

Rolle der niedergelassenen Anästhesisten im Rahmen der sektorenverbindenden Versorgung

NARKA Berlin 2022 am 3. September 2022
Dr. Andreas Köhler, Ehrenpräsident SpiFa e.V.

Anästhesie als freier Beruf

Warum diese Einleitung?

- Anästhesisten sind und bleiben unter den Fachgruppen der Fachärzte in Klinik und Praxis das Chamäleon!
- Wie bei keiner anderen Arztgruppe im ambulanten Bereich lässt sich ein extrem indifferentes Leistungsspektrum feststellen.
- Anästhesisten schwimmen seit 2009 mit ihren Abrechnungsdaten unverändert in der Mitte der niedergelassenen Fachärzte (Honorarbericht der KBV).
- Anästhesisten sind in unterschiedlichstem Ausmaß ärztlich unternehmerisch tätig.
- Sie sind für Strukturveränderungen an der Schnittstelle ambulant/stationär „statustechnisch“ extrem anfällig.

Legaldefinition

- Die freien Berufe haben im Allgemeinen auf der Grundlage besonderer **beruflicher Qualifikation** oder schöpferischer Begabung die **persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit zum Inhalt.**
- Bei Ausübung eines freien Berufs muss der persönliche Arbeitseinsatz gegenüber dem Einsatz von Kapital eine besondere Rolle spielen.
- Die Vergütungen für freiberufliche Tätigkeiten sind in **Gebührenordnungen** festgelegt. Dadurch soll der Willkür bei der Rechnungslegung im Interesse der Kunden/Patienten entgegengewirkt werden.

Definition des freien (Arzt-)Berufs

Legaldefinition

Charakteristika:

- Patientenschutz
- diagnostische und therapeutische Unabhängigkeit
- persönliche Leistungserbringung
- eigenständig in der Qualitätssicherung, -förderung und -kontrolle
- eigene Gebührenordnung
- Selbstverwaltung

Künstliche Intelligenz ersetzt den freien Beruf?

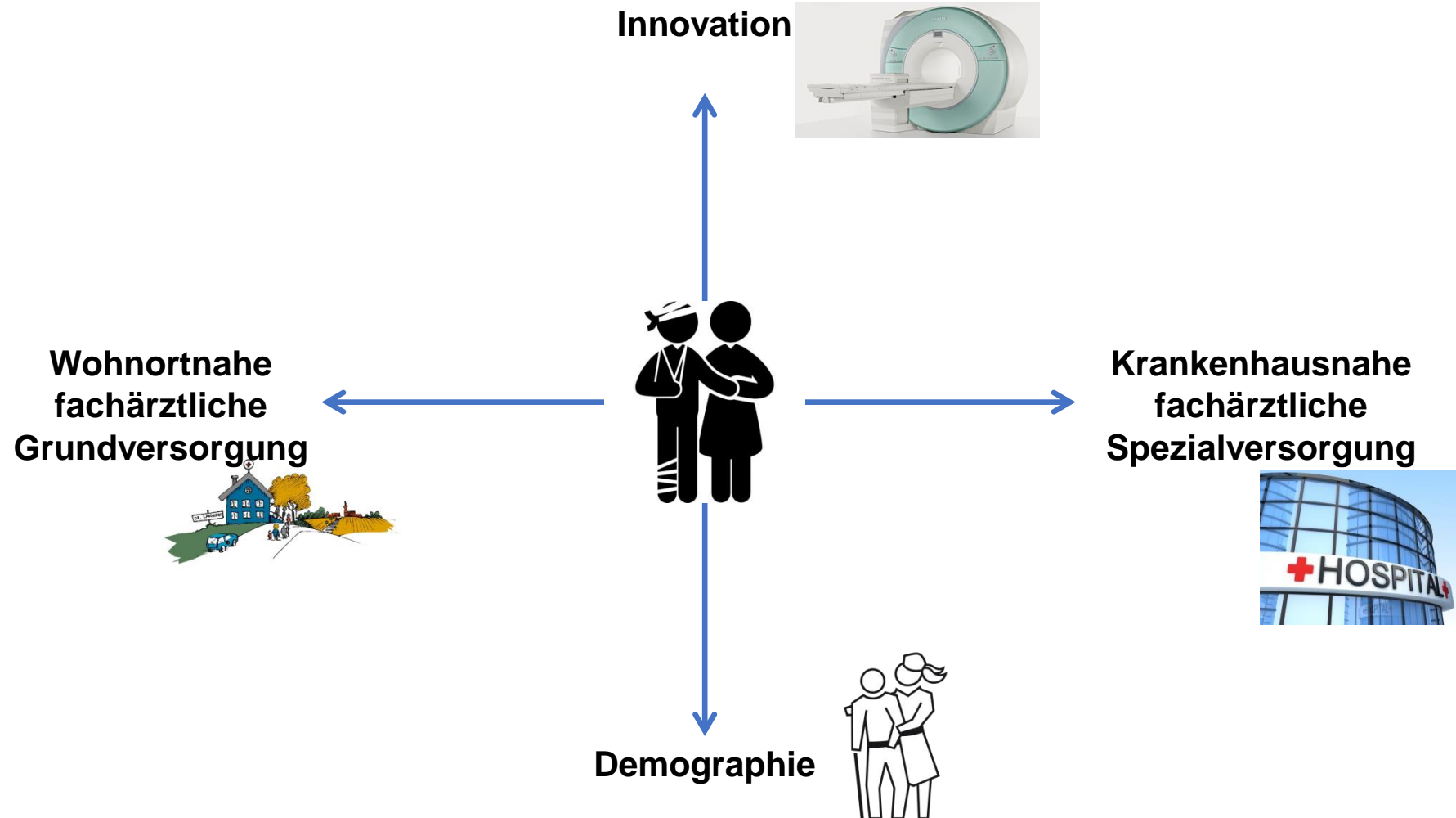
„Künstliche Intelligenz soll die Medizin schon bald von Grund auf verändern. Menschen werden dann womöglich keinen Arzt mehr konsultieren, wenn sie krank sind – sondern auf **Algorithmen (AI)** und **selbstlernende Systeme (machine learning oder deep learning)** treffen.“

