

Dezember 2022

BDI Position

Intersektorale Versorgung

Internistische Forderungen für eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung in Kliniken und Praxen



Medizinische Innovationen und neue Behandlungsprozesse ermöglichen es, bislang ausschließlich stationäre Leistungen auch ambulant zu erbringen. Damit verschiebt sich das Leistungsgeschehen immer mehr in die ambulante Versorgung. Die Ambulantisierung bietet den medizinischen und politischen Anreiz, echte und vermeintliche Sektorengrenzen einzureißen. Dafür müssen die gesetzlichen Hürden jedoch weiter abgebaut werden.

Gleiche Voraussetzungen für alle

Die Verlagerung stationärer Leistungen in die ambulante Versorgung ist ein etablierter Trend in der medizinischen Versorgung. Komplexe Prozeduren, die ehemals ausschließlich vollstationär erbracht wurden, sind Dank des technischen Fortschritts und neuer Behandlungsprozesse allenfalls zu kurzstationären Aufenthalten geworden, sofern sie nicht sogar vollständig ambulant durchgeführt werden können.

Die Gesundheitspolitik hat sich das Motto „ambulant vor stationär“ seit Jahren auf die Fahnen geschrieben. Die Ambulantisierung dient als Anstoß, um unter dem Oberbegriff „Intersektorale Versorgung“ die historisch gewachsenen Sektorengrenzen einzureißen. Von einer besseren Vernetzung und sektorenübergreifenden Behandlungsabläufen sollen nicht nur die Patientinnen und Patienten profitieren; die Politik verspricht sich auch erhebliche Kosteneinsparungen.

Bei der Umsetzung hinkt Deutschland im internationalen Vergleich jedoch immer noch hinterher. Für eine echte Durchlässigkeit des Systems bedarf es deshalb substantieller ordnungspolitischer Reformen. In der letzten Legislaturperiode hat eine eigens eingerichtete Bund-Länder-Arbeitsgruppe Vorschläge erarbeitet – ohne Konsequenzen. Jetzt steht das Thema erneut auf der gesundheitspolitischen Agenda.

Dabei soll auch ein Reformprojekt helfen, das mit dem MDK-Reformgesetz im Jahr 2020 initiiert wurde: die Überarbeitung des Katalogs für ambulantes Operieren (AOP). Das IGES-Institut hat im März dieses Jahres sein Gutachten dazu vorgestellt und aufgezeigt, welche stationären Leistungen zukünftig sowohl von Vertragsärztinnen und -ärzten als auch Krankenhäusern ambulant erbracht werden können.

Eine konsequente, bedarfsgerechte und ressourcenschonende Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ setzt voraus, dass Behandlungen grundsätzlich ambulant durchgeführt werden müssen. Jede stationäre Durchführung erfordert eine Begründung. Zu dem fallindividuellen Kontext zählen neben bestimmten Grunderkrankungen und dem individuellen Eingriffsrisiko der Patienten auch der Schweregrad des Eingriffes sowie soziale Faktoren, wie z.B. Alter, Familienstand oder das soziale Umfeld.

Das Einreißen der Sektorengrenzen darf jedoch keine Einbahnstraße sein. Bislang hat der Gesetzgeber vor allem Öffnungsmöglichkeiten der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung geschaffen. Eine intersektorale Versorgung, an der Vertragsärzte und Kliniken gleichberechtigt teilnehmen, benötigt deshalb eine einheitliche Leistungsvergütung. Ausgangslage für die Vergütung müssen hierbei die Fallpauschalen (DRG) – inklusive des Verbotsvorbehalts für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – sein.

Damit intersektorale Leistungen sowohl ambulant als auch stationär auf demselben Qualitätsniveau erbracht werden, ist es notwendig, einheitliche und gesicherte Qualitäts- und Strukturvorgaben zu definieren. Um eine hochwertige Behandlungsqualität zu gewährleisten, sollte für intersektorale Leistungen ein Qualifikationsniveau angelehnt an den „Facharztstatus“ aus der vertragsärztlichen Versorgung gelten. Strukturelle, personelle und administrative Anpassungen sind damit für Vertragsärzte und Krankenhäuser gleichermaßen unvermeidlich. In der Übergangsphase, das zeigen die Erfahrungen aus anderen Ländern, braucht es deshalb finanzielle Anreize, um die Umstellung zügig ins Rollen zu bringen.

Unsere Forderungen im Detail

Für eine kontinuierliche, effiziente und bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten über die Sektorengrenzen hinweg, braucht es entschlossenes gesetzgeberisches Handeln. Folgende Änderungen sind aus Sicht des BDI notwendig.

