

Revival Belegarztwesen? Schön wär's

Krankenhäuser müssen **stationäre** und **ambulante Versorgung** künftig mehr zusammen denken

DÜSSELDORF So viel Zuspruch für das Belegarztwesen wie im Augenblick gab es lange nicht. Herr Minister Lauterbach hat sich mit Vorständen des Bundesverbands der Belegärzte und Belegkrankenhäuser (BdB) getroffen und versichert, dass er das Belegarztwesen im Zuge der Krankenhausreform stärken will¹. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der BdB haben eine gemeinsame Pressemitteilung mit Forderungen zum Belegarztwesen konsentiert² und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) denkt zusammen mit dem Belegärzterverband darüber nach, welche Eckdaten der „Vertragsarzt in der stationären Versorgung“ der Zukunft braucht. Das ist erfreulich und aufmunternd. Allerdings ist auch Vorsicht geboten, denn die Gründe für die Brautwerbung muss man sich genauer anschauen. Bislang jedenfalls hat sich an den Eckdaten für das Belegarztwesen nichts geändert.

Woher kommt das Interesse am Belegarztwesen? Allerorten sorgen die (angedachten) Krankenhausreformen in Bund, Nordrhein-Westfalen (NRW) und Niedersachsen für viel Aufregung. Im Kern aller Reformvorhaben geht es um Umwandlung/Schrumpfung von Krankenhäusern/Krankenhausabteilungen. Der Instrumentenmix ist vielfältig, unterscheidet sich nach jeweiligem Gesetzgeber und ist durchgängig komplex. Instrumente



Ursula Hahn

sind Bedarfsplanung für stationäre Versorgung, schärfere Anforderung an die Häuser respektive Abteilungen beziehungsweise nach Indikationen, neue Finanzierungsregeln sowie Vergabe von Kontingenten. Über die Ausgestaltung und insbesondere um die Kompetenz von Bund einerseits und Ländern andererseits wird heftig gestritten. Einig sind sich alle, dass eine Krankenhausreform unumgänglich ist. Und das kann heftige Konsequenzen für Krankenhäuser haben, die Folgen reichen von Verlust einzelner stationärer Abteilung, Schrumpfung des anbietbaren Leistungsspektrums in fortbestehenden Abteilungen und im schlimmsten Fall bis zu einer Rückstufung des gesamten Hauses auf ein ambulantes Gesundheitszentrum mit Pflegebetten.

Ambulantisierung ist ein nicht minder scharfes Schwert. In der Augenheilkunde schon volumenstark umgesetzt, steht sie in anderen

Fächern noch ganz am Anfang. Der zum 01.01.2023 geänderte Vertrag zum ambulanten Operieren (AOP-Vertrag nach § 115b SGB V) hat erhebliche Konsequenzen, auch für die stationäre Augenchirurgie³: Während bislang die Operationen und Prozeduren grundsätzlich ambulant oder stationär erfolgen konnten, sind sie seit Jahresbeginn ambulant durchzuführen – es sei denn, es greift einer der (sehr restriktiv gefassten) patientenbezogenen Kontextfaktoren. Bislang haben Krankenhäuser fachübergreifend rund zwei Drittel der Operationen und Prozeduren aus den Abschnitten eins und zwei des AOP-Katalogs stationär erbracht, das entsprach 2019 mehr als 4,3 Millionen Leistungen⁴. Die finanziellen Konsequenzen sind erheblich: Die Umsätze nach dem für den AOP-Katalog maßgeblichen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sind in der Regel drastisch niedriger als die nach Diagnosis Related Group (DRG). Derzeit scheint der neue Katalog noch nicht scharf geschaltet, weil die Krankenhausverwaltungssysteme die für Kontextfaktoren erforderlichen zusätzlichen Datenfelder (noch) nicht abbilden.

Damit ist es aber noch nicht getan, auch sogenannte Hybrid-DRG (oder sektorengleiche Vergütung nach § 115b) stehen vor der Tür. Die Idee dabei: Die künftige Vergütungshöhe ist gleich hoch, unabhängig davon, ob ambulant oder stationär versorgt wird.

