„Teamarbeit im schlanken System"

BELEGKRANKENHÄUSER Belegkliniken überbrücken den Graben zwischen ambulant und stationär, werden aber von der Politik vergessen.

Kaum ein Eingriff, den Dr. Hans Winkler sich nicht zutraute: „Allgemein- und Unfallchirurgie, gynäkologische und urologische Operationen", beschreibt die Homepage der Dr. Winkler Klinik in Husum das Leistungsspektrum des Gründers. Der Mediziner erbaute sein Krankenhaus im Jahr 1956, bis in die frühen 70er Jahre lief die Arbeit mit ihm als einzigem Arzt: „Er war eine One-Man-Show", sagt Gerald Meyes, Verwaltungsleiter der Klinik, in der heute die dritte Ärztegeneration tätig ist. Dass ein Mitglied des ärztlichen Teams mehrere Fachrichtungen abdeckt, ist heute undenkbar: Die One-Man-Show ist abgesetzt, doch die Klinik ist ein Belegkrankenhaus geblieben. Meyes, Sprecher einer Interessengemeinschaft von neun Belegkliniken in Schleswig-Holstein und Hamburg, nennt diese Art der Behandlung gerade in Flächenländern ein wichtiges Bindeglied zwischen ambulanten und stationären Angeboten. Doch die Belegkliniken und die dort tätigen Ärzte fühlen sich oft vergessen, wenn es um neue Richtlinien und Strukturen geht. Aktuelles Beispiel ist, dass durch die Gestufte Notfallversorgung ihre Fallpauschalen sinken – für manche Häuser kann das existenzbedrohlich sein.

Dr. Martin Fuerst lacht auf die Frage, warum er nach Jahren als angestellter Chirurg in renommierten Kliniken nicht weiter in einem Krankenhaus arbeitet, sondern in eine Praxis eingestiegen ist. „Es ist ein schönes Arbeiten als Belegarzt", sagt der Orthopäde und Unfallchirurg, der auch als Dozent tätig ist. „Die Wege sind kurz, das System ist schlank. Jeder ist daran interessiert, dass es gut und schnell geht, jeder hat Einfluss auf die Prozesse – es flutscht

PD Dr. Martin Fuerst

FOTO: PRIVAT

einfach." Vor allem gebe es einen großen Vorteil für die Patienten: „Das Belegarztwesen lebt von der Versorgung aus einer Hand. Ich komme nicht morgens in die Klinik und sehe Namen auf dem Operationsplan, sondern ich kenne die Patienten aus der Sprechstunde", berichtet Fuerst, der dem Ärztenetz Med Baltic angehört und als ärztlicher Direktor im Kieler St. Elisabeth-Krankenhaus – einer Belegklinik – tätig ist. „In der Regel habe ich bereits die konservative Behandlung mit ihnen durchlaufen und kenne den allmählich gewachsenen Leidensdruck. Wenn eine Operation unumgänglich wird, kann ich den Eingriff planen, mache ihn selbst und übernehme die Weiterbehandlung in der Praxis. Der Patient geht zu keinem Zeitpunkt verloren, das finden wir ein entscheidendes Argument für dieses System."

Das bestätigt Patrick Reimund, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein. „Es gibt einige Argumente für das Belegarztwesen: Es ist billiger als das Krankenhaus, es ist der Klassiker der Sektorenüberwindung und es sorgt dafür, dass von der Vorbereitung über die Operation bis zur Nachsorge alles in einer Hand bleibt." Neun Kliniken im Land arbeiten ausschließlich mit Belegärzten, dazu kommen Belegbetten in vielen Regelkrankenhäusern. Damit gehört Schleswig-Holstein mit Bayern und Hessen zu den Bundesländern, in denen das Beleg-Wesen fest verankert ist. Besonders die „kleinen schneidenden Fächer" nutzten dieses System, sagt Reimund. In der Tendenz gehe es aber abwärts mit den Bettenzahlen. Die Gründe sind vielfältig: So sind die Häuser verschwunden, die Reimund als „Doktor-Klinik" bezeichnet, Einrichtungen mit einem einzigen Operateur, der sich die Kranken aus der Praxis in den OP überweist. „Und es wird insgesamt weniger stationär operiert", sagt Reimund. Weil die Anästhesie genauer, die Verfahren schonender, die Methoden feiner sind, können viele Menschen kurz nach dem Eingriff nach Hause gehen. „Die Operation ist dieselbe, wird auch vom selben Arzt ausgeführt, aber es steht kein Übernachtungsbett dahinter, nur ein OP-Saal und ein Aufwachraum."