oder

„Der Arzt als Mensch zeichnet sich im Gegensatz zu AI durch **soziale Kompetenzen, Anteilnahme und Einfühlungsgabe aus**. Er ist – im Unterschied zu bloßen Daten und Algorithmen – in der Lage, **Ängste zu nehmen, Hoffnung zu spenden und Freude zu teilen**. Das Verhältnis zwischen dem Patienten und seinem Arzt basiert auf einem **Vertrauensverhältnis**, das über die reine Vermittlung von Fakten, Wissen und Daten zur Gesundheit und Versorgung hinaus geht. Patienten befinden sich durch Krankheit in einer emotionalen Ausnahmesituation.“

Spannungsfeld Anästhesie

Spannungsfeld: Berufsbild, Innovation und Demografie

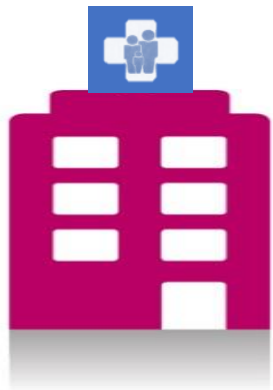


A close-up photograph of a middle-aged male doctor with grey hair and glasses, wearing a white lab coat over a light blue shirt and a dark patterned tie. He has a stethoscope around his neck and is smiling warmly. The background is slightly blurred, showing a vase with white flowers and a framed picture on the wall.

Erfahrungen mit der Gesetzgebung und den untergesetzlichen Normen an der Schnittstelle ambulant/stationär

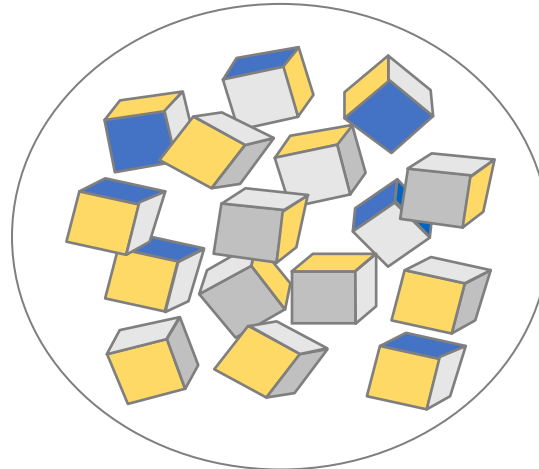
Erfahrungen mit der Gesetzgebung seit 1990

