

Positionen zur belegärztlichen Versorgung in Deutschland

Status

1. Die belegärztliche Versorgung ist die älteste stationäre Versorgungsform und national wie international voll anerkannt.
2. Die **intersektorale Versorgung** wird hocheffizient umgesetzt. Patienten können sich auf eine durchgehende Behandlungsqualität von ein und demselben Facharzt ohne Informationsverluste und Doppeluntersuchungen verlassen. Dieses gewährleistet eine ressourcenschonende Versorgung.
3. Das Belegarztsystem garantiert **freie Arztwahl** auch für GKV-Versicherte in der stationären Behandlung.
4. Für die Zulassung als Belegarzt ist grundsätzlich eine mehrjährige klinische Erfahrung als Facharzt erforderlich. Dies garantiert eine **durchgehend spezialisierte Facharztbehandlung** wie auch hochgradig standardisierte und qualitätsgesicherte Leistungen. Die belegärztliche Versorgung bietet nachweislich gute Ergebnisqualität (siehe die Resultate bei der Externen Qualitätssicherung der Bundesländer)
5. Die **Patientenzufriedenheit** (Servicequalität) ist überproportional hoch (vgl. Weiße Liste: Die 5 ersten Plätze in Schleswig-Holstein werden von Beleg-Kliniken mit weit über dem Durchschnitt liegenden Bewertungen belegt. Ein ähnliches Bild zeigt sich in Hamburg, ebenso wie in anderen Bundesländern).
6. Mit ihrer Organisation und Struktur bieten Beleg-Kliniken niedergelassenen Fachärzten eine ideale **Vereinbarkeit von Praxistätigkeit und klinischer Arbeit**. Diese stünden der stationären Versorgung ansonsten nicht zur Verfügung. Somit wird gleichzeitig dem **Fachärztemangel** begegnet.
7. Die idealtypische Umsetzung des inzwischen gesetzlich verankerten **Entlassmanagements** ist strukturbedingt ein originäres Merkmal der belegärztlichen Behandlung.

Aktuelle Situation

1. Die Zahl der Belegärzte, -kliniken und -Behandlungsfälle ist seit Jahren rückläufig.
2. Gründe:
 - a. Schlechtere Vergütung der Belegärzte im EBM (Kapitel 36) und
 - b. Geltung des Erlaubnisvorbehaltes im EBM, Folge: Geringeres Leistungs- und Abrechnungsspektrum im Vergleich zu Hauptabteilungs-Krankenhäusern.
 - c. Niedrigere, nicht nachvollziehbare Vergütung der Belegkliniken über die Beleg-DRG's, die seit Jahren abgewertet werden und heute z.T. 40 bis sogar 50% (Bsp. HNO) unter den DRG's für Hauptabteilungen liegen.
3. Folge:
 - a. Ausweichen in andere Vertragsformen, wie Honorar-, Kooperations- oder Teilzeit-Anstellungsverträge.
 - b. **Aber:** Diese werden durch Sozialversicherungen, Sozialgerichte, Stichwort Scheinselbstständigkeit/SV-Pflicht sowie Gesetzgeber (§299 a und b StGB) zunehmend erschwert oder gar kriminalisiert.
4. Parallel besteht die Forderung der Politik (und Kassen) nach Überwindung der Sektorengrenzen, ohne dafür ein schlüssiges Konzept zu haben.

Forderungen und Vorschläge der Beleg-Krankenhäuser

1. Die Reaktivierung des Belegarztwesens: **Der Belegarzt 2.0**.
2. Das **gesetzliche Regelwerk** ist seit vielen Jahrzehnten vorhanden. Es gibt keine rechtlichen Risiken, keine Grauzonen für die Akteure. Es müssen keine komplexen neuen Gesetze und Versorgungsformen entwickelt werden. Es ist alles **vorhanden**.

