

# Spezialärztliche Versorgung sinnvoll strukturieren

## Gemeinsame Presseerklärung BDC und BDI

Berlin, Oktober 2011: Chirurgen und Internisten begrüßen den Ansatz des Gesetzgebers, im Versorgungsgesetz die strikte Trennung der stationären und ambulanten Versorgung durch die Einführung einer spezial(fach)ärztlichen Ebene aufzulockern. In einer gemeinsamen Erklärung betonen die beiden größten europäischen ärztlichen Berufsverbände gleichwohl, dass der richtige Weg nicht durch falsche Instrumente behindert werden darf.

„Es ist richtig, dass komplexe Behandlungen und die dazugehörige Diagnostik dort erbracht werden soll, wo dem Patienten die höchste Kompetenz geboten wird“, so Dr. Wolfgang Wesiack, Präsident des Berufsverbands der Deutschen Internisten (BDI). „Das kann sowohl eine Klinik wie auch eine speziell ausgerichtet ambulante Praxis sein“, ergänzt Prof. Dr. Hans Peter Bruch, Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC). Beide Verbände fordern aber mit Nachdruck für diese neue Versorgungsebene den so genannten Facharztstatus, der garantiert, dass nur ein Facharzt mit abgeschlossener Weiterbildung in der spezialfach-ärztlichen Versorgung tätig werden darf. Der bisher vorgesehene Facharzt-standard reiche dafür nicht aus, weil es dann auch genügen würde, die eigentliche Facharztkompetenz nur im Hintergrund vorzuhalten. „Damit riskiert man eine Absenkung der Behandlungsqualität zum Nachteil der Patienten“, so die beiden Präsidenten.

Ein weiteres Hindernis auf dem Weg zum Erfolg liegt in der Absicht, die Ausgestaltung der Details dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu übertragen. Die Verbände raten dringend dazu, dieses in dreiseitigen Verhandlungen der Beteiligten (Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Krankenkassen) unmittelbar zu regeln. „Wir haben für den Bereich des Ambulanten Operierens im Rahmen des §115b SGB V über dreiseitige Verträge sehr schnell und pragmatisch die notwendigen Details regeln können.“ erläutert der Vizepräsident des BDC, Dr. Jörg-A. Rüggeberg, ehemals auch Vorsitzender des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren (BAO). „Im Grunde ist das Ambulante Operieren der Vorläufer der jetzigen Neufassung zum §116, insofern sehe ich keinen Grund, ein bewährtes Verfahren leichtfertig zu verlassen.“ Nach Ansicht der beiden Verbände ist das Verfahren im GBA schwerfällig und intransparent. In dreiseitigen Verträgen, ggf. auch mit Beteiligung der Länder und der Patientenverbände, lassen sich die konkreten Regelungsbedarfe leichter und zielorientierter abschließen.

Beide Verbände fordern für die neue Versorgungsebene eine für beide Seiten gleiche Vergütungssystematik. Da es sich im Wesentlichen um bisher stationär behandelte Patienten handelt, bietet es sich an, hierfür das

DRG-System um „ambulante sektorübergreifende DRG“ zu ergänzen. Nur so wird sich auch die von den Kassen geforderte Bereinigung umsetzen lassen, ohne diese ausschließlich zu Lasten der bisherigen ambulanten Versorgung abzuwickeln.

Es muss auch eindeutig geregelt sein, dass immer ein einheitlicher Preis für die gleiche Leistung fällig wird. „Wenn das in eine Beliebigkeit zwischen Krankenkassen einerseits und Kliniken und Ärzten andererseits gegeben wird, droht ein Einkaufsmodell mit schweren Nachteilen für unsere Patienten.“ so Dr. Hans Friedrich Spies, Vizepräsident des BDI. „Es ist zu befürchten, dass Kassen ihre Patienten zum günstigsten Anbieter schicken und so die freie Arztwahl ihrer Versicherten einschränken. Es geht aber in diesem Bereich vor allem um Qualität und nicht um das Prinzip des billigen Jakobs.“

Chirurgen und Internisten sind das Fundament der Krankenhausversorgung und ebenso ein Garant für die ambulante Versorgung der Bevölkerung. Aus dieser Verantwortung heraus handeln sie gemeinsam, um die notwendige Überwindung der Grenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung durch zielführende Formulierungen im Gesetz zu erleichtern.