

18.06.2019 Politik

Intersektorale Versorgung – eine Einbahnstraße?

B. Gibis



Bedingt durch technischen Fortschritt und demografische Entwicklung verlagert sich Leistungsgeschehen immer mehr in die ambulante Versorgung. Komplexe Prozeduren, die ehemals ausschließlich vollstationär erbracht werden konnten, sind Eingriffe mit allenfalls kurzzeitigen stationären Aufenthalten geworden, sofern sie nicht gänzlich ambulant erbringbar sind. Aus Sicht des Gesetzgebers, aber auch der Fachöffentlichkeit und insbesondere der Krankenhäuser, wird die Ambulantisierung zum Anlass genommen, unter dem Oberbegriff „Intersektorale Versorgung“ echte und

vermeintliche Sektorengrenzen einzureißen. Dieses Einreißen von Sektorengrenzen wird jedoch nur als Einbahnstraße verstanden: Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren über 20 Öffnungsmöglichkeiten der Kliniken für die ambulante Versorgung geschaffen. So können beispielsweise Kliniken, die an der Versorgung nach § 108 SGB V teilnehmen, vollumfänglich an der vertragsärztlichen Versorgung durch MVZ-Gründung teilnehmen. In geöffneten Gebieten oder solchen mit Unterversorgung ist dies durch Antragsstellung beim Zulassungsausschuss jederzeit möglich. Gleichzeitig ist allerdings festzustellen, dass Kliniken in unterversorgten Bezirken im Bereich der Grundversorgung wenig Neigung zeigen, dort ein MVZ zu gründen. Grundsätzliche Strukturprobleme bleiben dabei jedoch bestehen, allen voran das Kostenproblem für Krankenhäuser, ambulante Leistungen zu erbringen sowie die Schwerfälligkeit von Großbetrieben wie Krankenhäusern im kürzer getakteten, ambulanten Versorgungsbereich.

Die Verbindung vom ambulanten und stationären Sektor über Vertragsärzte wiederum tritt seit Jahren (Jahrzehnten) auf der Stelle. Die belegärztliche Versorgung erreicht jährlich einen neuen Tiefstand im Hinblick auf die Anzahl von belegärztlichen Einrichtungen insgesamt, als auch von Belegärzten als Leistungserbringer. Die im Grunde richtige Idee der Praxiskliniken, ergänzend zu Kliniken stationäre Leistungen für Kurzliegerpatienten auch durch Vertragsärzte anzubieten, wurde nie von den Vertragspartnern akzeptiert und kommt durch eine fehlerhafte Rahmenanlage nicht vom Fleck. Hierzu gehört insbesondere die Verhandlung eines Leistungskataloges durch den Bundesverband der Praxiskliniken mit dem GKV-Spitzenverband, was dieser rundweg ablehnt, genauso wie das Vorgehen der Landesebene, wonach Praxiskliniken zunächst eine Genehmigung des Landes als Klinik brauchen, um dann, im Krankenhausplan aufgeführt, Verträge mit Kassen als Praxisklinik schließen zu können.

Die Öffnung der Kliniken für Vertragsärzte durch 140-er-Verträge hat nicht wirklich stattgefunden, während prä- und poststationäre Leistungen, durch das Krankenhaus vergütet und durch Vertragsärzte erbracht, nie Versorgungsrealität geworden sind. Von unklarem Status ist der Honorararzt (analog Konsiliararzt), zum einen aufgrund einer

intransparenten Datenlage, zum anderen aufgrund der Strafgesetzgebung § 299 StGB. Gleichwohl kann davon ausgegangen werden, dass vertragsärztliche Tätigkeit in und für Kliniken in erheblichem Umfang auf diesem Wege geleistet wird.

