sieht ASV als Rohrkrepiierer der Extraklasse

Von den stationär behandelten urologischen Fällen mit einer Verweildauer von weniger als vier Tagen könnten laut Köhler bis zu 75 % eigentlich ambulant behandelt werden. Wenn die Belegärzte eingeschlossen werden, seien es sogar 80 % der Fälle. „Der demografische Wandel sollte zum Nachdenken darüber anregen, ob wir es uns leisten können, die urologische Expertise in der heutigen Form in zwei Sektoren zu verteilen“, ermahnte der Ex-KBV-Chef. Was auch immer man unternahme, man solle es besser machen als im Fall der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung: „Die ASV hat überhaupt nicht funktioniert – ein Rohrkrepiierer der Extraklasse.“

In der Gesetzgebung sei seit 1990 nichts gelungen. Reformen erfolgten fast immer mit der „Brille des Krankenhauses“. Es gebe bis heute keinen Wettbewerb auf Augenhöhe; vielmehr sei die ambulante Vergütung gegenüber der stationären Vergütung unattraktiv. „Das Agieren mit gleich langen Spießern an der Sektorengrenze ist bis heute ein Traum geblieben.“

Andreas Köhler versuchte, die Akteure aufzurütteln. Wenn man etwas tun wolle, müsse man keinen neuen Sektor schaffen, sondern es genüge die Definition eines Leistungsbereichs mit stationärer Versorgung und Teilen der ambulanten Versorgung. „Der klassische intersektorale Behandlungsbereich wird um alle Krankheiten erweitert, die im DRG-System mit einer mittleren Verweildauer von weniger als vier Krankenhaustagen gelistet sind. Alle diese Fälle werden intersektoral erbracht, wenn sie auf eine Behandlungsdauer von vier Wochen begrenzt sind. Das ist der Reformgedanke des Spitzenverbands Fachärzte“, so Köhler.

In diesem intersektoralen Bereich gelte das Grundgesetz „Ambulant vor stationär“. Unter besonderen Umständen bestehe natürlich die Option zur stationären Leistungserbringung. Niedergelassene Fachärzte, Belegärzte und Krankenhäuser würden dann in diesem Sektor arbeiten. Dies hat für die Ärzte auch Pflichten zur Folge:

”

Dr. Stefan Mohr,
BvDU-Landes-
vorsitzender
Thüringen



Ich glaube nicht an gleich lange Spieße und gleiches Geld für gleiche Leistung.

“

Auch Niedergelassene müssen z. B. am Hintergrunddienst im stationären Bereich teilnehmen.

Intersektorale Vergütung auf der Basis der DRGs

Die Vergütung erfolgt auf der Grundlage des DRG-Systems, so Köhler. „In der ersten Übergangsphase von höchstens zwei Jahren bis zur endgültigen Vergütungsregelung wird die intersektorale Leistungserbringung mit 90 % und bei belegärztlicher Leistungserbringung mit 95 % der G-DRG der Hauptabteilung vergütet. Die Vergütung erfolgt mit dem Bundesbasisfallwert. In Phase 2 sollen die verweildauerunabhängigen Hauptleistungen zu 100 % und die verweildauerabhängigen Leistungen zu 25 % der gültigen G-DRG für Hauptabteilungen vergütet werden“, erklärte Köhler. Die Sachkosten seien besonders zu vergüten. In der dritten Phase solle dann ein eigenständiges intersektorales Vergütungskonzept entstehen, das ambulante und stationäre Vergütungsansätze optimal kombiniere.

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung muss bei der vertragsärztlichen Versorgung bereinigt werden. In der intersektoralen Vergütung wird für die ambulante Leistungserbringung geregelt, dass Arznei-, Heil- und Hilfsmittel den Krankenkassen gesondert in Rechnung gestellt werden können. „Wir sehen auch für die Niedergelassenen eine dringende

Weiterbildungsverpflichtung.“ In der Fragerunde reizte vor allem Köhler viele Urologen zur Beteiligung.

Dr. Stefan Mohr, BvDU-Landesvorsitzender Thüringen, hatte Zweifel: „Ich glaube nicht an gleich lange Spieße und gleiches Geld für gleiche Leistung. Die Idee, junge Urologen wieder zum Operieren ins Krankenhaus zu bringen, ist in Thüringen nicht neu. Wir haben schon einige wenige Verträge mit 100 % DRG-Pauschale für Haupt- und Nebenleistungen. Allerdings schwebt die Scheinselbstständigkeit wie ein Damokles-Schwert über uns.“ „Sie haben völlig recht mit Ihrem Hinweis zur Scheinselbstständigkeit“, entgegnete Köhler. Der SpiFa wolle deshalb keine Honorarärzte mehr. „Wir wollen, dass ein niedergelassener Urologe mit seinem Vertragsarzt-Status im Krankenhaus arbeiten und Geld verdienen kann.“