Vertragsarzt



- Integrierte Versorgung etc §§ 140a ff.
- Belegärzte § 121
- Praxiskliniken § 115
- MVZ
- BGB-Kooperation VÄndG

Nahtstelle



- Entlassmanagement
- Sektorenübergreifende QS

- **Ambulantes Operieren § 115b**
 - **Vor- und nachstationär § 115a**
 - **Ermächtigungen § 116**
 - Psychiatrische Institutsambulanzen § 118
 - Geriatrische Institutsambulanzen § 118a
 - Soz.-Päd. Zentren § 119
 - **Notfallambulanzen EBM**
 - **Teilstationär § 39**
 - Spezialambulanzen an Kinderkliniken § 120-121a
 - DMP § 137
- Ambulante Behandlung bei Unterversorgung § 116a
- Hochschulambulanzen § 117
- **ASV § 116b „alt und neu“**

Krankenhaus



Erfahrung mit der Gesetzgebung seit 1990

- Nichts ist wirklich gelungen, der Gesetzgeber hatte keine glückliche Hand.
- Reformen sind fast immer mit der „Brille des Krankenhauses“ erfolgt.
- Das Problem Erlaubnis-/Verbotsvorbehalt ist nicht gelöst (Ausnahme: ASV).
- Es gibt (Ausnahmen bestätigen die Regel) keine sektorenübergreifende Qualitätssicherung.
- Die ambulante Vergütung ist gegenüber der stationären Vergütung unattraktiv. Ausweichstrategien sind bekannt.
- Es gibt keinen Wettbewerb auf gleicher Augenhöhe.
- Politisch wird die Abschaffung der Freiberuflichkeit und der „angestellte Arzt“ gezielt in Kauf genommen.



SpiFa-Konzept

„Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen“



Vorweg: § 115 b SGB V und „SpiFa-Konzept“

Nicht verwechseln mit der Aussage zu „Hybrid-DRG“ in der Koalitionsvereinbarung und nicht verwechseln mit dem SpiFa-Konzept

- Verhandlungen laufen aktuell mit dem Ziel der „maximalen Ambulantisierung“ zwischen GKV-Spitzenverband und KBV sowie dreiseitig mit der DKG.
- Bezug zur „same day surgery“ und „over night surgery“ bieten Chancen für die Anästhesiologie.
- Entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten für Anästhesien und postoperative Betreuung sind vorgesehen.
- Verhandlungen sollten zu Ende geführt werden und zwar ohne Blick auf eine ggf. in zwei Jahren stattfindende Strukturreform.

ABER

Verhandlungen zu § 115 b SGB V

Schreiben der DKG vom 15.08.2022 an die Regierungskommission Krankenhaus

Die überwiegende Mehrheit der ca. 2.500 vorgeschlagenen Leistungen mit Ambulantisierungspotenzial erfordern spezifische Strukturvoraussetzungen, eine interdisziplinäre Leistungserbringung und eine qualifizierte Nachsorge, um die Patientensicherheit auch bei einer ambulanten Leistungserbringung zu gewährleisten sowie die Qualität der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Behandlung zu sichern. Dies kann über eine ausschließliche Erweiterung des AOP-Katalogs unter den Bedingungen des § 115b SGB V nicht gelingen.

Durch den gewählten potenzialorientierten Ansatz bietet das Gutachten eine Grundlage, für die Definition von Leistungen für einen neuen klinisch-ambulanten Bereich. Bei diesem sollten die Krankenhäuser zukünftig nach medizinischen Aspekten selbst entscheiden können, ob die Leistung klinisch-ambulant oder stationär erbracht wird. Die im Koalitionsvertrag benannten Hybrid-DRGs bieten die Chance, auch den notwendigen finanziellen Anreiz zur Ambulantisierung bisher vollstationärer Versorgung am Krankenhaus zu setzen.

