

Bewegung auf der Dauerbaustelle Belegarztwesen

Professionelle Aufstellung erforderlich – Eine kritische Bestandsaufnahme von Ursula Hahn

DÜSSELDORF Trotz Corona: Die Neuordnung der intersektoralen Versorgung steht nach wie vor auf der politischen Agenda dieser Bundesregierung und der Länder. Und tatsächlich tut sich einiges pro Belegarztwesen – was im Anbetracht des langjährigen politischen „Lockdown“ für diese Versorgungsstruktur alleine schon ein Erfolg ist. Was (bislang) fehlt, sind konkrete Ergebnisse.

Augenheilkunde ist Ambulantisierungskandidat: In der Vor-Corona-Zeit hat das Bundesministerium schon einiges an der Sektorengrenze auf den Weg gebracht. Die wesentliche Zielgröße dabei: Bislang stationäre Leistungen sollen künftig von Krankenhäusern und Vertragsärzten ambulant erbracht werden. In einem Papier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu sektorenübergreifender Versorgung wird der Hintergrund erläutert und seine hohe Relevanz für die Augenheilkunde deutlich: „Im internationalen Vergleich ist der Anteil an stationärer Leistungserbringung in Deutschland überdurchschnittlich hoch. Dies gilt beispielhaft besonders in Leistungsbereichen wie der Dermatologie, der HNO oder der Augenheilkunde. Zum Teil sind stationäre Behandlungsmöglichkeiten in der Augenheilkunde und in der Dermatologie in anderen westlichen Ländern gänzlich unbekannt.“¹

Norm mit Sprengkraft

Der Gesetzgeber hat denn auch schon mit dem MDK-Gesetz Mitte letzten Jahres die Weichen pro Ambulantisierung gestellt: Der Katalog für ambulante stationärsersetzende Leistungen soll ausgeweitet werden und sich künftig neben chirurgischen auch auf konservative Leistungen erstrecken. In dieser Norm steckt durchaus Sprengkraft: Ein erweiterter und über die MDK-Prüfung erzwungener Katalog ambulant zu erbringender Leistungen würde gerade auch in der Augenheilkunde das Gefüge stationärer zu ambulanten Leistungen empfindlich durcheinander bringen. Im Augenblick allerdings stocken die Arbeiten: Dem Vernehmen nach findet sich kein Gutachter, der sowohl die medizinischen als auch die gesundheitsökonomischen Aufgaben bearbeiten kann. Der Gesundheitsminister will das Vorhaben aber auch nicht durch Corona auf die ganz lange Bank schieben lassen: In einem der aktuellen Gesetze sieht er eine knapp bemessene Fristverlängerung um sechs Monate vor.

Ambulantisierung und sektorenübergreifende oder intersektorale Versorgung werden gerne synonym verwendet, die beiden Begriffe beschreiben aber tatsächlich ganz



Ursula Hahn

unterschiedliche Versorgungsherausforderungen. Sektorenübergreifende Versorgung meint die Kontinuität des Behandlungsprozesses über mindestens eine Sektorengrenze hinweg – entweder als Kooperation verschiedener Behandler (Stichwort Entlassmanagement, Lotse o.ä.) oder als Integration aller Leistungen bei einem Behandler (das leistet u.a. das Belegarztwesen).

Ob der eigentlich für das erste Halbjahr geplante Gesetzentwurf zu intersektoraler Versorgung noch kommt und dann neue Eckdaten für das Belegarztwesen hat, kann man derzeit einfach nur abwarten.