Trend zu größeren Praxisstrukturen, insbesondere in der Chirurgie

Orthopäden und Chirurgen (Fachgruppenabgrenzung entsprechend der Zuordnung in der Bedarfsplanung am 31.12.2018), zwischenzeitlich analog der (M)WBO als eine Bedarfsplanungsgruppe in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zusammengefasst, haben sich in den letzten Jahren unterschiedlich entwickelt. Während die Zahl der Orthopäden auf 7.265 im Jahre 2017 angestiegen ist, ist ein leichter Rückgang bei den Chirurgen auf 6.114 (beide Zählung nach Köpfen) zu verzeichnen. Der Rückgang der Chirurgen ist z. T. durch Nachbesetzung frei werdender Sitze durch Orthopäden und Unfallchirurgen zu begründen. Bei beiden Gruppen besteht seit einigen Jahren ein Trend zur Teilzulassung bzw. -genehmigung, der bei Betrachtung der Gruppen nach Bedarfsplanungsgewichten zu einem Rückgang an tatsächlicher Arztzeit führt. So ging beispielsweise bei den Orthopäden die Anzahl von Vollzulassungen im Jahre 2008 von 87 % auf 66 % im Jahre 2017 zurück. Verstärkt wird dieser Trend durch Anstellungen, die ebenfalls zu einem Rückgang an zur Verfügung gestellter Arztzeit beitragen. Besonderheit der Fachgruppe der Chirurgen ist der hohe Anteil ermächtigter Ärzte (25 %), während Orthopäden weiterhin zu knapp 70 % mit eigener Zulassung und in eigener Praxis an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und der Anteil der ermächtigten Krankenhausärzte deutlich kleiner ist.

Während die Orthopädie von zahlreichen konservativ ausgerichteten Praxen geprägt wird, ist die Chirurgie „operativer“ ausgerichtet, was sich auch in den sich wandelnden Praxisstrukturen widerspiegelt. Einzel- und Gemeinschaftspraxen gehen anteilig zurück, während die Beschäftigungszahlen in MVZ und in Anstellung beständig in den letzten Jahren steigen. Bedingt durch die Abteilungsstruktur der Krankenhäuser stellen Chirurgen nach den Internisten die zweitgrößte Fachgruppe, die in Krankenhauseigenen MVZ tätig werden. Über zwei Drittel aller MVZ, in denen Chirurgen tätig sind, befinden sich in der Trägerschaft von Krankenhäusern (384 von 558 MVZ im Jahre 2017), ähnliches gilt für die Orthopäden. Auch hier werden knapp zwei Drittel aller MVZ, in denen Orthopäden tätig sind, durch Krankenhäuser getragen. Für Krankenhäuser ist die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch MVZ-Gründung ein etabliertes Vorgehen geworden, was einer umfänglichen Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung entspricht.

Intersektorale Versorgung als Einbahnstraße?

Diese umfängliche Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung hat keine Entsprechung in anderer Richtung. Eine intersektorale Versorgung „at its best“ ist die belegärztliche Versorgung, die Sektorengrenzen insofern nicht kennt, als dass behandelnde Belegärzte ihre Patienten nicht nur operieren, sondern vor- und nachbehandeln und Schnittstellenprobleme ambulant/stationär so gut wie nicht auftreten. Dennoch wird diese Form der Versorgung aus vielerlei Gründen immer unattraktiver: Hohe zeitliche Belastung (z. B. Rufdienst für die eigenen Patienten, Bereitschaftsdienst der KV), landestypische Unterschiede der Berücksichtigung im Krankenhausplan, erhebliche Vergütungsabschläge für die B-DRG sowie schleppender Innovationszutritt für ärztliche Leistungen durch den Verbotsvorbehalt des EBM sind nur eine Auswahl von Gründen, die im Unterschied zu den Orthopäden zu ständigen Rückgängen der belegärztlichen Versorgung in der Chirurgie führen (20 % weniger chirurgische Belegärzte 2008 bis 2017).