Eine solche Entwicklung hin zur Ambulantisierung unter gesicherten Rahmenbedingungen entspricht nicht nur den Wünschen der Patientinnen und Patienten sondern eröffnet auch die Perspektive für einen planvollen Strukturwandel in der Krankenhausversorgung und zur notwendigen Effizienzsteigerung im gesamten Versorgungsgeschehen vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung.



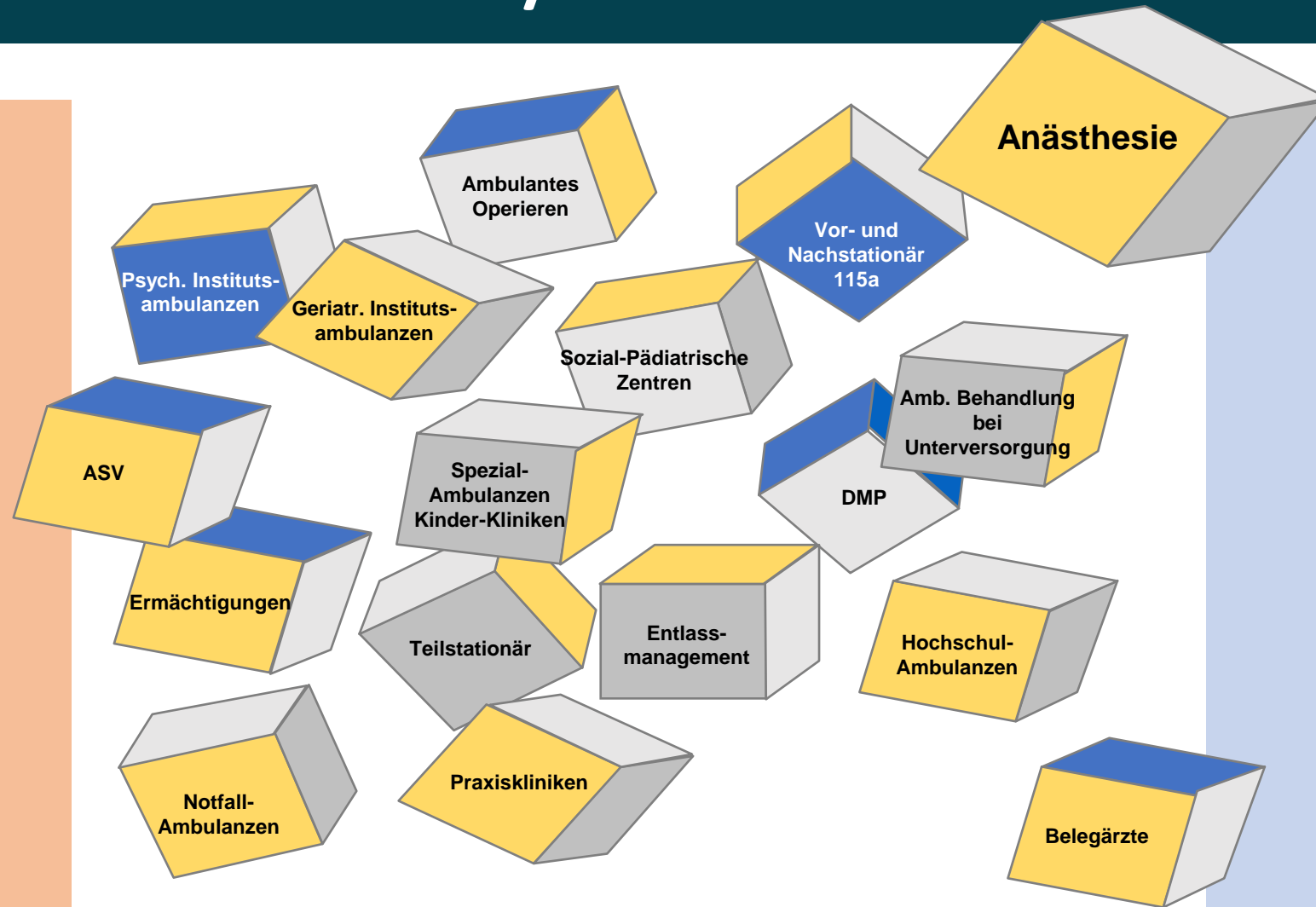
SpiFa-Konzept

„Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen“

Ist-Zustand Schnittstelle ambulant/stationär

**Ambulante
Versorgung**

46 Mrd. EUR



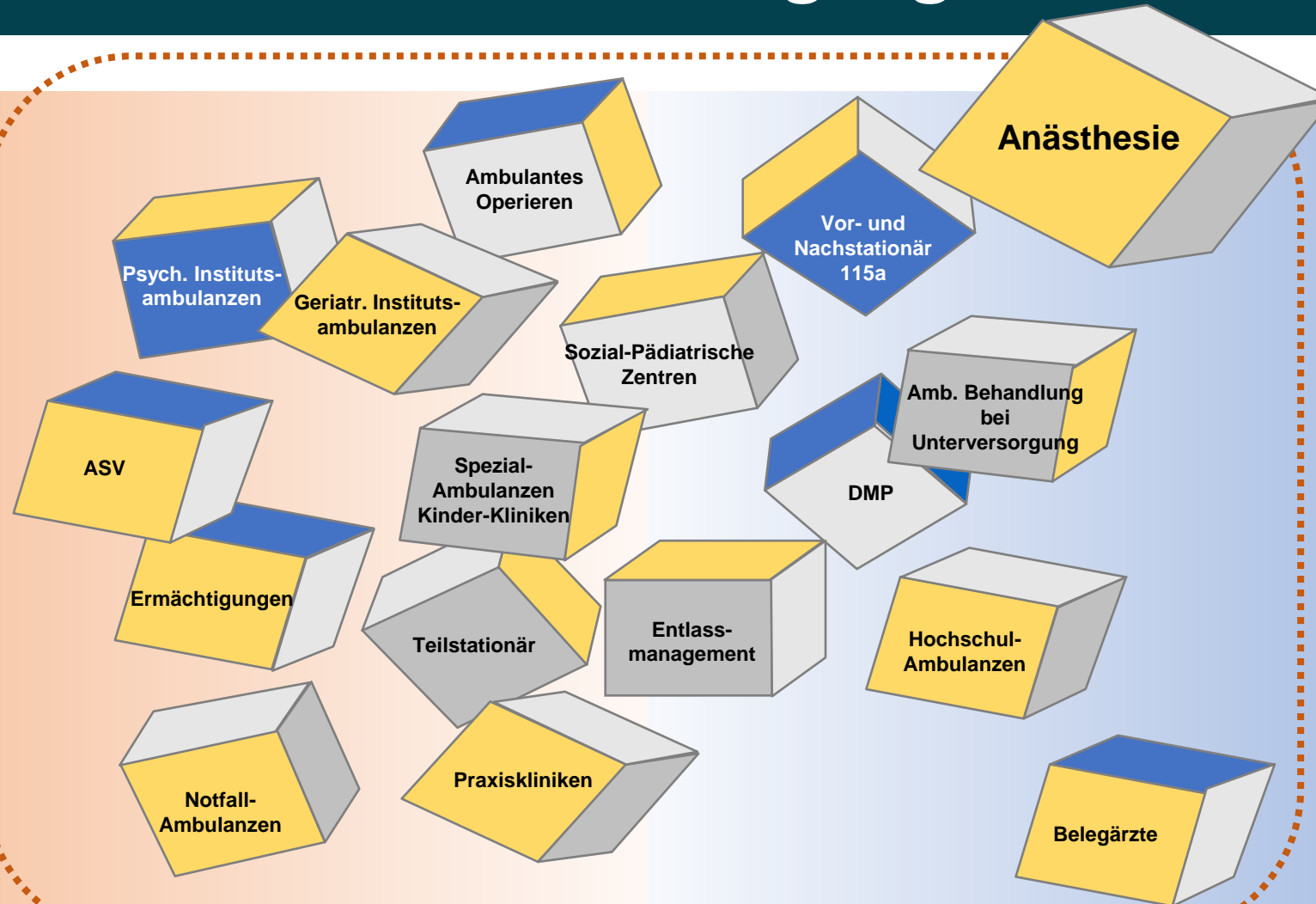
**Stationäre
Versorgung**

6 Mrd. EUR

Umfang intersektorale ärztliche Versorgung

**Ambulante
Versorgung**

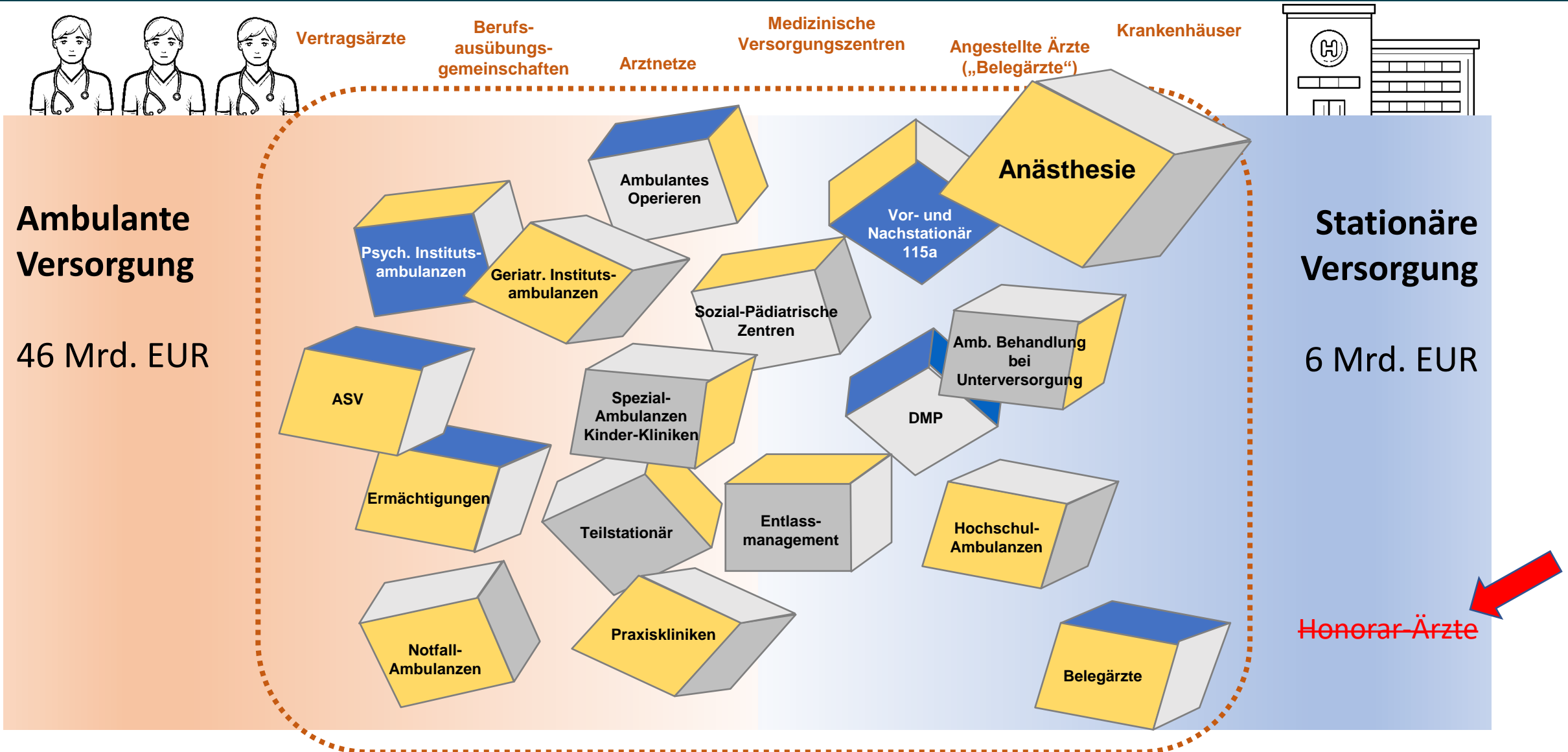
46 Mrd. EUR



**Stationäre
Versorgung**

6 Mrd. EUR

Soll-Zustand SpiFa-Konzept für intersektorale ärztliche Versorgung



- Mit Hilfe der §§ 115 bis 122 im SGB V soll die Sektorengrenze ambulant/stationär durchlässiger gemacht werden. Es wird der Versuch unternommen, diese Regelungen **unter einen § 115 neu** mit der Überschrift „Intersektorale Leistungen“ zusammenzufassen.