Sie richtet sich nach den bisherigen Anteilen in den jeweiligen Versorgungsformen – wurde mehr stationär erbracht, liegt die Vergütung näher bei der DRG und vice versa beim EBM. Die Selbstverwaltung mit KBV, DKG und Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV)-Spitzenverband hat sich nicht auf eine gemeinsame Umsetzungsempfehlung einigen können, jetzt will das Bundesministerium mit einer Ersatzvornahme tätig werden. Bislang hat sich das Ministerium eng an das Gutachten von Prof. Schreyögg angelehnt, gut möglich, dass es auch für die Ersatzvornahme Pate steht⁵. Die gutachterliche Empfehlung: Die häufigsten stationären, aber grundsätzlich ambulantisierbaren Operationen und Prozeduren werden Hybrid-DRG. Die Kataraktoperation ist in der Liste auf Platz 28 (Anhang zum Gutachten). Und auch damit ginge Krankenhäusern zum Teil kurzfristig, zum Teil mittelfristig – wenn die Abwärtsspirale greift – Umsatzvolumen verloren.

Im Kern geht es um das Know-how, Kultur und Ressourcen in der Niederlassung: Der Druck auf Krankenhäuser ist riesig, um das Schlimmste abzufedern wird gerade viel in die politische Waagschale geworfen: Die DKG fordert, dass nur Krankenhäuser nach Hybrid-DRGs versorgen dürfen (was Wortlaut des Gesetzes und Zusicherung aus dem Bundesministerium für Gesundheit

entgegensteht) und Vergütung von ambulanten Operationen angehoben werden (das sehen die Kassen nicht). Eine andere Strategie ist, die verschiedenen strangulierenden legislativen Maßnahmen zu verschleppen und zumindest zu behindern (sowohl auf Bundes- wie auf Landesebene ist Erfolg noch gut denkbar).

Trotzdem: Krankenhäuser müssen stationäre und ambulante Versorgung künftig mehr zusammen denken und stellen sich darauf ein. Was in der Augenheilkunde schon an vielen Orten geleistet wird, ist für Krankenhäuser in ihrer Gänze oft eine Herausforderung. Ein Manager eines Krankenhaus-MVZ berichtete sehr plakativ Beispiele über den täglichen Kulturclash: Fällt der Chefarzt im stationären OP aus, dann übernimmt selbstverständlich der Oberarzt – seine stationären Patienten kommen eben anschließend. Patienten werden über die zentrale Aufnahme und morgens alle zu einer Uhrzeit einbestellt und – auch bei ambulanter Durchführung – bis zur eigentlichen OP im Bett geparkt. Eine ambulante Sprechstunde funktioniert hingegen just in time, Patienten erwarten kurze Warte- und Durchlaufzeiten, Behandler müssen zu den festgesetzten Zeiten da sein. Stationäre Patienten können grundsätzlich von allen Ärzten versorgt werden, in der ambulanten Versor-

► Fortsetzung von Seite 6

gung gilt die persönliche Leistungserbringung; zudem dürfen Weiterbildungsassistenten nicht selbstständig tätig werden. Um ambulant tätig zu werden, müssen Krankenhausärzte trotz Expertise im (stationären) Ultraschallen für die ambulante Abrechnungsgenehmigung jährlich Kurse besuchen. Die Erreichbarkeit des Operateurs in der postoperativen Phase ist schwer zu organisieren. Auch die Abrechnung ist eine Herausforderung: Statt einer Pauschale, die oft von anderem als dem medizinischen Personal codiert wird, muss der Behandler bei ambulanter Versor-

gung Einzelleistungen nach EBM dokumentieren.

Krankenhäuser wollen und müssen nicht von Niedergelassenen lernen, sie suchen auch gezielt nach Kooperationen. Die Idee ist vermutlich, die Leistungen ohne den teuren Krankenhausapparat am Krankenhaus zu halten. Und hier kommt dann wieder das Belegarztwesen, genauer die Blaupause Belegarztwesen, ins Spiel. Krankenhaus und Belegarzt kooperieren, jeder mit klaren Zuständigkeiten und getrennter Abrechnung. Aus Krankenhaussicht ist die Lösung zwar nicht optimal (auf Belegärzte kann man weder hinsichtlich der Arbeitsabläufe noch der konkreten medizini-

schen Versorgung richtig zugreifen, Belegärzte verfolgen eigene Interesse als selbstständige Niedergelassene, sie sind potenziell Konkurrenz, wenn sie sich mit einem eigenen OP selbstständig machen. Stand heute behandeln sie zudem nur eigene und nicht die Patienten des Krankenhauses), Statusalternativen gehen jedoch mit anderen und zum Teil gravierenderen Problemen einher: So sind in Teilzeit am Krankenhaus tätige Niedergelassene und Honorarärzte sozialversicherungspflichtig und das Interesse daran war zumindest in der Vergangenheit gering. Die Gesetzgeber überlegen im Kontext der Krankenhausreform noch, dass künftig an li-Krankenhäusern