Exekutiven nehmen vorsichtig Tuchfühlung mit Belegarztwesen auf: Zuletzt haben sich die Bundes- und Länderexekutiven intensiver mit der Intersektoralität und hier auch konkret mit dem Belegarztwesen auseinandergesetzt. Gesundheitsminister Spahn scheint das Belegarztwesen durchaus wohlwollend zu sehen: Noch im Februar betonte er bei einer Veranstaltung in Hamburg, das Belegarztwesen stärken zu wollen. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die Vorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung entwickeln soll, hat sich in ihrem „Fortschrittsbericht“ aus Januar 2020 selber zur Aufgabe gemacht zu prüfen, „wie die Rahmenbedingungen des Belegarztwesens, etwa in Bezug auf das Abrechnungssystem, verbessert werden können, um das sektorenübergreifende Potenzial dieser sektorenübergreifenden Versorgungsform zu

nutzen“.¹ Ob der eigentlich für das erste Halbjahr geplante Gesetzentwurf zu intersektoraler Versorgung noch kommt und dann neue Eckdaten für das Belegarztwesen hat, kann man derzeit einfach nur abwarten.

Reformideen zum Belegarztwesen gibt es reichlich: Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa) stellte zusammen mit dem Bundesverband der Belegärzte ein Gesamtkonzept zu einer vollständig neuen Struktur und Vergütung ärztlicher sektorenverbindender Leistungen vor.³ Die derzeit in 14 verschiedenen Paragraphen des Sozialgesetzbuches V einzeln geregelten Leistungen an der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sollen in einem neuen intersektoralen Versorgungsbereich (§ 115 NEU) zusammengefasst werden. Der SpiFa sieht hier auch Indikationen mit einer mittleren Verweildauer von weniger als vier Krankenhaustagen. Innerhalb dieses Versorgungsbereiches gelten folgende Grundsätze: ambulant vor stationär, Verbotsvorbehalt, ständige Aktualisierung des Leistungskataloges und eine kooperative Versorgung durch vertragsärztliche Einrichtungen oder Krankenhäuser. Die Leistungen des Belegarztwesens würden sich in zwei Arme aufspalten: in jene, die nach der SpiFa-Definition zur intersektoralen Versorgung zählen, und in solche, bei denen es bei einer stationären Erbringung bleiben muss.

Artifizielle Leistungsbegrenzung

Das SpiFa-Konzept hat durchaus Meriten: Es formuliert eine Struktur aus einem Guss und schafft damit einheitliche Rahmenbedingungen über alle Akteure und Behandlungsformen hinweg. Es bietet zudem einen Ausweg aus der sowohl mit Blick auf das Leistungsspektrum als auch die Finanzierung aktuell (zu) engen Anbindung an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Die großen im OcuNet Verbund organisierten Beleger haben mit der artifiziellen Leistungsbegrenzung zu kämpfen – in der Regelversorgung dürfen nur die Leistungen erbracht und abgerechnet werden, die in der Anlage des EBM abschließend aufgeführt sind. Das bleibt hinter dem medizinischen Versorgungsspektrum und dem Potenzial dieser intersektoralen Facharztzentren (IFZ) teilweise sehr deutlich zurück, einen Ausweg bieten aktuell nur unter anderem aufwendige Selektivverträge, die aber zunehmend nicht mehr zustande kommen beziehungsweise von den jewei-

ligen Kassen gekündigt werden und somit keine verlässliche Lösung des Dilemmas sein können. Aus dem Blickwinkel der Augenheilkunde muss man das SpiFa-Konzept zugleich aber sehr sorgfältig im Blick behalten, Intersektoralität darf nicht „Downgrading“ bedeuten.

Um eine Perspektive zu haben, müssen Belegabteilungen regelhaft professionell und auf einer Versorgungsstufe mit Hauptabteilungen tätig sein können.

Eine ausführliche Diskussionsgrundlage, wie es mit dem Belegarztwesen weiter gehen kann, haben der Essener Ordinarius Prof. Jürgen Wasem und sein Institut im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vorgelegt⁴. Sie haben das Belegarztwesen entlang der Kriterien Zufriedenheit der Leistungserbringer, Adaptationsfähigkeit an regionale Gegebenheiten, Versorgungsqualität und gesundheitspolitische und rechtliche Realisierbarkeit bewertet und kommen zu dem Ergebnis, dass es erhaltenswert ist. Das Belegarztwesen in seiner aktuellen Form halten sie jedoch für stark reformbedürftig. Zwei alternative Modelle werden vorgestellt, in beiden Modellen entfällt die artifizielle Leistungsbegrenzung des EBM.