1. Ordnungspolitik

Um der intersektoralen Versorgung die notwendige gesetzliche Grundlage zu geben, bedarf es einer Überarbeitung der gültigen gesetzlichen Vorgaben. Dabei sollten alle in §§ 115 bis 122 SGB V definierten intersektoralen Leistungen – angefangen vom ambulanten Operieren, der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) bis hin zum Belegarztwesen – zu einem § 115 neu SGB V zusammengefasst werden, um Leistungsdefinitionen, Qualitätskriterien und Vergütungsregelungen einheitlich zu definieren.

Der BDI fordert einen einheitlichen Rechtsrahmen für alle intersektoralen Leistungen im Sozialgesetzbuch V.

2. Grundsatz

Für intersektorale Leistungen muss das Prinzip „ambulant vor stationär“ gelten. Leistungen, die stationär erbracht werden sollen, müssen grundsätzlich begründet werden. Der fallindividuelle Kontext entscheidet, in welchem Versorgungsbereich der Patient behandelt wird.

Der BDI fordert, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ konsequent auf den intersektoralen Leistungsbereich anzuwenden.

3. Innovation

Die geltende Regelung, dass vertragsärztliche Leistungen nur nach Genehmigung durch den G-BA (Erlaubnisvorbehalt) erbracht werden dürfen, verhindert die Einführung medizinischer Innovationen in der ambulanten Versorgung. Damit innovative Leistungen sowohl durch Vertragsärztinnen und -ärzte als auch von Krankenhäusern erbracht werden können, muss der im Krankenhaus gültige Verbotsvorbehalt für alle intersektoralen Leistungen gelten. Aber auch hier gilt: Der fallindividuelle Behandlungskontext bestimmt den Ort der Durchführung.

Der BDI fordert den Verbotsvorbehalt für intersektorale Leistungen.

4. Qualifikation

In der ambulanten Versorgung müssen vertragsärztliche Leistungen von Fachärztinnen und Fachärzten erbracht werden (Facharztstatus). Im Krankenhaus hingegen gilt der Facharztstandard, der es auch Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung ermöglicht, Leistungen zu erbringen. Um sowohl Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, intersektorale Leistungen zu erbringen, als auch der zunehmenden Ambulantisierung der Weiterbildung Rechnung zu tragen, muss für die intersektorale Versorgung der Facharztstandard möglich sein, z.B. durch den Kompetenznachweis gemäß Weiterbildungsordnung. Wichtig ist: Die Behandlungsqualität für den Patienten und seine Sicherheit stehen dabei immer im Vordergrund.

Der BDI fordert für intersektorale Leistungen ein Qualifikationsniveau angelehnt an den Facharztstatus.

5. Vergütung

Der Schweregrad des Eingriffes sowie die notwendige personelle und technische Infrastruktur bestimmen die Höhe der Vergütung. Hierzu wird ein 3-Stufenmodell etabliert: Stufe 1 orientiert sich am Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), Stufe 2 und 3 orientieren sich am DRG-System. Neue Versorgungsprozesse zu etablieren ist aufwendig und kostenintensiv. Aus diesem Grund ist eine Konvergenzphase notwendig, in der es Vergütungszuschläge gibt. Nur durch adäquate Anreize kann eine zeitnahe Umstellung gelingen.

Der BDI fordert ein am Schweregrad des Eingriffes orientiertes gestuftes Vergütungssystem.

6. Kooperation

Um rund um die Uhr mögliche Komplikationen behandeln zu können, ist eine Kooperation zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und einem Krankenhaus verpflichtend. Von dieser Kooperation müssen beide Seiten profitieren: die Vertragsärzte durch die Absicherung ihres Notfallmanagements; die Kliniken durch eine mögliche Beteiligung der Niedergelassenen an Hintergrunddiensten und insbesondere sektorenübergreifenden Weiterbildungsverbünden.

Der BDI fordert eine verpflichtende Kooperation zwischen Krankenhäusern und Vertragsärztinnen und -ärzten.



Stärken
Sie die
Innere!

**Sie finden unsere Position wichtig?
Dann fördern Sie die Durchsetzungskraft des BDI mit Ihrer Mitgliedschaft.**

www.bdi.de



Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)

Schöne Aussicht 5 • 65193 Wiesbaden
Tel.: 0611. 181 33-0 • Fax: 0611. 181 33-50
info@bdi.de

Präsidium

Christine Neumann-Grutzeck (Präsidentin)
Dr. med. Norbert Smetak (1. Vizepräsident und Schatzmeister)
PD Dr. med. Kevin Schulte (2. Vizepräsident)

Geschäftsführung

Tilo Radau (Geschäftsführer)
Bastian Schroeder (Stellv. Geschäftsführer)