 - Eine **intersektorale Leistung** wird definiert, wenn sie seither nach den §§ 115, 115 a, 115 b, 115 c, 115 d, 116, 116 a, 116 b, 118, 118 a, 119 c, 120, 121 und 122 abgewickelt wurde.
 - Zusätzlich sollen alle **Krankheiten**, die im G-DRG-System **mit einer mittleren Verweildauer von weniger als vier Krankenhaustagen** aufgeführt sind, auch intersektoral erbracht werden können. Die Leistung wird auf eine Behandlungsdauer von 4 Wochen entsprechend der DRG-Regelung begrenzt.
 - Die spezifisch **fachliche** Nachbereitung des aufgeführten Kataloges ist unmittelbar notwendig und geboten.
 - Der Katalog wird vom G-BA ständig überprüft und bei Bedarf erweitert; dies gilt auch für die Umsetzung und Qualitätsvorgaben aus der stationären Versorgungsebene. Der Katalog wird über Erkrankungen entsprechend dem DRG-System und nicht über Leistungen definiert. Ein **Prüfvorbehalt** liegt bei den wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbände.

- Das Prinzip ambulant vor stationär wird konsequent dadurch umgesetzt, dass die Erkrankungen zunächst **grundsätzlich ambulant** behandelt werden müssen. Eine stationäre Behandlung erfordert eine medizinische Begründung entsprechend der **allgemeinen Tatbestände**, wie sie aus dem jetzigen Katalog nach § 115b bekannt sind. Überprüft wird der Vorgang vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen.
