

# 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



**Dr. Francisco X. Moreano**, ist Strategieberater des Praxisnetz Münchner Ärzte



**Dr. Martin Greiff** ist Fachanwalt für Medizinrecht in München



**Dr. Andreas Czernik** ist Vorstandsvorsitzender des Praxisnetz Münchner Ärzte eG und Facharzt für Kardiologie

*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 >>

>> als nächstes dran? Sorgen bereiten uns weitere, unserer Meinung nach völlig offene Rechtsfragen, wie berufsrechtliche und strafrechtliche Aspekte, die mit Blick auf die immerhin nicht immer einfach zu gestalten Kooperationen an der Schnittstelle zwischen Niedergelassenen und Krankenhaus eine Rolle spielen werden. Die Potenziale der Krankenhausreform und der weiteren Gesetze zur Stärkung der Gesundheitsversorgung werden sich nur entfalten können, wenn alle Rechtsbereiche sich ebenfalls mitentwickeln.

### Was könnten Bund und Länder denn von den Ärztenetzen in Sachen sektorübergreifende Versorgung lernen?

**Moreano:** Ärztenetze haben eine große Expertise bei der Koordination von regionalen, intersektoralen Kooperationsmodellen gesammelt. Hinzu kommen etliche Ansätze zur Verbesserung der Versorgung, die entweder aus eigener Kraft oder mittels Förderung aus dem Strukturfonds finanziert worden sind.

Wir denken, dass diese Expertise von unschätzbarem Wert für die weitere Entwicklung von regionalen Kooperationen mit Ii-Krankenhäusern und Primärversorgungszentren unter Einbindung von nichtärztlichen Berufsgruppen sein wird.

Nicht zielführend erscheint aber die Schaffung der im Referentenentwurf beschriebenen Doppelstrukturen für Gesundheitsregionen oder Gesundheitskioske. Welche Fachkräfte sollen beim vorherrschenden Fachkräftemangel diese Doppelstrukturen bedienen? Sollen hart erkämpfte Einsparungen in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung für die Verwaltung von Doppelstrukturen ausgegeben werden? Sind die Leistungen eines nicht ärztlich geführten Gesundheitskioskes umsatzsteuerbefreit?

### Sie wollen in Ihrem Netz prüfen, welche AOP-Leistungen besser von Niedergelassenen erbracht werden könnten. Gibt es erste Erkenntnisse?

**Czernik:** Nach der Veröffentlichung des Referentenentwurfs zu den Hybrid-DRG haben wir Kontakt mit Mitgliedspraxen der Fachrichtungen Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Urologie aufgenommen und eine Reihe von AOP-Leistungen identifiziert, die in den niedergelassenen Praxen durchgeführt werden können.

Der nächste Schritt wäre die Ausgestaltung einer sektorenübergreifenden Patientenführung inkl. Datenaustausch mit den regionalen Krankenhäusern. Diese könnte gemeinsame Modelle für die Op-Vorbereitung und -Aufklärung beinhalten. Gegebenenfalls auch ein Scoring-Modell, das die Behandlung von besonders risikobehafteten Fällen im Krankenhaus-Setting und weniger riskante Eingriffe im Praxis-Setting vorsieht. Von besonderer Bedeutung wäre eine enge Zusammenarbeit



beim postinterventionellen Monitoring, um den Erfolg des durchgeführten Eingriffs zu sichern.

### Haben Sie hier Unterstützer, um auch politisch Gehör zu finden?

**Moreano:** Es gibt viele Unterstützer auf der Ebene der Leistungserbringer. Ärzte und Fachpersonal, Menschen, die an der Front arbeiten, erkennen den Vorteil einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. In der Politik ist es schwer, Gehör zu finden. Der Abstand zu den vordersten Ebenen der Leistungserbringung

scheint manchmal zu groß zu sein. Sich im politischen Thema eines europäischen Raums für Gesundheitsdaten zu verlieren, obwohl der regionale Datenaustausch hierzulande noch zu einem erheblichen Teil über Fax erfolgt, erscheint widersprüchlich. Der Fokus sollte auf die Stärkung einer wohnortnahen, intersektoralen Versorgung mit einem pragmatischen und funktionsfähigen Austausch von digitalen Behandlungsdaten liegen.