Doch es gibt eine Reihe von Eingriffen, die zwar „mit dem Bett dahinter" passieren müssen, für die es aber „das große System nicht braucht", sagt Martin Fuerst, der mit einigen Stunden als Oberarzt in der Sektion für onkologische und rheumatologische Orthopädie am UKSH in Kiel angestellt ist. „Für komplexe Eingriffe und für ältere Patienten mit mehrfachen Erkrankungen ist die Uniklinik genau richtig, das kann und will ein Beleghaus nicht leisten." Es gehe um eine Ergänzung, keine Konkurrenz.

> »Die Wege sind kurz, das System ist schlank. Jeder ist daran interessiert, dass es gut und schnell geht, jeder hat Einfluss auf die Prozesse – es flutscht einfach.«
>
> PD DR. MARTIN FUERST

Das gelte auch für die Kooperationen von Ärzten mit regionalen Kliniken, sagt Reimund: „Belegbetten können für ein Krankenhaus eine Ergänzung sein, wenn es für eine eigene Abteilung einer bestimmten Fachrichtung zu wenig Nachfrage gibt, es aber sinnvoll scheint, diese Leistung anzubieten." Den Kostenträgern kommt das zugute, denn die belegärztliche Leistung ist günstiger als die vollstationäre Operation. Der Belegarzt rechnet seine Arbeit direkt mit der Kasse ab, das Krankenhaus erhält eine Fallpauschale für die pflegerische Leistung. Die Summe aus beidem ist niedriger als in einem Regelkrankenhaus, eben wegen des „schlanken Systems" des Belegkrankenhauses, das auf Intensivmedizin verzichtet und weniger Personal vorhält.

Doch nun gerät dieses Modell in Schieflage. Der Grund ist die Gestufte Notfallversorgung: Seit 2019 werden den Beleghäusern 60 Euro abgezogen – für jede Behandlung. „Das trifft uns hart", sagt Joachim Bauer, Geschäftsführer der Park-Klinik Kiel. „Die Summe ist nicht nach Schwere des Falls gestuft, sondern für Krebs-OP oder Mini-Eingriff gleich. Und in der Regel haben die Beleghäuser geringere Fallschweren."

Betroffen ist dabei nicht die ärztliche Leistung, die der Operateur extra abrechnet, sondern nur der klinische Bereich inklusive der Pflege, „also genau der Bereich, den man ja eigentlich schützen und stützen sollte", sagt Gerald Meyes (Interview S. 12). Die Interessengemeinschaft der 9B hat gemeinsam mit sieben anderen Häusern bundesweit Klage gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingereicht, doch bis der Fall durch die Instanzen gewandert und entschieden ist, könn-

FOTO: ADOBE STOCK ROMASET

ten Jahre vergehen, befürchtet Meyes. Um mit mehr Wucht auf dem Bundesparkett auftreten zu können, wollen sich eine Reihe von Belegkrankenhäusern dem Bundesverband der Belegärzte anschließen; vermutlich soll es im Oktober soweit sein. „Wir Kliniken bringen landespolitische Kontakte mit, der Bundesverband hat die Kompetenz auf Bundesebene, wir helfen uns da gegenseitig“, so Meyes. Das Ziel sei mehr Dialog, nicht nur auf der politischen Ebene, sondern auch mit der Kassenseite.

Werben für ihre Belange scheint notwendig, denn die kleinen Häuser stehen bei der schleichenden Neuordnung der Krankenhauslandschaft im Weg: „Es gibt den Wunsch nach größeren Einheiten und den Abbau von angenommenen Überkapazitäten. Da sind Beleghäuser oder Belegstationen im Fokus“, sagt Reimund. Schließlich sei es „leichter, eine Beleg-HNO-Station mit fünf Betten als eine chirurgische Abteilung mit 50 zu schließen“. Welche Leistungen und Aufgaben die Belegärzte erfüllen, dafür sei der Gemeinsame Bundesausschuss „völlig blind“, so scheint es Reimund.