- Entsprechend der seitherigen stationären Behandlung gilt für die intersektorale Leistung der **Verbotsvorbehalt**. Damit wird gesichert, dass die Verschiebung von stationär nach ambulant wegen fehlender Abrechnungsziffern nicht behindert wird.
- Intersektorale ärztliche Leistungen sollen nach dem jeweilig zum Behandlungszeitpunkt geltenden **Facharztstandard** erbracht werden. Danach sind intersektorale ärztlichen Leistungen nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen. Für die Behandlung von Versicherten der PKV gilt weiterhin der Facharztstatus.

- Der **Krankheitsbezug** der intersektoralen Leistung macht es erforderlich, dass mehrere Fachgebiete zusammenarbeiten. Zugelassene Kooperationen sind deshalb eine Voraussetzung zur Erbringung intersektoraler Leistungen. Dabei ist an **Krankenhäuser, Praxisnetze, an Berufsausübungsgemeinschaften mit einer gemeinsamen Betriebsstätte, an Medizinische Versorgungszentren, Praxiskliniken und seitherige Belegabteilungen** gedacht.
- Eine **vertragliche Regelung** zur Kooperation mit stationären Einrichtungen einerseits und mit niedergelassenen Fachärzten andererseits ist notwendig:
 - **Notfall-, Krisen und Komplikationsmanagement** sind unabdingbar notwendige Komponenten einer sektorenübergreifenden und -verbindenden Versorgung. Während in den ersten beiden Fällen der notwendige gesetzgeberische Rahmen aktuell so angepasst werden soll, dass auch die Versorgung mit intersektoralen ärztlichen Leistungen berücksichtigt ist, gerät der **fachärztliche Hintergrunddienst** für das Komplikationsmanagement auch ärztlich intersektoraler Leistungen in die Situation, dass er nicht mehr mit ausschließlich im stationärem Setting beschäftigten Fachärzten sichergestellt werden kann. Deshalb sollten Fachärzte, die in diesen Strukturen in der Kooperationsvereinbarung mit einem Krankenhaus sich zum fachärztlichen Hintergrunddienst (Fachärztliche Rufbereitschaft) verpflichten.

- Eine vertragliche Regelung zur Kooperation mit stationären Einrichtungen einerseits und mit niedergelassenen Fachärzten andererseits ist notwendig:
 - Vertraglich muss ein **stationäres Notfallmanagement** nachgewiesen werden.
 - Die Vereinbarung beinhaltet auch die Bereitschaft niedergelassener Fachärzte stationär tätig zu werden, wenn dadurch der Sicherstellungsauftrag nicht gefährdet ist.