Dr. Holger Lange, Urologe und Belegarzt aus Stuttgart, zog ein pessimistisches Fazit: „Seit 2000 bin ich niedergelassenen. Leider ist nie etwas aus den gesundheitspolitischen Ankündigungen geworden, den Belegarzt zur Speerspitze der intersektoralen Versorgung zu machen. Das hört sich doch alles gut an, aber die Parteien machen am Ende doch ihren eigenen Mist.“

Andreas Köhler entgegnete, die Politik werde nicht darum herumkommen, das Thema zu klären, weil Wirtschaftlichkeitsreserven unbedingt gehoben werden müssten. „Wir kehren jetzt zurück in eine Phase der einkommensorientierten Ausgabenpolitik. Machen wir uns nichts vor. Wir müssen den Belegarzt als Vertragsarzt ans Krankenhaus bringen.“

Dr. Andreas Schneider Vorsitzender des Bundesverbands der Belegärzte, freute sich darüber, dass Belegärzte endlich einmal wieder im Gespräch sind. „Ich finde es wunderbar, dass so positiv über das Belegarztwesen ge-



Über die Zukunft der intersektoralen Versorgung diskutierten DGU-Präsident Prof. Arnulf Stenzl (v. l.), SpiFa-Ehrenpräsident Dr. Andreas Köhler, Matthias Einweg, Hauptgeschäftsführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, Moderatorin Jessica Hanneken, Jürgen Graf, Unternehmensbereich Versorgungsgestaltung der AOK Baden-Württemberg sowie BvDU-Präsident Dr. Axel Schroeder. (Fotos: Runkel)

redet wird. Seit über zehn Jahren versuchen wir, das Belegarztwesen wieder in die Köpfe der Versorgungsgestalter zu bringen.“ Belegärztliche Initiativen seien heute kooperative Zusammenschlüsse, die zum Beispiel die Notfallversorgung übernehmen. Der GBA habe aber festgelegt, dass nur angestellte Fachärzte an der Notfallversorgung im Krankenhaus teilnehmen könnten. „Belegärzte dürfen das laut GBA nicht, weil sie ja so schwer zu greifen sind. Rund 100 Belegkrankenhäuser sind gegen diesen Beschluss Sturm gelaufen – leider vollkommen sinnlos.“

BWKG setzt auf klinikzentrierte Versorgungsnetzwerke

Die Statements von Matthias Einweg, Hauptgeschäftsführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG), machten deutlich, dass die Klinikseite das Problem ähnlich sieht, jedoch die Lösung eher in der Klinik sieht. „Wir leben in wirtschaftlich schwierigen Zeiten für die Krankenhäuser. Ein Drittel der Krankenhäuser hat 2019 laut Krankenhaus-Ratingreport Defizite gemacht. In Baden-Württemberg haben wir leider die rote Laterne“, beschrieb Einweg die Grundsituation.

„Ambulant vor stationär“ sei zwar ein Thema, aber die sektorübergreifende

Versorgung sei wichtiger. In der Reformfrage müsse es eher um den Grundsatz „ambulant und stationär“ gehen als um eine Dominanz der ambulanten Versorgung. „Unsere Reformidee ist die Schaffung regionaler krankenzentrierter Versorgungsnetzwerke.“ Das Konzept beinhaltet den Ausbau der Kooperation zwischen Kliniken und ambulant tätigen Fachärzten und Hausärzten. Die Krankenhäuser würden die vollstationäre, teilstationäre und teilweise auch die ambulante Versorgung erbringen. Die Versorgungssteuerung sollte im Krankenhaus stattfinden. Wir brauchen regionale Handlungsspielräume. Auf Bundesebene sollten nur Rahmenvorgaben gemacht werden. Das wäre eine wichtige Leitplanke der Reform. „Digitalisierung hat das Potenzial, diese regionalen Netzwerke zu unterstützen“, unterstrich Einweg. Die Versorgungsplanung müsse sektorübergreifend erfolgen. „Wir brauchen erweiterte und verlässliche Rahmenbedingungen für die ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus. Das ist besonders in ländlichen Regionen relevant und schließt Institutsermächtigungen ein“, regte Einweg an. Es gehe zum Beispiel um Medizinische Versorgungszentren außerhalb von Krankenhäusern. Die belegärztliche Versorgung sei ein gutes Beispiel dafür,

dass sektorübergreifende Versorgung funktionieren könne. Allerdings brauche es faire Rahmenbedingungen. Die ambulante Notfallversorgung sollte aus Sicht Einwegs am Krankenhaus stattfinden und auch hier organisiert und gesteuert wer-

”

Dr. Andreas Schneider,
Vorsitzender des Bundesverbands der Belegärzte



Ich finde es wunderbar, dass so positiv über das Belegarztwesen geredet wird. “

den. 55 % der Notfallversorgung findet im klinischen Bereich statt und 45 % im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung habe große Hoffnungen geweckt, die dann aber nicht erfüllt worden seien. Die ASV sei hemmungslos überreguliert. Ihre Entbürokratisierung sei ebenso dringend wie die Reform des Katalogs ambulanter Operationen.