Fuerst kann ein Beispiel dafür nennen, dass Beleghäuser von anderen Akteuren des Gesundheitssystems nicht wahrgenommen würden: „Zu Beginn der Corona-Krise ging es darum, Versorgungsstrukturen in Kiel aufzubauen, sowohl für an Covid-19 Erkrankte als auch für sonstige Notfälle. Wir mussten uns aktiv aufdrängen und sagen, uns gibt’s auch noch.“ Er erinnert sich an eine Sitzung mit den Verantwortlichen in der Stadt, in denen die Vertreter der Kieler Belegkliniken aufzählten, „was wir können, was wir haben“, zum großen Staunen von Politik und Verwaltung: „In der Planung kamen wir vorher nicht vor, und den Eindruck haben wir in vielen Bereichen. Man denkt nicht an die Belegkrankenhäuser.“ Den Abschlag durch die Gestufte Notfallversorgung findet er „völlig paradox“. Denn erstens sei die geringere Ausstattung der Häuser mit dem reduzierten DRG-Wert bereits eingepreist und zweitens seien zahlreiche Belegkliniken Teil der Notfallkette, darunter sein eigenes Haus: „Das Elisabeth-Krankenhaus wird bei Unfällen regulär angefahren.“

Weiß der G-BA diese Dinge wirklich nicht? Die Geschäftsstelle des Bundesausschusses antwortete mit einer Stellungnahme zu Sinn und Zweck der Notfallversorgung und erklärte: „Ein Krankenhaus, das die Anforderungen im Sinne der neuen Regelung nicht erfüllt, nimmt im entgeltrechtlichen Sinne nicht an der Notfallversorgung teil. Handelt es sich bei einer Belegklinik laut Landeskrankenhausplan um ein zugelassenes Krankenhaus, gilt für sie die generelle entgeltrechtliche Regelung.“ Knapper gesagt: Wer die Vorteile des Systems nutzen will, muss auch die Kröten schlucken.

Doch ist das in diesem Fall sinnvoll? Nein, findet Dr. Marret Bohn: „Belegkliniken sind ein wichtiger Bestandteil der Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein, und die Bundespolitik darf die bestehenden Strukturen nicht einfach ersatzlos zerschlagen“, sagt die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen-Landtagsfraktion. „Aber Bundesgesundheitsminister Jens Spahn prescht voran, der G-BA entscheidet und die Länder stehen mal wieder vor einem Scherbenhaufen.“ Sie wünscht sich „Gesundheitsregionen, bei denen ambulante und stationäre Versorgung zusammenarbeiten“, und fordert: „Minister Spahn sollte die Kritik aus den Ländern und Kommunen ernst nehmen. Die Alleingänge aus dem Bundesgesundheitsministerium zerschlagen nur unnötig Porzellan und berücksichtigen die vor Ort gewachsenen Strukturen nicht.“ Denkbar wäre ein medizinischer „Versorgungsgipfel“, auf dem alle Beteiligten im Gesundheitswesen gemeinsam mit Bund und Ländern an praktikablen Lösungen arbeiten.

Die Bedeutung der Belegkliniken beschreibt auch das FDP-geführte Kieler Gesundheitsministerium: „Sie stellen ein anerkanntes Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dar“, sagt Sprecher Christian Kohl. Die Frage der Abschläge bewertet er nicht: Es handle sich um „Entgeltrecht, welches bundesgesetzlich geregelt ist“. Es lägen keine Erkenntnisse vor, was die Mindereinnahme für die Häuser wirtschaftlich bedeute. Kohl erinnert an „Fördermöglichkeiten aus dem Versorgungssicherungsfonds“, von denen auch belegärztliche Strukturen profitieren könnten.

Für Bernd Heinemann, Gesundheitsexperte der SPD-Fraktion, wäre das Modell „der guten alten DDR-Poliklinik“ ein guter Ansatz, ambulante und stationäre Hilfen zu verbinden: „Die Teilung Deutschlands ist so lange her, dass man ideologiefrei neu über solche Strukturen nachdenken könnte.“ Dass versucht werde, in den Krankenhäusern „Qualität durch hohe Fallzahlen zu erzwingen“ und darum die Notfallversorgung ein Kriterium sei, finde er nachvollziehbar, „aber die meisten Belegkliniken wollen gar nicht Teil der Notfallkette sein. Sie liegen zwischen den Sektoren und bräuchten eine andere Zuordnung.“