- Die **Vergütung** erfolgt entsprechend dem DRG-System unmittelbar von den gesetzlichen Krankenkassen an die Leistungserbringer, die die Verteilung des Honorars untereinander regeln müssen:
 - In der **1. Übergangsphase von höchstens 2 Jahren** bis zur endgültigen Vergütungsregelung wird die intersektorale Leistungserbringung **mit 90 % und bei belegärztlicher Leistungserbringung mit 95 % der seitherigen G-DRG der Hauptabteilung vergütet**, jedoch mit der Klarstellung, dass die Vergütung mit dem Bundesbasisfallwert (BBFW) gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG erfolgt.
 - In **Phase 2** soll der generelle Ansatz dahingehend überprüft und ggf. korrigiert werden, **dass die verweildauerunabhängigen Hauptleistungen, die in der DRG-Kalkulationssystematik identifiziert sind, zu 100% und die verweildauerabhängigen Leistungen zu 25% der entsprechend gültigen G-DRG für Hauptabteilungen vergütet werden. Die Sachkosten sind gesondert zu vergüten.**
 - In **Phase 3** soll ein zukunftsicheres eigenständiges Vergütungskonzept entstehen, das die Schwächen der DRG-Vergütung behebt und die richtige Kombination ambulanter und stationärer Vergütungsansätze zu Grunde legt.
 - Die **privatärztliche Liquidation** bei Versicherten der privaten Krankenversicherung muss so angepasst werden, dass keine Fehlanreize entstehen, wenn PKV-Versicherte an Stelle einer stationären Versorgung eine medizinisch gebotene Versorgung mit ärztlich intersektoralen Leistungen erhalten. Dies gilt insbesondere für auf die stationäre besondere Versorgung ausgerichtete private Zusatzversicherungen von GKV-Versicherten.

- Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung muss bei der vertragsärztlichen Versorgung bereinigt werden.
- In der intersektoralen Vergütung wird für die ambulante Leistungserbringung wie bisher geregelt, **dass Arznei-, Heil- und Hilfsmittel den Krankenkassen gesondert in Rechnung gestellt** werden können.
- **Weiterbildung** generell und insbesondere ärztliche Weiterbildung erfordert eine ständige Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts. Die aktuelle Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und die davon abgeleiteten Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern berücksichtigen die zunehmende „Ambulantisierung“ ärztlicher und medizinischer Prozesse. Um der Weiterbildungsnotwendigkeit für ärztlich intersektorale Leistungen nachzukommen, soll auch eine **Weiterbildungsverpflichtung** der weiterbildungsbefugten Fachärzte in ambulanten Strukturen vorgesehen werden. § 75 a Abs. 4, Nr. 5 SGB V ist dahingehend anzupassen.

- Der **Landesausschuss** gemäß § 90 SGB V prüft und legt fest, ob gemäß § 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie von den Verhältniszahlen mit Begründung im Sinne des § 12 Absatz 3 Ärzte-ZV abgewichen werden muss, wenn und soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung mit intersektoralen Leistungen notwendig ist. Das Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden für die Krankenhausplanung ist notwendig, um den Landesbettenbedarfsplan entsprechend anzupassen. Intersektorale Leistungen werden der Versorgungsebene der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet.
- Niedergelassene Vertragsärzte, die zurzeit kurativ-stationäre Behandlungen (**belegärztliche Versorgung**) durchführen, scheiterten seither am Erlaubnisvorbehalt des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), nach dem die ärztliche Leistung vergütet wird. Durch die Neuordnung des § 115 SGB V als intersektorale Leistung finden Belegärzte wieder eine gesicherte Arbeits- und Vergütungsgrundlage in diesem Teil ihrer Tätigkeit. Die geplante Neuordnung regelt aber nicht die Versorgung der auch in Zukunft weiter stationär zu behandelnden Fällen durch am Krankenhaus tätige Vertragsärzte. Auch dafür muss in Zukunft eine rechtssichere Lösung gefunden werden, die sich bei der Vergütung ärztlicher Leistungen am Verbotsvorbehalt orientiert.

Broschüre zum Download:
www.spifa.de/positionen/





Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

T +49 (0)30 40 00 96 31
F +49 (0)30 40 00 96 32

info@spifa.de
www.spifa.de



16. und 17. März 2023
www.facharztetag.de