



Foto: Michail Petrov – Fotolia

Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

Chance für Intersektorale Gesundheitszentren vertan

Von Prof. Dr. Erika Raab

Durch den Entwurf des MDK-Reformgesetzes bietet sich mit der Erweiterung des ambulanten Kataloges um die kritischen stationsersetzenden Behandlungen die Chance, ohne die langwierigen Hürden der intersektoralen Bedarfsplanung und der IV-Einzelvertragsverhandlungen zeitnah insbesondere den Aufbau intersektoraler Versorgungszentren forcieren zu können. Der nachfolgende Artikel erläutert dies im Detail.

Keywords: Abrechnung, DRG, Recht

Zahlreiche Krankenkassen fokussieren die Prüfung auf stationäre Fälle an der unteren Verweildauer, die aus Sicht der Krankenkassen als ambulante Leistungen hätten erbracht werden sollen. Bei der Einführung des DRG-Systems war die untere Grenzverweildauer im ursprünglichen Fallpauschalengesetz nicht enthalten und wurde erst mit der damaligen Ersatzvornahme im Jahr 2003 eingeführt. Begründet wurde diese Entscheidung unter anderem mit der Vermeidung einer frühzeitigen Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen

– der sogenannten „blutigen Entlassung“. Heute sind es die Krankenkassen, die aus wirtschaftlichen Gründen über den MDK eine vorzeitige Entlassung bzw. die Erbringung der Leistung im ambulanten Sektor fordern.

Rückforderungen aus Kürzungen wegen vermeintlicher Fehlbelegung ignorierten dabei bislang die Zwänge der Versorgungsrealität fehlender Angebote für die ambulante Versorgung. Zwar stand die Möglichkeit offen, derartige Behandlungen über den Katalog für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V abzurechnen. Allerdings galt dieser Weg bislang nur bei den dort aufgeführten und teilweise veralteten Operationen. Streitbefangene Leistungen an der intersektoralen Grenze wurden bisher nicht in den Katalog aufgenommen. Gleichzeitig enthält der Katalog Operationen, die faktisch nicht als vertragsärztliche Leistungen angeboten werden und die regelhaft eine zumindest 24- bis 48-stündige stationäre Behandlung erfordern.

Ambulante Leistungserbringung?

Bedingt durch den technischen Fortschritt und die demografische Entwicklung verlagert sich das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser immer mehr in eine ambulant erbringbare Leistungsform, welche jedoch regelmäßig die Infrastruktur des Krankenhauses zur Erbringung benötigt bzw. nutzt. Komplexe Prozeduren, die ehemals ausschließlich vollstationär erbracht werden konnten, sind Eingriffe mit allenfalls kurzzeitigen stationären Aufhalten geworden, sofern sie nicht gänzlich ambulant erbringbar sind. Besonders im ländlichen Raum, in kleinen Krankenhäusern, führt diese Form der Leistungserbringung an der Sektorengrenze zu erheblichen wirtschaftlichen Schieflagen. Zwischen der Verpflichtung zur Daseinsvorsorge und der damit verbundenen Kompensation von Unterversorgungen und wirtschaftlichem Druck werden Lösungen gesucht, um die Versorgung an der Sektorengrenze sicherzustellen.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat hierzu ein Gutachten der Universität

Bayreuth erstellen lassen, das bis hin zu einem Business-Plan die Umwandlung kleiner stationärer Einheiten in ambulante Intersektorale Versorgungszentren konzipiert. Die vorgeschlagene dauerhafte Finanzierung solcher Modelle über § 140a SGB V stellt keine gute Lösung dar, da weder ein kassenartenübergreifender Bezug gegeben ist, noch eine Langfristigkeit vorliegt sowie erhebliche administrative Aufwände und höhere Transaktionskosten zu erwarten sind. Aus Sicht der Krankenhäuser (und den hinter ihnen stehenden Kommunen) birgt dieses Modell keinen Anreiz zur Umwandlung.

Neben der Vergütungskomponente zeigt das Gutachten der Universität Bayreuth aus Sicht der Krankenhäuser eine weitere Problematik auf, welche bislang noch nicht diskutiert wurde: Wie kann der Bedarf der Leistungen ermittelt werden, welche intersektoral erbracht werden können?