Das liberale Versorgungsmodell zeichnet sich durch wenig grundsätzliche Vorgaben aus, die Vertragspartner Krankenhaus und Belegarzt beziehungsweise belegärztliche Einrichtung haben freie Hand bei der Verhandlung der konkreten Ausgestaltung.

Das regulierte Versorgungsmodell sieht hingegen eine zentralere Planung und Steuerung vor: Die Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit soll an Strukturmerkmale wie zum Beispiel eine Mindestzahl jeweils kooperierender Ärzte gleicher Fachrichtung je Belegabteilung – das Gutachten schlägt drei Ärzte vor – und persönliche Mindestmengen geknüpft werden. Die Krankenhausplanung schreibt

die Art der Abteilung vor. Die Vergütungsanteile für Belegarzt und Krankenhaus werden vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkuliert, sie sind damit nicht Gegenstand von individuellen Verhandlungen.

Professionalisierung der Belegärzte tut Not: „Das“ Belegarztwesen ist keine einheitliche Versorgungsstruktur. Das Spektrum reicht von einem einzelnen Belegarzt in der Abteilung einer minimalen Belegung und einem sehr reduzierten Leistungsspektrum bis zu nach Arztlzahl, Fallzahl und Leistungsspektrum versorgungsrelevanten Belegabteilungen. Um eine Perspektive zu haben, müssen Belegabteilungen regelhaft professionell und auf einer Versorgungsstufe mit Hauptabteilungen tätig sein können. Der OcuNet Verbund spricht sich dafür aus, das Belegarztwesen an einige strukturelle Voraussetzungen zu koppeln⁵. Das wichtigste dabei: In einer Abteilung arbeiten viele selbstständige und angestellte Fachärzte unter einem Praxisdach beziehungsweise in einem Belegernetzwerk zusammen und treten als Einheit gegenüber der Krankenhausverwaltung auf. Sie können damit ein größeres Versorgungsspektrum und die Notfallversorgung abdecken und sich gegenseitig vertreten.

Fazit – Herausforderungen sind zu bewältigen: Das Belegarztwesen bietet nicht nur genau die idealtypische Verzahnung zwischen ambulant und stationär, die unisono als Goldstandard einer sektorenübergreifenden Versorgung gefordert wird. Das Belegarztwesen ist auch ein wichtiger Baustein des sektorenübergreifenden Wettbewerbs und bietet einen Beitrag zur Sicherstellung der stationären Versorgung in der Fläche. Aus Sicht des OcuNet Verbundes hängt die Zukunft dieser Versorgungsstruktur an einigen strategischen Stellgrößen: Belegärztliche Einrichtungen müssen professionell aufgestellt sein, das in der Regelversorgung erbringbare Leistungsspektrum muss dem der Hauptabteilungen angeglichen werden und die Finanzierung für alle Akteure (Krankenhäuser und ambulante Einrichtungen) muss jeweils zeitgerecht am „State of the Art“ adaptiert werden. Diese Herausforderungen sind überschaubar; sie sind allemal leichter umzusetzen, als komplett neue Versorgungsstrukturen zu schaffen. ■

► Autorin:

Dr. rer. medic. Ursula Hahn
OcuNet Verbund
Friedrichstr. 47, 40217 Düsseldorf
E-Mail: zentrale@ocunet.de
www.ocunet.de

Referenzen:

- www.bmcev.de/wp-content/uploads/Zusammenfassung-Fortschrittsbericht-Bund-L%C3%A4nder-AG.pdf
- http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP19/2517/251727.html
- www.spifa.de/intersektorale-aerztliche-leistungen-konzept-einer-sektorenebergreifenden-versorgung/
- www.kbv.de/html/40958.php
- https://observer-gesundheit.de/plaedoyer-fuer-ein-professionelles-belegarztwesen/