Ähnliches gilt für die praxisklinische Versorgung, für die wesentliche Rahmenbedingungen nach wie vor nicht geschaffen wurden, um diese Form der intersektoralen Diagnostik und Therapie aus einer Hand zu einem tatsächlichen Zukunftsmodell für die Gesetzliche Krankenversicherung zu machen. Die Vereinbarung eines Leistungskatalogs für die praxisklinische Versorgung nach § 122 SGB V wurde seitens der Krankenkassen trotz Vorstößen des Praxisklinikverbands nie in Angriff genommen. Verträge auf Landesebene nach § 115 Abs. 2 SGB V scheitern oft daran, dass die Aufnahme der Praxiskliniken in den Krankenhausplan i. d. R. nicht vorgesehen ist. Dies ist wiederum Voraussetzung nach gegenwärtiger Rechtslage, Verträge mit Kassen abschließen zu können. Die fehlende Rahmensetzung auf Bundesebene als auch die widrigen Rahmenbedingungen auf Landesebene haben dieses intersektorale, vertragsärztliche Modell bislang bis auf wenige Ausnahmen nicht entstehen lassen.

Die Gründe hierfür sind vielfältig – gemeinsam scheint für beide Bereiche der derzeitige „Skalierungstrend“ zu sein. Größere Einheiten mit umfassendem Versorgungsangebot werden seitens der Krankenversicherung, aber auch des Gesetzgebers per se als wirtschaftlicher und qualitätsorientierter angesehen als kleine Einheiten. Deutschland hat im internationalen Vergleich eine ungewöhnlich hohe Klinikdichte, deren Reduktion erklärtes Ziel ist. Die praxisklinische bzw. belegärztliche Versorgung hingegen repräsentiert kleinere Strukturen, die dem allgemeinen Trend, Krankenhausstrukturen zu konzentrieren und die Anzahl von Kliniken zu reduzieren, entgegenstehen können. Praxisklink und Belegabteilung werden damit Teil eines Bereinigungsprozesses, der eigentlich auf kleine Hauptabteilungen abzielt. Im Gegenteil wird offensichtlich befürchtet, dass mit der Förderung der belegärztlichen und praxisklinischen Versorgung die Anzahl kleiner, unübersichtlicher Einheiten weiter zunimmt. Hinzu kommt, dass die Intersektoralität der beiden Versorgungsformen zu Zuordnungsproblemen der Themen sowohl in der Ministerialbürokratie als auch bei der Krankenversicherung führt.

Mögliche Auswege

Drängendes Thema für die belegärztliche Versorgung ist die Aufnahme neuer Leistungen in den Anhang 2 des EBM, was derzeit in Angriff genommen wird. Der Innovationsrückstau führt dazu, dass zeitgemäße Leistungen derzeit nicht erfasst sind und damit nicht erbracht und abgerechnet werden können. Weiterhin ist darauf zu drängen, dass die Kalkulationsgrundlagen der B-DRG transparent gemacht und insofern angepasst werden, dass es für Krankenhäuser attraktiver wird, belegärztliche Versorgung anzubieten. Weitere Hinderungsgründe entstehen derzeit durch die Beschlussgebung des GBAs zu den Notfallstufen, die Voraussetzung für die Teilnahme der Kliniken an der Notfallversorgung ist. Der Beschluss sieht vor, dass für den Nachweis einer Fachabteilung die erforderliche Mindestanzahl von Ärzten ausschließlich angestellte oder beamtete Ärztinnen und Ärzte, nicht aber Belegärzte angerechnet werden. Dies führt zu einem weiteren Umwandlungsdruck auf Belegabteilungen. Aus Sicht der Krankenhausleitung ist die Umwandlung in eine Hauptabteilung unter Leitung eines Vertragsarztes als Honorararzt oder in Anstellung wirtschaftlicher, da andernfalls Vergütungsabschlüsse anfallen. Auf dieses Problem wurde wiederholt hingewiesen, eine Stimmberechtigung der Vertragsärzte im Gemeinsamen Bundesausschuss ist bei diesem „Krankenhausthema“ jedoch (noch) nicht vorgesehen. Grund dafür ist die Beschränkung der Beschlussauswirkungen auf das stationäre Vergütungssystem mit entsprechenden DRG Zu- und Abschlägen. Strukturfolgen, auch auf die vertragsärztliche Versorgung wie am Beispiel der Belegärzte gezeigt, reichen offensichtlich nicht aus, eine Stimmberechtigung der KBV in diesen Fragen begründen zu können. Unbenommen der zuvor beschriebenen Maßnahmen zum Erhalt der belegärztlichen Versorgung im Bestand ist zu prüfen, inwieweit die Diskussionen um den Hybridsektor auch für die belegärztliche Versorgung eine Überführung in dauerhafte, zukunftsfähigere Strukturen ermöglichen kann.