Der Sicherstellungsauftrag

Den Auftrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Deutschland teilt sich traditionell in

zwei Verantwortlichkeiten auf. Während Kommunen die Gewährleistungsverantwortung für Krankenhausleistungen besitzen, stellen die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen die Versorgung mit ambulanten Leistungen sicher. Das Leistungsportfolio der primären und sekundären Fehlbelegungen im Krankenhaus im Bereich der unteren Grenzerweildauer umfassen aus Sicht der Bayreuther Gutachter neben ambulanten Leistungen auch erweiterte ambulante Versorgungsleistungen, welche vormals im stationären Sektor erbracht wurden. Die Umwandlung des Krankenhauses und die damit einhergehende intersektorale Leistungsverchiebung bringt dabei auch eine Änderung der Sicherstellung der Daseinsvorsorgeaufgabe der Kommunen mit sich. Mit der Verankerung im ambulanten Sektor wäre die Kassenärztliche Vereinigung zuständig. Ob aus Sicht der Kommunalpolitik das Vertrauen in die Sicherstellung gegeben sein würde, darf mit Blick auf die Diskussionen um den Kassenärztlichen Notdienst und die Wartezeiten für Facharzttermine bezweifelt werden.

Die Ambulantisierung der stationären Fehlbelegung bewirkt einen Anstieg der Leistungsmenge im ambulanten Sektor. Dementsprechend muss diesem zusätzlichen Bedarf vor dem Hintergrund begrenzter Zulassungen und gedeckelter ärztlicher Kapazitäten begegnet werden. Da insbesondere Ärzte in ländlichen Regionen bereits heute einer höheren Arbeitsbelastung unterliegen, ist nach der Lesart des Gutachtens eine Umwandlung in ein Intersektorales Versorgungszentrum mit weiteren Vertragsarztzulassungen erforderlich. Unstreitig ist dabei, dass diese Patienten einen deutlich höheren ärztlichen (und infrastrukturellen) Aufwand verursachen als klassische ambulante Fälle.

Die Zulassung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes erfolgt grundsätzlich basierend auf der Bedarfsplanung durch den örtlich zuständigen Zulassungsausschuss. Die historisch gewachsene Bedarfsplanung leidet darunter, dass die Verhältniszahlen nicht empirisch erhoben wurden, sondern sich an historischen Werten orientieren und aktuelle Veränderungen des ▶

Wird Ihre Klinik aktuell
mit MDK-Anfragen
überschwemmt?

Wir helfen.
Schnell und unkompliziert.

Telefon: 05 21. 9 44 89 46
Mail: mdk@westphalmanagement.de

westphal management

www.pflegeaktuell.de

Das neue Online-Portal
für Pflegekräfte



pflegeaktuell

www.pflegeaktuell.de · info@pflegeaktuell.de



Angebots oder der Nachfrage medizinischer Leistungen nicht ausreichend berücksichtigen. Das aktuelle Zulassungssystem stellt derzeit einen weiteren erheblichen Hinderungsgrund für die Einstellung von neuen Ärzten in Medizinischen Versorgungszentren dar. Denn in ambulanten Zentren ist

Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den G-BA

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2015 und dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) aus dem Jahr 2019 hat der Gesetzgeber den G-BA beauftragt, die Verhältniszahlen und

bracht werden, bisher jedoch nicht im AOP-Katalog abgebildet waren.

Mit der Öffnung des ambulanten Operationskataloges auch für stationersetzende Leistungen/Behandlungen des Krankenhauses und Anpassung der Vergütung unter Berücksichtigung des Schweregrades sowie der regelmäßigen Bearbeitung des Kataloges wird ein elementarer Streitpunkt in den Einzelfallprüfungen aktiv reformiert.

„Im Rahmen der Daseinsvorsorge insbesondere in Flächenländern stellt somit der Reformansatz des Referentenentwurfs eine grundlegende und zeitnahe Lösung für die Transformation kleiner Häuser in IVZ dar.“