Auch Einweg fand Geschmack an den teilstationären Fällen mit ein oder zwei Tagen Behandlungsdauer im Krankenhaus. Ambulante Leistungen am Krankenhaus müssten auskömmlich und differenziert vergütet werden – etwa im Hinblick auf Investitionen, Vorhaltung, regionale Unterschiede und unterschiedliche Schweregrade der Fälle.

AOK: Gesundheitssystem ist ein Fass ohne Boden

Aus dem Reich der roten Zahlen fand Jürgen Graf, Bereichsleiter Versorgungsgestaltung bei der AOK Baden-Württemberg, den Weg zum DGU-Kongress. „Dieses Gesundheitssystem ist finanziell ein Fass ohne Boden. Für 2022 wird diskutiert, wie wir unter

Berücksichtigung des 40 %-Sozialabgabenziels finanzieren. Da wird wahrscheinlich nur ein erhöhter Steuerzuschuss übrigbleiben. Reformbemühungen finden also unter schwierigen Rahmenbedingungen statt. Wir müssen in den Kategorien Prozessorientierung und Effizienz denken“, fordert der AOK-Manager.

AOK will die wirtschaftliche Kreativität des Systems bremsen

Nach AOK-Vorstellung muss vor allem das zügellose Geldverdienen im System ein Ende haben. „Die Blaupause für die Zukunft wird nicht darin bestehen können, dass jeder anbietet, was er für richtig und lukrativ hält. Wir brauchen klare Definitionen der regionalen Versorgungsaufträge.“ Aber auch Jürgen Graf kam nach kurzer Redezeit an der „Auflösung der starren Sektorengrenzen“ an. Eine sektorübergreifende, veränderte Bedarfsplanung werde notwendig sein. „Ambulant vor stationär“ bedeute in dieser Situation, dass so viel wie möglich ambulant erfolgen müsse. An die Stelle streng getrennter Sektoren müsse eine aufeinander abgestimmte Vorhaltung für alle Versorgungssektoren treten.

Die Neuordnung des ambulanten Operierens an der Schnittstelle der Sektoren steht oben auf der Agenda 2022 der AOK Baden-Württemberg. Im internationalen Vergleich fänden in Deutschland zu viele Eingriffe sta-

”

Dr. Holger Lange,
Urologe und Belegarzt aus Stuttgart



Das hört sich doch alles gut an, aber die Parteien machen am Ende doch ihren eigenen Mist. “

tionär statt. „Vier Millionen Fälle pro Jahr kommen mit einem Tag Klinikaufenthalt für eine Operation aus – Tendenz steigend.“ Das Potenzial sei also vorhanden, aber die Rahmenbedingungen nicht richtig. „Es muss für die Beteiligten betriebswirtschaftlich aufgehen. Andererseits darf das ambulante Anreizdenken nicht so übertrieben werden, dass die ambulante Versorgung unter dem Strich teurer ist als die stationäre. Das kann es auch nicht sein.“ Die Balance zwischen ambulanten und stationären Elementen ist die Königsdisziplin der Gesundheitspolitik.

Die Ziele des AOP-Vertrags nach § 115 SGB V wurden bislang nur unzureichend erreicht. Seit 2005 wurde der Katalog des ambulanten Operierens nur marginal überarbeitet, obwohl der medizinische Fortschritt weiter-

gegangen sei. Die



AOK Baden-Württemberg erwartet mit Spannung ein Gutachten zum

Operieren Anfang 2022. Der Auftrag umfasst nicht nur die rein ambulanten Operationen, sondern auch sonstige stationärsersetzende Eingriffe. Es soll Schweregrade-Unterscheidungen sowie unterschiedliche Time Slots für Überwachungen geben.

Unter dem Strich sind sich Vertragsärzte, Krankenhäuser und Krankenkasse im Ziel der intersektoralen Versorgungsstruktur einig, aber die Frage, wer den Hut aufhat und in welche Richtung das Geld fließt, entzweit. Es wird spannend sein zu beobachten, ob die Regierung der 20. Legislaturperiode am Ende die Sektorengrenzen sprengen kann. Nach den Erfahrungen vergangener Legislaturen sind aber Zweifel sicher erlaubt. ■