

# Bitte kein Kräftemessen zwischen Klinik und Praxis

Die mit der Klinikreform angedachte Ambulantisierung darf nicht ohne die Niedergelassenen gedacht werden, mahnt das Praxisnetz Münchner Ärzte. Gemeinsam mit einem Medizinerjuristen erarbeitet das Netz, wie gleichberechtigte Hybrid-DRG aussehen könnten.

Das Interview führte Rebekka Höhl

*Bund und Länder ringen weiter um die Klinikreform, trotzdem will Lauterbach am grundsätzlichen Fahrplan festhalten. Danach sollen ab 2025 die Leistungsgruppen den Krankenhäusern zugewiesen werden. Die bisherigen Eckpunkte, auf die sich Bund und Länder einigen konnten, würden Sie als Ärztenetz aber nicht komplett unterschreiben. Sie kritisieren etwa – dies sogar in einem Positionspapier –, dass die angedachte Ambulantisierung von Leistungen eher Einbahnstraße denn der Weg zur intersektoralen Zusammenarbeit ist. Warum?*

**Dr. Francisco X. Moreano:** Die als Teil der Krankenhausreform vorgesehene Ambulantisierung von bestimmten, bisher stationär durchgeführten Eingriffen, ist von allen Seiten als ein überfälliger Schritt begrüßt worden. Der Wegfall von Kosten aufgrund der zu vermeidenden Übernachtungen und die damit verbundene Entlastung von Pflegekräften sind unbestritten.

Bemerkenswert ist jedoch, dass sich die zuständigen Gremien scheinbar ausschließlich auf die Umsetzung einer Ambulantisierung im Krankenhaus-Setting fokussiert haben. Uns erscheint es allzu offensichtlich, dass die Verlagerung von bisher stationären Leistungen in den ambulanten Sektor zum großen Teil auch von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aufgefangen werden wird, denn hier findet der

überwiegende Schwerpunkt der ambulanten Versorgung statt.

Aber wie genau sollen die Niedergelassenen am Hybrid-DRG-System teilnehmen? Welche Förderungen sind für die Transformationskosten der Niedergelassenen vorgesehen? Das sind zentrale Fragen, die nicht beantwortet sind.

**Dr. Andreas Czernik:** Mit der ambulanten Durchführung von Leistungen im Krankenhaus-Setting und der Entlassung von Patienten nach wenigen Stunden ist es nicht getan. Um eine sinnvolle Ambulantisierung im Sinne der Patienten in die

Wege zu leiten, muss der Fokus auf die Patientenführung und auf das Zusammenspiel von Op-Vorbereitungs-, Aufklärungs-, Behandlungs- und Nachsorgeprozessen, sowohl im Krankenhaus- als auch im Praxis-Setting, gelegt werden.

Das bisher präsentierte Modell steuert unseres Erachtens lediglich auf die Vermeidung von stationären Aufenthalten zu. Ein Zusammenwachsen vom stationären und ambulanten Sektor ist so noch nicht ausreichend erkennbar.

*Sie sprechen in ihrem Papier ja sogar von einem möglichen stärkeren*

*Konkurrenzkampf der Sektoren bei lukrativeren Leistungen. Aber fördert Konkurrenz bzw. Wettbewerb denn nicht auch eine wirtschaftlichere Versorgung, ebenso wie eventuell eine höhere Qualität?*

**Czernik:** Richtig, eine negative Konkurrenzspirale wäre das Ergebnis, wenn diese Reform lediglich auf die Einsparung von Übernachtungs- und Pflegekosten und nicht auf ein echtes Zusammenspiel der Sektoren in einer integrierten Patientenversorgung abzielt. Wenn die Krankenhäuser und die Niedergelassenen in einen Konkurrenzkampf um Hybrid-DRG-Leistungen verfallen, ha-

ben wir die Probleme lediglich verlagert und keine patientenorientierte Gesundheitspolitik betrieben.

**Moreano:** In Ihrer Frage sprechen sie die Förderung von Wirtschaftlichkeit und Qualität durch Wettbewerb an. Das ist das Prinzip einer freien Marktwirtschaft. Da aber im deutschen Gesundheitssektor aufgrund von sozialpolitischen Faktoren keine freie Marktwirtschaft vorgesehen ist, kann kein freier Wettbewerb als Korrektiv herangezogen werden.

Ein Beispiel: Die ambulante ärztliche Tätigkeit in der niedergelassenen Praxis bedarf einer Kassenzulassung. In Krankenhäusern angestellte Ärzte werden dagegen scheinbar keine Kassenzulassung benötigen, um bestimmte ambulante Leistungen zu erbringen. Ähnlich verhält es sich mit für Krankenhäuser vorgesehenen Förderungen für den Transformationsprozess, die für die Niedergelassenen scheinbar nicht vorgesehen sind, obwohl hier auch Aufwände für die Etablierung von neuen Prozessen entstehen werden.