Durch den Entwurf des MDK-Reformgesetzes bietet sich mit der Erweiterung des ambulanten Kataloges um die kritischen stationersetzenden Behandlungen auch die Chance, ohne die langwierigen Hürden der intersektoralen Bedarfsplanung und der IV-Einzelvertragsverhandlungen zeitnah insbesondere den Aufbau intersektoraler Versorgungszentren forcieren zu können. Der Entwurf löst dabei nicht nur das Finanzierungsproblem, sondern löst zugleich das strittige Problem der mehrstündigen ambulanten Behandlungen in der Notaufnahme. Gerade bei diesen Leistungen, welche in der Gesamtschau nur unter zeitnaher Nutzung der Infrastruktur eines Krankenhauses erbracht werden können, aber letztlich keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit ergeben, entfällt das Begründungs- und Streitpotenzial. Im Rahmen der Daseinsvorsorge insbesondere in Flächenländern stellt somit der Reformansatz des Referentenentwurfs eine grundlegende und zeitnahe Lösung für die Transformation kleiner Häuser in IVZ dar. Für die von stetigen Schließungsszenarien bedrohten Krankenhäuser wäre es somit ein wichtiger Schritt zur Zukunftssicherung der Gesundheitsversorgung. ■

der Tätigkeitsumfang jedes Arztes klar begrenzt und sowohl genehmigungs- als auch dokumentationspflichtig. Während also Kapazitätsüberschreitungen nicht zulässig sind, ist gleichzeitig die Vakanz einer Stelle für das Versorgungszentrum belastend. Wird ein freier Kassenarztsitz nicht innerhalb von zwölf Monaten neu besetzt, verfällt dieser. Die Nachbesetzung ärztlicher Stellen stellt dabei in ländlichen Gebieten eine große Hürde dar.

Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinie zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Die Änderungen wurden im Mai 2019 beschlossen und traten zum 1. August 2019 in Kraft.

Notwendigkeit der Überarbeitung der Bedarfsplanung

Für eine perspektivische Neuordnung der Bedarfsplanung wird in der Literatur vorgeschlagen, neben den bestehenden Versorgungsstufen eine weitere vorzusehen, welche sich auf spezifische sektorenübergreifende Leistungssegmente bezieht. Für die Erbringung dieser Leistungen sollen zeitlich befristete Versorgungsaufträge an Vertragsärzte oder Krankenhausambulanzen vergeben werden, um „die Zementierung von Versorgungsstrukturen zu verhindern“.

Die Neuregelung wird zwar in vielen Regionen zu zusätzlichen Zulassungen führen und die psychiatrische und neurologische sowie die haus- und kinderärztliche Versorgung verbessern. Doch das Grundproblem, die mitunter fehlenden Ärzte und die ungleiche Verteilung der vorhandenen Mediziner zwischen verschiedenen Regionen Deutschlands, löst die Richtlinie weiterhin nicht. Viele zusätzliche Kapazitäten werden für Regionen berechnet, in denen es schon heute offene Vertragsarztsitze gibt. Zudem orientiert sich die Bedarfsplanung weiterhin vorrangig am Modell des selbstständigen niedergelassenen Arztes.

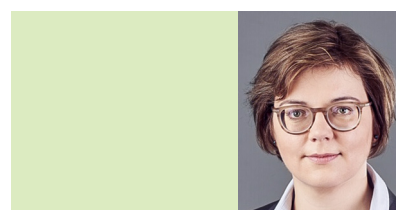
Auch der Sachverständigenrat thematisiert im aktuellen Gutachten Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung. Neben einer konsequent zusammengefassten Kapazitätsplanung des ambulanten und stationären Sektors unter stärkerem Einbezug der Morbidität wird zudem die Möglichkeit eines niedrigschwellig umsetzbaren Konzepts für einen hybriden Leistungsbereich vorgestellt. Leistungen im Hybridbereich können dabei, analog zur ASV, sowohl in der ambulanten als auch stationären fachärztlichen Versorgung erbracht werden.

Innovative und sektorenübergreifende Versorgungsformen wurden nicht berücksichtigt und damit die Chance vergeben, über die Erweiterung des Bedarfes in der ambulanten Versorgung die Anregungen des Gutachtens der Bayreuther Universität umzusetzen und den Weg in Intersektorale Gesundheitszentren zu öffnen.

Letzte Hoffnung: Entwurf zum MDK-Reformgesetz

Im Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums ruhen die Hoffnungen der Krankenhäuser auf dem Auftrag zur Weiterentwicklung des AOP-Kataloges, der nach den Vorstellungen des BMG auch hinsichtlich ambulanter Leistungen und Eingriffe zu erweitern sei, die regelhaft auch im Krankenhaus er-

Prof. Dr. Erika Raab
Stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling
erika.raab@medizincontroller.de



Prof. Dr. Erika Raab