3. Die Vergütungsfrage könnte sofort und einfach gelöst werden. Denn es gibt bereits seit 2009 den „**Honorar-Belegarzt**“ in § 18 Abs. 3 KHEntgG: Danach schließt das Beleg-Krankenhaus mit dem Belegarzt einen Honorarvertrag und zahlt aus der Hauptabteilungs-DRG das Arzthonorar. Damit würden auch die Einschränkungen des **Erlaubnisvorbehalts** im EBM entfallen.

Problem: § 18 Abs. 3 KHEntgG: „aus den Hauptabteilungs-DRG *in Höhe von 80%*“. Das bedeutet im Umkehrschluss einen **Abschlag von 20%**. Für diesen Abschlag gibt es keine ökonomische Begründung oder gar eine Kalkulation. Dieser Abschlag ist offenbar willkürlich gegriffen um das Belegarztwesen einzuschränken. Wieso sollten Krankenhaus und Beleg- und damit immer Facharzt, auf 20% der kalkulierten Kosten verzichten können?

Damit war diese an sich **gute Regelung** von Beginn an **wertlos** und hat keinerlei Wirkung entfaltet.

4. Der **20%ige DRG-Abschlag** im Honorar-Belegarzt-Modell (§18 Abs. 3 KHEntgG) **muss** ersatzlos **entfallen**: *Für gleiche Leistung muss es gleiches Geld geben!*
5. **Beleg-Kliniken** müssen vom **Abschlag wegen der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung** gem. G-BA-Beschluss v. 19.04.2018 **befreit** werden! Die für Beleg-Krankenhäuser kalkulierten DRGs beinhalten keine Kosten für den ärztlichen Dienst, der Voraussetzung für die Notfallversorgung ist. Deshalb sind die derzeit erhobenen Abschläge in keiner Weise sachgerecht.
6. Die belegärztliche Versorgung muss bei der Planung von Gesetzen und Richtlinien sowie bei der Vergabe von Fördermitteln etc. berücksichtigt werden und vom Bund, den Ländern und dem G-BA als **gleichberechtigte Partner der Selbstverwaltung** in die KH-Planung und -finanzierung einbezogen werden.
7. Innovative Weiterentwicklungen des Finanzierungssystems sowie konsequente, wirtschaftlich richtige und gesellschaftlich sinnvolle **Weiterentwicklungen des DRG-Systems** werden befürwortet, da so die stationär-ambulante Verzahnung zukunftssicher abgebildet werden kann. Zudem begegnet man so auch dem aktuellen Missstand, dass viele OP-Leistungen im EBM-Katalog nicht abgebildet und somit für den Belegarzt auch nicht abrechenbar/leistbar sind.
8. Belegärztliche Leistungen dürfen, wie die Leistungen der Hauptabteilungen, nur noch dem **Verbotsvorbehalt** unterliegen. Dies wäre mit dem Honorar-Belegarzt gem. §18 Abs. 3 KHEntgG gewährleistet.

Der bislang greifende **Erlaubnisvorbehalt** schränkt das belegärztliche Leistungsspektrum **völlig unsachgemäß** ein und verhindert **medizinische Innovationen** und zeitgemäße Behandlungen.

FAZIT

In einem **Zukunftsmodell** mit zentral organisierten Hochleistungskliniken bieten Beleg-Kliniken zum einen die Lösung zur **Sicherstellung** der **stationären Versorgung** in ländlichen Regionen (vgl. u.a. aktuelle Studie der Universität Köln). Zum anderen sind Beleg-Kliniken, als Teil der belegärztlichen Versorgung, mit ihrem hohen **Standardisierungsgrad**, dem **planbaren** und **wirtschaftlich sinnvollen Ressourceneinsatz** und der stabilen und reibungsfreien **Überwindung der ambulanz-stationären Sektorengrenze** in diesem Szenario eine ideal ergänzende Versorgungsform.

Gerne steht der **Bundesverband der Belegärzte (BdB) e. V.** für **konstruktive Diskussionen** und Beiträge zur **Weiterentwicklung** der Krankenhauslandschaft und Förderung eines **zukunftsfähigen Versorgungsmodells** durch das **Belegarztsystem** zur Verfügung.