Während die belegärztliche Versorgung eine etablierte Form der Leistungserbringung darstellt und regional unterschiedlich hohe Versorgungsanteile erreicht, steht der „Startschuss“ für die praxisklinische Versorgung weiterhin

aus. Es ist nicht nachvollziehbar, warum diese moderne, sektorenübergreifende Form der Patientenversorgung gerade in der Diskussion um Vernetzung von ambulantem und stationärem Sektor im aktuellen Diskurs nicht vorkommt. Gerade die Überführung unwirtschaftlicher Krankenhausabteilungen in „ambulanter werdende“ Strukturen unter Erhalt des Standorts können sowohl durch Praxiskliniken als auch durch Belegabteilungen eine Transformation von Standorten in „ambulante“ Strukturen bewirken. Die KBV hat hierzu ein [Gutachten der Universität Bayreuth](#) erstellen lassen, das bis hin zu einem Business-Plan die Umwandlung kleiner stationäre Einheiten konzipiert. Die dauerhafte Finanzierung solcher Modelle über § 140a SGB V stellt keine gute Lösung dar (u. a. kein kassenartenübergreifender Bezug, Langfristigkeit i. d. R. nicht gegeben, höhere Transaktionskosten), besser geeignet sind etablierte Versorgungsformen, wie sie schon länger angelegt sind und endlich wieder gefördert bzw. endlich mit Leben gefüllt werden müssen.

§ 115b SGB V, § 115d SGB V, § 1116b SGB V und nun der Hybridsektor?

Die Verlagerung ehemals stationärer Leistungen in die ambulante Versorgung ist ein seit Jahren etablierter Trend und hat zu zahlreichen Gesetzesregelungen geführt, die Krankenhäusern die Erbringung spezialisierter Leistungen im ambulanten Setting ermöglicht. Während zunächst beim ambulanten Operieren von „stationersetzenden“ Leistungen gesprochen wurde, ist das „Hometreatment“ in der Psychiatrie neu hinzugetreten, das einer „stationsäquivalenten“ Leistung, erbracht in der Häuslichkeit der Patienten, entsprechen soll. Im Grunde handelt es sich um ambulante Versorgung durch Klinikpersonal, ein Konzept, das grundsätzlich auf andere komplexe Fallkonstellationen übertragbar scheint.

Allen diesen Versorgungsformen ist gemeinsam, dass für abgrenzbare Patientengruppen komplexe Teamleistungen durch Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe arbeitsteilig erbracht werden, die früher häufig vollstationären Leistungen entsprachen. Unter dem Begriff „Hybrid-Sektor“ werden derzeit i. d. R. all diejenigen Leistungen verstanden, die sowohl vom stationären als auch vom ambulanten Sektor bei gleicher Vergütung und gleichen Qualifikationsanforderungen erbracht werden können. Die Definition der Patientengruppe erfolgt über ICD mit ergänzender Schweregrad-Differenzierung und ist im Grunde nicht so sehr verschieden von der Grundidee der ASV oder noch früher der Idee des Ambulanten Operierens. Der Entwicklung dieses Sektors sowie eines dazugehörigen Leistungskatalogs mit der Frage, ob sich dieser ausschließlich auf die ambulante Versorgung oder auch stationäre Anteile umfasst (Übernachtungsleistungen), kommt derzeit deshalb einige Bedeutung zu. Sofern Übernachtungsleistungen Bestandteil des Hybridsektors werden, eröffnen sich damit auch Möglichkeiten für die Überführung bzw. Wiederbelebung der beiden sektorenübergreifenden vertragsärztlichen Versorgungsformen. Der derzeit breit diskutierte „Hybrid-Sektor“ ist auch Gegenstand einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die die Koalitionäre vereinbart haben. Ein weiterer ausschließlich ambulant ausgerichteter Sektor wird der Idee der sektorenübergreifenden Versorgung nicht gerecht, sondern stellt nur eine weitere einseitige Krankenhausöffnung dar. Die Erweiterung um sog. Kurzliegerfälle kommt einer echten, nahtlosen Vernetzung beider Sektoren schon näher und sollte deshalb Berücksichtigung in den derzeitigen Überlegungen finden.

