

Hybrid-Arzt-Pläne

„Am Ende sind das verschiedene Namen für das Gleiche“

Vor Kurzem verkündete Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD), dass er eine neue Arztart einführen will, einen Behandler, der zwischen den Sektoren wandelt: den Hybrid-Arzt. Die Politik versuche, neue Verzahnungssysteme zu etablieren, ohne zu erkennen, dass die Belegärzte diese Aufgabe bereits rechtssicher erfüllen, kritisiert Dr. Ryszard van Rhee, Vorstandsmitglied im Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser, im Gespräch mit dem änd. Aus seiner Sicht müssen lediglich die Rahmenbedingungen für die Belegärzte angepasst werden, um die gesteckten Ziele zu erreichen.



©Fußchirurgie Hannover Dr. Ryszard Van Rhee plädiert dafür, die Systematik der schlechter bewerteten bDRGs komplett abzuschaffen.

Eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Leistungserbringung sowie Stärkung der Ambulantisierung will Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach mit dem Hybrid-Arzt erreichen. An sich kein falsches Ziel, oder?

Nein. Belegärzte setzen dies bereits seit Jahrzehnten um. Als niedergelassene Ärzte behandeln wir unsere eigenen Patienten auch stationär. Damit leben wir im Grunde seit Jahrzehnten die optimale Verzahnung. Allerdings haben politische Rahmenbedingungen in Deutschland dazu geführt, dass dieses System nicht floriert.

Warum hat sich das Belegarztwesen in Deutschland nicht durchgesetzt?

Es gibt dafür mehrere Gründe. Als Erstes ist sicherlich die schlechtere Finanzierung zu nennen. Belegabteilungen und Belegkrankenhäuser erhalten sogenannte bDRGs, die niedriger bemessen sind als die üblichen aDRG, die Hauptabteilungen abrechnen. Dies macht es für Krankenhäuser wenig attraktiv, Belegabteilungen einzurichten. Belegärzte bekommen ihr EBM-Honorar über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Hier besteht Anpassungsbedarf, da der Mehraufwand, den ein Belegarzt hat, in den Honoraren nicht angemessen berücksichtigt ist.

Das Belegarztwesen steht zusätzlich unter Druck, weil wir nicht alle Leistungen erbringen dürfen. Wir sind dem sogenannten Erlaubnisvorbehalt unterworfen. Wenn also neue Methoden eingeführt werden, müssen sie erst vom Gemeinsamen Bundesausschuss genehmigt werden, bevor wir sie erbringen dürfen. Das ist in Hauptabteilungen eines Krankenhauses anders. Dort gilt: Alles, was nicht verboten ist, ist erlaubt. In einigen Disziplinen ist das durchaus entscheidend.

Parallel dazu wurden von den verschiedenen Regierungen immer wieder neue Modelle der intersektoralen Verzahnung eingeführt, darunter die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung nach §116b SGB V, integrierte Versorgungsmodelle oder die Anstellungserlaubnis von Vertragsärzten im Krankenhaus unter der Limitierung der Arbeitszeit auf 13 Wochenstunden. Sie alle sind zum Teil bedingt durch rechtliche Einschränkungen nicht wirklich flächendeckend umgesetzt worden. Man versuchte, neue Verzahnungssysteme zu etablieren, ohne zu erkennen, dass die Belegärzte bereits seit langer Zeit rechtssicher diese Aufgabe erfüllen. Im Gegensatz zu diesen neuen Systemen sind die Belegärzte bereits seit Jahrzehnten in den Gesetzen fest verankert. Die Politik hat dies leider lange nicht gesehen und meinte, immer neue intersektorale Modelle einführen zu müssen.

Nun kündigte Lauterbach mit dem Hybrid-Arzt einen weiteren Versuch an. Was erwarten Sie davon?

Bislang haben wir nur seine Aussagen aus einer Pressekonferenz im April und keine richtige Definition. Wir fänden es zielführend, wenn sowohl der Belegarzt als auch der niedergelassene Vertragsarzt unter gleichen rechtlichen und finanziellen Bedingungen sektorenübergreifend arbeiten könnten. Richtig wäre im Grunde, beide Systeme zu synchronisieren.

Was schlagen Sie vor?

Wir plädieren dafür, die Systematik der schlechter bewerteten bDRGs komplett abzuschaffen. Krankenhäuser sollten für die Leistungen von Vertrags- und Belegärzten die volle aDRG abrechnen können. Analog zum Vorgehen bei den zum Jahresanfang eingeführten Hybrid-DRGs würden dann die Leistungserbringer untereinander Honorarverteilungsschlüssel vereinbaren.

Das KHVVG eröffnet die Chance, Fehler bei der Gestaltung der Finanzierungsregelungen für vertragsärztliche Leistungen sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen zu korrigieren.

Aber gerade die Aufteilung der Pauschale bei den Hybrid-DRG sorgt derzeit für viel Kritik und auch Streit zwischen Vertragspartnern. Und Sie wollen das System für die Belegärzte übernehmen?

Die Umsetzung der Hybrid-DRG ist noch nicht zu Ende gedacht - beachten Sie zum Beispiel die fehlende Berücksichtigung der Sachkosten -, der Grundgedanke ist aber richtig. Die handwerklichen Schwachstellen lassen sich mit der Zeit ganz sicher ausmerzen.

Warum soll eine solche Tätigkeit – ob als Beleg- oder Hybrid-Arzt – attraktiv für Ärztinnen und Ärzte sein? Man hat zwei Arbeitsstätten, zwei Teams, mit denen man klarkommen muss, größeren Organisations- und Logistikaufwand, Wochenendarbeit: Alles eher abschreckend.

Es ist schon sehr befriedigend, die Patientinnen und Patienten umfassend behandeln zu können und den gesamten Behandlungspfad von A bis Z mit dem Patienten gemeinsam zu gehen. Gerade hochqualifizierte Ärzte aus den operativen Fächern wollen in der Niederlassung das volle Spektrum anbieten, das sie im Krankenhaus praktiziert haben. Das ist also eine Frage von Arbeitszufriedenheit und auch eine Frage des Anspruchs, den man an die Patientenversorgung und an sich selbst hat. Die überwiegende Mehrzahl von neu in das Belegarztwesen hinzutretenden Ärzten sind Fachärzte aus Oberarzt- oder Chefarztpositionen.

Sollten wir die Pläne zum Hybrid-Arzt also ganz schnell wieder in einer der Ministeriumsschubladen verschwinden lassen?

Es sind am Ende verschiedene Namen für das Gleiche. Denn was wollen wir? Wir wollen den Patienten die hervorragende Versorgung durch den von ihm selbst ausgewählten hochqualifizierten Arzt als Lotse durch alle Versorgungssektoren von ambulant bis stationär bieten. Zudem möchten wir, dass möglichst viele Ärzte einen niedrighwelligen Zugang zum stationären Sektor erhalten, um nicht nur in Ballungszentren, sondern auch in der Fläche eine gute Versorgung zu gewährleisten. Im Grunde deckt sich diese Intention mit den aktuellen Zielen der Politik. Ob der Arzt Belegarzt, Vertragsarzt in der stationären Versorgung oder Hybrid-Arzt heißen wird, ist für die Sache nicht relevant.