Der Wettbewerb benötigt in einem regulierten Gesundheitssektor faire Spielregeln für eine wirtschaftliche Co-Existenz der ambulanten, stationären und pflegerischen Sektoren.

*Angedacht ist ja, Sie haben es bereits erwähnt, eine einheitliche sek-*

*torübergreifende Vergütung in Form von Hybrid-DRG. Wie müssten diese denn aus der Netzsicht heraus gestaltet sein?*

**Czernik:** Im Referentenentwurf vom September 2023 sind verschiedene Hybrid-DRG für eine Reihe von Eingriffen aus dem AOP-Katalog vorgestellt worden. Mit diesen Hybrid-DRG sollen die Gesamtkosten, d.h. von der Op-Vorbereitung und Planung bis zum Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, abgegolten werden.

Hier wird besonders deutlich, dass das Design der Ambulantisierung nicht auf eine kooperative, sektorenübergreifende Patientenversorgung abstellt. Wer erhält die Vergütung, wenn Patienten intersektoral betreut werden? Das heißt, wenn die Op-Vorbereitungen – wie sonst üblich – in der niedergelassenen Praxis stattfinden? Oder, wenn Belegärzte die ambulante Op im Krankenhaus-Setting erbringen? Und wie ist der genaue Abrechnungsprozess der Hybrid-DRG, wenn die ambulante Op in der niedergelassenen Praxis erbracht wird?

**Dr. Martin Greiff:** Eine sektorenübergreifende Vergütung ist sehr zu begrüßen. Diese muss allerdings mit entsprechenden rechtlichen Möglichkeiten der sektorenübergreifenden ärztlichen Kooperation und mit klaren Abrechnungsprozessen für beide Sektoren versehen sein.

Der Referentenentwurf lässt insbesondere Fragen bezüglich der Leistungserbringung in den ambulanten Praxen offen.

*Was halten Sie von der geplanten Übergangsfinanzierung mit Tagespauschalen, die an die Level Ii-Kliniken gehen? Bei Leistungserbringung durch Niedergelassene soll der Behandlungstagesatz niedriger sein und weiterhin der EBM gelten. Ist das zielführend?*

**Greiff:** Nein, das ist nach unserer Auffassung nicht zielführend. Das Ergebnis wäre die Öffnung der ambulanten Leistungserbringung für Krankenhäuser und Vergütung mittels Hybrid-DRG. Dies losgelöst von der Notwendigkeit einer Kassenzulassung. Der Zugang zu den Hybrid-DRG würde den niedergelassenen Praxen bis auf weiteres verwehrt bleiben. Gleichzeitig müssten sie aber den Mehraufwand von Op-Vorbereitungen und für die Nachsorge tragen.

Der Prozess der Ambulantisierung muss gleichzeitig aus der Perspektive der Krankenhäuser und der niedergelassenen Praxis behandelt werden.

*Wie werten Sie generell, dass Level Ii-Krankenhäuser auch aus ambulanten Strukturen heraus entstehen können? Und im Prinzip ein regionales oder integriertes Gesundheitszentrum Level-Ii-Haus werden*

*könnte. Eine Chance auch für Versorgungsnetze?*

**Moreano:** Level Ii-Krankenhäuser sollen in erster Linie durch die Umwandlung von bestehenden Krankenhäusern entstehen. Eine mögliche Entstehung aus Strukturen der Niedergelassenen heraus wird ebenfalls im Eckpunktepapier zur Krankenhausreform genannt, die Ausgestaltung ist zurzeit allerdings sehr vage. Ii-Krankenhäuser werden ja aller Voraussicht nach sehr unterschiedliche Gestalten annehmen. Die konkrete Form wird stark von den regionalen Begebenheiten und von den Möglichkeiten der Bildung von Kooperationen mit den Niedergelassenen abhängen.

Interessant kann zum Beispiel das Zusammenspiel mit der ambulanten Bedarfsplanung werden. In Bayern gelten fast alle Planungsbeurteilungen für die allgemeine, spezielle und gesonderte fachärztliche Versorgung als übertarnt. Daher ist eine Kooperation mit den Praxen zwingend, wenn die neue Legislative keine Hintertür zur Aufweichung der Bedarfsplanung vorsieht.

**Greiff:** Kopfschmerzen bereiten uns rechtliche Rahmenbedingungen aus anderen Rechtsbereichen, wie z.B. Arbeitsrecht. Wie sollen Kooperationen entstehen, wenn die Urteile gegen die Freiberuflichkeit, z.B. Honorärärzte oder Poolärzte voranschreiten? Sind die Belegärzte >>