*Vielen Dank für das Gespräch.*

## Kooperation

### Deutscher Krebskongress 2024 – Fortschritt gemeinsam gestalten

Wissen aus erster Hand von und für Expert\*innen aus der Onkologie

**Vom 21. bis 24. Februar 2024 dreht sich in Berlin alles um die Onkologie. Der Deutsche Krebskongress (DKK), der größte und wichtigste onkologische Fachkongress im deutschsprachigen Raum, bietet in über 300 Sitzungen im CityCube Berlin neueste Erkenntnisse aus der Krebsmedizin. Unter dem Motto „Fortschritt gemeinsam gestalten“ setzt der DKK 2024 auf die Interdisziplinarität des Faches. Die Teilnehmenden tauschen aktuelle wissenschaftliche Neuerungen aus und diskutieren gesundheitspolitische Fragestellungen.**



Kongresspräsident Prof. Dr. Reinhard Büttner (© Peter-Paul Weiler)

#### Kongressschwerpunkt: Interdisziplinarität

In der Onkologie gibt es enorme Fortschritte, zugleich wird das Wissen um Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen immer spezialisierter. „Die Möglichkeiten der personalisierten Medizin sind beachtlich – aber für Einzelne kaum überschaubar. Deshalb ist die multidisziplinäre Expertise, wie sie in Netzwerken aus Praxen, Organkrebszentren, Onkologischen Zentren, Spitzenzentren (CCCs) und Nationalen Centren für Tumorerkrankungen (NCTs) auf- und ausgebaut wird, unabdingbar. Und auch die Rolle der Patient\*innen als gleichberechtigte Mitentscheider\*innen wird immer wichtiger“, sagt Professor Dr. Reinhard Büttner, Kongresspräsident des DKK 2024 und Direktor des Instituts für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie an der Uniklinik Köln. „Wir haben das Kongressprogramm entsprechend darauf ausgerichtet. Nutzen Sie die Chance zum interdisziplinären Austausch und bilden Sie sich auf dem Kongress weiter!“

#### Von der Prävention bis zum interdisziplinären Management

In den zahlreichen Sitzungen sind jeweils Expert\*innen verschiedener onkologischer Fachrichtungen vertreten. Die Themen des Kongressprogramms sind so vielseitig, wie das Fach selbst. Diskutiert wird unter anderem über neue Präventionsansätze, den Einsatz Künstlicher Intelligenz in der Onkologie, neueste Leitlinienempfehlungen, Trends in der molekularen Diagnostik, das interdisziplinäre Management von Krebserkrankungen oder Patient\*innenbeteiligung in der Forschung.

#### Vielfältige Sitzungsformate

Ob Plenar-, Highlight- und Schnittstellensitzungen zu medizinischen und versorgungsrelevanten Inhalten oder interaktive Tumorkonferenzen und Fortbildungsveranstaltungen – der DKK überzeugt mit vielfältigen Sitzungsformaten, in denen die Teilnehmer\*innen auf den neuesten Stand in der Onkologie gebracht werden. In gesundheitspolitischen Foren diskutieren Expert\*innen aus der Versorgung mit Vertreter\*innen aus der Politik zudem aktuelle Problemstellungen – etwa wie es um den Forschungsstandort Deutschland bestellt ist.

#### Programm für Onkolog\*innen von morgen

Auch für den medizinischen Nachwuchs hält der DKK spezielle Programmpunkte bereit. In vielen Sitzungen übernehmen junge Fachleute im Tandem mit erfahrenen Kolleg\*innen den Vorsitz und sind so gezielt in den fachlichen Austausch eingebunden. Ein Studierendentag bietet Orientierung für den künftigen Berufsweg. Am „Tag der jungen Onkolog\*innen“ finden speziell zugeschnittene Fortbildungen statt, etwa zur Palliativmedizin. Im Jungen Forum präsentieren sich onkologische Nachwuchsgruppen.

#### Immer auf dem neuesten Stand – kostenfreie DKK-App

Ab Januar 2024 steht die kostenfreie interaktive DKK-App in den App-Stores zur Verfügung. Ob Lageplan, Kongressprogramm oder interaktive Funktionen wie TED-Abstimmungen für Tumorkonferenzen – die App für iOS- und Android-Endgeräte bietet zahlreiche Möglichkeiten für einen reibungslosen Kongressbesuch.

Mehr Infos: [www.deutscher-krebskongress.de/kongress-app.html](http://www.deutscher-krebskongress.de/kongress-app.html)

#### Bitte vormerken: Tickets zum DKK



Frühbucherpreise gelten bis zum **15. Dezember 2023**. Alle Informationen zum Ticketkauf und zum Kongress sind hier zu finden: [www.deutscher-krebskongress.de](http://www.deutscher-krebskongress.de)