(also Krankenhäusern, die in Gänze zu einem Gesundheitszentrum mit Pflegebetten umgewandelt wurden) Krankenhaus- und Vertragsärzte nebeneinander arbeiten sollen – eine Option, aber keine Lösung für die spezifischen Krankenhausprobleme.

Die Herausforderungen für Belegärzte und Belegärztinnen sind eher größer geworden: Keines der Krankenhausreformvorhaben aus Bund und Ländern hat das Belegarztwesen wegen seines stationären Versorgungsbeitrags auf dem Schirm. Laut Krankenhausrahmenplan in NRW sind Belegabteilungen sogar explizit nachrangig, wenn eine Auswahlentscheidung zu treffen ist. Im

Krankenhausesetz Niedersachsen ist das Belegarztwesen nicht erwähnt, in einem Gespräch zwischen BdB und der (früheren) niedersächsischen Gesundheitsministerin hat sie keinen Bedarf für eine Sonderstellung gesehen. Im Bundeskonzept wurden Belegärzte für die stationären Krankenhauslevel (also jenseits von li-Krankenhäusern) nicht erwähnt, allerdings scheint der Gesetzgeber Belegabteilungen über alle Level mit zu denken, das jedenfalls haben Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit in verschiedenen Gesprächen versichert.

Die Überarbeitung des AOP-Vertrags mit Verpflichtung zur ambulanten Durchführung in Abwesenheit eines Kontextfaktors betrifft nicht nur Haupt- sondern auch Belegabteilung. Sie sind vielleicht noch vulnerabler, denn sie haben weniger Erfahrung und Expertise in der Codierung, die es zur Dokumentation der Kontextfaktoren braucht. Die wenigen ophthalmologischen Kontextfaktoren beschreiben seltene Patientenkonstellationen (Bsp.: purulente Endophthalmitis), in der Regel werden internistische greifen⁶. Praxen und MVZ in spezialisierten Organfächern wie der Augenheilkunde sind es jedoch nicht gewohnt, zum Beispiel ein geriatrisches Assessment durchzuführen.

Die zentralen und ständigen Forderungen für eine Revitalisierung des Belegarztwesens sind unverändert gültig. Es braucht eine angemessene Finanzierung der Leistungen von Belegärzten, die Vergütung nach EBM ist mit Blick auf den Zeitaufwand (An- und Abreise, Anpassen an die oft weniger effizienten Krankenhausabläufe) und Komplexitätsgrad der Leistungen insuffizient. Der Erlaubnisvorbehalt nach EBM muss entfallen; Belegärzte müssen wie Krankenhausärzte über die ganze Bandbreite der Augenmedizin versorgen können. Eine neue Forderung ist hinzugekommen: Die belegärztliche Versorgung muss auch nach Krankenhausreformen auf allen stationären Versorgungsstufen gleichwertig möglich sein.

Einen Nutzen haben die aktuellen Debatten und vielen Gespräche dann aber doch: Das Belegarztwesen rückt in den Fokus der gesundheitspolitischen Debatte. Daraus entstehen nicht nur neue und potenziell fruchtbare Gesprächsebenen und Koalitionen wie zum Beispiel die zwischen dem Belegärzterverband und der DKG. Im größeren Kontext steht das Belegarztwesen damit auch für die von vertragsärztlichen Praxen und Zentren ausgehende Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung. Ein wichtiger Kontrapunkt zur aktuellen politischen Debatte, die die Ambulantisierung oft ausschließlich vom Krankenhaus aus sieht. ■

Literatur auf Anfrage.

BAS 1
Sa., 17.06.

Saal Oslo
14.13–14.35 h

► Autorin:

OcuNet GmbH & Co. KG
PD Dr. rer. medic. Ursula Hahn
Geschäftsführerin der OcuNet Verwaltungs GmbH
Friedrichstr. 47, 40217 Düsseldorf
Tel.: 0211-1793266, Fax: 0211-793267
E-Mail: zentrale@ocunet.de
www.ocunet.de