„Durch den Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ wurde in der Schlafmedizin eine Entwicklung in Gang gesetzt, für die keine Notwendigkeit bestand.“

Prof. Dr. med. Harald Schäfer
Völklingen

Ambulante Leistungen werden seit Juli deutlich schlechter vergütet

Schlafmedizinische Versorgung – quo vadis?

— Aus! Ab 1. August 2010 ambulante Schlaflabore zu! So lautet die Überschrift einer Pressemitteilung des Bundesverbandes deutscher Pneumologen (BdP) vom 30.7.2010, nachdem die ambulant tätigen Schlafmediziner sich mit 88% für die Einstellung der ambulanten Schlafmedizin (Polysomnografie) ausgesprochen haben. Was ist der Hintergrund?

Seit dem 1.4.2005 ist es durch die Einführung der EBM-Ziffer 30901 möglich gewesen, schlafmedizinische Leistungen vertragsärztlich abzurechnen. Seitdem wurde die Leistungsverlagerung der „stationären“ Schlafmedizin in den „ambulanten“ Bereich weiter betrieben. Es sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass durch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der Schlafmedizin eine Entwicklung in Gang gesetzt wurde, für die keine Notwendigkeit bestand. In Deutschland war eine weitgehend flächendeckende Versorgung der Patienten mit Schlafstörungen bzw. dem Symptom „nicht erholsamer Schlaf“ in schlafmedizinischen Zentren gewährleistet, die in der Regel die hohen qualitativen Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin und Schlafforschung (DGSM) erfüllten. Insbesondere durch diese Struktur konnte auch die Weiterbildung im Fach Schlafmedizin sichergestellt werden.

„Ambulant“ ist nicht kostengünstiger

Argumentativ weiter unterstützt wurde der Aufbau „ambulanter“ Versorgungsstrukturen in der Schlafmedizin mit der (falschen) Aussage, dass diese in der Facharztpraxis im Vergleich zum Krankenhaus kostengünstiger und qualitativ mindestens ebenbürtig anzubieten sei. Betrachtet man beispielsweise die Vergütung in der Diagnostik und Therapie der obstruktiven Schlafapnoe mit einem bis vor kurzem geltenden ambulanten Vergütungssatz und einer DRG-Pauschale, so ergibt sich keineswegs ein Kostenvorteil im „ambulanten“ Bereich. Hinzu kommt, dass im „stationären“ Bereich vielfach Leistungen erbracht werden, die in die Vergütungspauschale gar

nicht einfließen. In einer Stellungnahme vom 22.11.2009 vertritt die DGSM „...die Ansicht, dass die abschließende differenzialdiagnostische Abklärung von Patienten mit nicht erholsamen Schlaf und die therapeutische Versorgung von Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe einen Leistungskomplex darstellt, der in dieser Leistungsdichte in aller Regel nur stationär erbracht werden kann“.

In der praktischen Umsetzung hat sich in den letzten Jahren eine regional unterschiedliche Situation ergeben mit Vergütung nach EBM (ambulant), nach DRG-Pauschale im Rahmen von Budgetverhandlungen (stationär) oder in Form von integrierten Versorgungsmodellen (ambulant und stationär). Allen Vergütungsmodellen gemeinsam ist die bestenfalls kostendeckende Gegenfinanzierung der erbrachten Leistung.

Honorarminderung kann Existenz bedrohen

Es war abzusehen, dass mit Ausweitung der ambulanten Versorgung irgendwann eine Neubewertung der bis dahin meist extrabudgetären Vergütung erfolgen würde. Mit der vom Bewertungsausschuss vorgenommenen Anpassung der Honorarreform zum 1.7.2010 ergibt sich eine regional und nach Fachgruppe unterschiedliche, in jedem Fall jedoch deutlich niedrigere Vergütung der Polysomnografie, die z.T. existenzgefährdend ist.

Generell ist der Forderung einer angemessenen Vergütung dieser Leistung im ambulanten Bereich uneingeschränkt Nachdruck zu verleihen. Allerdings wäre es ein Treppenwitz der Geschichte, wenn der BdP seine Mitglieder auffordert, die Patienten in die doch so „teuren“ Krankenhausstrukturen zu überweisen. In manchen Regionen gibt es die nämlich nicht mehr. Es bleibt zu hoffen, dass auf allen Seiten die Vernunft obsiegt und rasch eine tragfähige Lösung erzielt wird. Denn wer ansonsten auch auf der Strecke bleibt, ist der Patient, von dem bisher noch gar nicht die Rede war.

Prof. Dr. med. Harald Schäfer