Ausblick

Wie in kaum einem anderen Fachgebiet findet in den Fachgebieten der Orthopädie und Chirurgie intersektorale Vernetzung nicht nur auf kollegialer, sondern auch auf struktureller Ebene statt. Die Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung hat gerade in diesen Fachgebieten mit den größten Umfang eingenommen, da insbesondere die Chirurgie ein Kerngebiet der Krankenhausversorgung darstellt. Der Anteil der ermächtigten Krankenhausärzte an der vertragsärztlichen chirurgischen Versorgung wiederum beträgt 25 %. Die Verzahnung beider Sektoren über die

Tätigkeit von Vertragsärzten in der Krankenhausversorgung wurde hingegen seit Jahren zurückgefahren (Belegärzte) bzw. nie wirklich in Angriff genommen (Praxiskliniken). Durch Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz sowie durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurden vielmehr Möglichkeiten geschaffen, wie Vertragsärzte als Honorarärzte oder als Angestellte des Krankenhauses die Hauptabteilungsstruktur personell stützen. Beides hat neben anderen Gründen zu einem signifikanten Rückgang insbesondere der exemplarisch sektorenübergreifenden belegärztlichen Versorgung geführt und zur Intransparenz des Versorgungsgeschehens beigetragen.

Neben den beschriebenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der belegärztlichen und dem Versuch, die praxisklinische Versorgung in Gang zu bringen, sollte der Ausrichtung der sog. Hybridversorgung einige Aufmerksamkeit entgegengebracht werden. Von Bedeutung scheint hier zu sein, dass dieser Sektor nicht ein neuer Versuch der Öffnung von Kliniken für komplexe ambulante Leistungen wird, sondern auch Vertragsärzten die Erbringung von Übernachtungsleistungen ermöglicht. Gleiche, qualitätsorientierte Zugangsvoraussetzungen für vertragsärztliche und stationäre Einheiten sind dabei genauso essenzielle Rahmenbedingungen wie die Vergleichbarkeit der Vergütung für erbrachte Leistungen.

Die Weiterentwicklung vertragsärztlicher Tätigkeit in Kliniken auf dem Boden eines entsprechend kalkulierbaren und sicheren Fundaments ist dabei nicht nur ein Beitrag zur nachhaltigen Sicherung der Versorgungslandschaft für unsere Patienten, sondern trägt auch zur Attraktivität der Berufsausübung in Selbstständigkeit insbesondere für künftige Arztgenerationen bei. Es scheint an der Zeit, dass der Terminus „sektorenübergreifend“ sich löst von der bisherigen Vorgehensweise der ausschließlichen Krankenhausöffnung für ambulante Leistungen hin zu einer echten Durchlässigkeit des Systems durch Schaffung eines Leistungssektors, in dem Vertragsärzte und Krankenhäuser Leistungen auch mit Kurzaufenthalten im Sinne einer erweiterten ambulanten Versorgung (EAV) erbringen können.

Gibis B: Intersektorale Versorgung – eine Einbahnstraße? Passion Chirurgie. 2019 Mai, 9(05): Artikel 03_02.

Autor des Artikels



Dr. Bernhard Gibis

Dezernat 4, Verträge und Ordnungsmanagement
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

[> kontaktieren](#)