Denn gerade beim Stichwort Fallzahlen haben die Beleghäuser ein Wort mitzureden: „Wir haben pro Operateur eine hohe Eingriffsdichte“, sagt Fuerst. Er selbst kommt mit seinen endoprothetischen Eingriffen auf Zahlen, die „deutlich höher sind, als die Fachgesellschaften und die Richtlinien fordern“. Der Grund ist – neben dem

"Spezialisierte Häuser, hohe Fallzahlen"

Schleswig-Holstein zählt gemeinsam mit Bayern und Hessen zu den Schwerpunkten des Belegarztwesens in Deutschland. Zur Interessengemeinschaft 9B zählen die Park-Klinik, die Klinik Flechsig, die Helios-Klinik, die nordBLICK Augenklinik Bellevue, alle in Kiel, das Helios Agnes-Karll-Krankenhaus in Bad Schwartau, das Marien-Krankenhaus in Lübeck und die Klinik Dr. Winkler in Husum sowie in Hamburg die Facharzt-Klinik sowie das Krankenhaus Jerusalem. Hinzu kommen zwei weitere Belegkliniken in Schleswig-Holstein: Das Sankt Elisabeth-Krankenhaus (SEK) in Kiel und die Klinik Klosterstraße in Neumünster.

Auf die sieben Kliniken in Schleswig-Holstein in der 9B-Gruppe entfallen 350 Betten und 20.000 Patienten, die stationär aufgenommen werden, hinzu kommen ambulante Operationen. Im Elisabeth-Krankenhaus werden im Jahr rund 3.000 Patienten stationär und knapp 800 ambulant operiert. In der Klosterstraße ist das Verhältnis umgekehrt: Auf 1.000 ambulante Behandlungen kommen knapp 400 stationäre. Die Klinik legt einen Schwerpunkt auf Gynäkologie, zudem ist neben Chirurgien eine Fachärztin für Pathologie Teil des Netzwerks.

Insgesamt decken die Kliniken über 14 Fachrichtungen ab, darunter zahlreiche chirurgische Fächer wie Hand-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie inklusive der Plastische Chirurgie und Neurochirurgie, Venenchirurgie. Zudem geht es um Augenleiden, gynäkologische Krankheiten und Orthopädie bis hin zu Gelenkersatz sowie Schlafmedizin.

„schlanken System“ – reiner Selbstschutz: „Den Eingriff, den man macht, sollte man gut beherrschen, schließlich steht man als Person für die Behandlung gerade.“ Das gelte zwar für jeden Operateur, aber im Fall der Belegärzte „ist keine Klinik im Hintergrund, wenn es zu juristischen Auseinandersetzungen kommt. Da muss man als Arzt alleine durch.“

Belegärzte sind in der Regel erfahrene Mediziner, viele kommen aus großen Krankenhäusern, waren Ober- oder Chefärzte, die sich in einer neuen Phase der Laufbahn wieder mehr auf die Behandlungen statt auf Klinikabläufe konzentrieren wollen. So ist die Kieler Park-Klinik, die mit nur 24 Betten im Krankenhausplan des Landes steht und in Spitzenzeiten 47 Betten aufstellen kann, eines der größten Zentren im Land für Schilddrüsenchirurgie; weitere Spezialitäten sind die minimalinvasive Chirurgie bei Gallensteinen und Bruchleiden. „Die Belegkliniken, die es heute noch gibt, machen hochkomplexe, spezialisierte Medizin auf hohem Niveau“, sagt Geschäftsführer Bauer. Dazu komme die persönliche Betreuung aller Kranken, die ein kleines Haus mit vergleichsweise hohem Personalschlüssel leisten könne.

Die Park-Klinik gehört den Ärzten, wobei heute nicht mehr der einzelne Mediziner, sondern die Praxen Anteile an der Krankenhaus-Gesellschaft halten. Reich würden Belegärzte durch die Klinik nicht „Das Geld verdienen sie in der Praxis, aber sie operieren gern und finden das Angebot wichtig“, sagt Bauer. Ziel sei vor allem, „keine Verluste zu machen“.

Doch werden die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen enger gespannt, suchen die Kliniken sich neue Konstrukte. Die Klinik Flechsig in Kiel ist zwar eine eigenständige Einheit, aber räumlich im Städtischen Krankenhaus angesiedelt. Das Elisabeth-Krankenhaus wird von der Lubinus-Stiftung getragen und die Dr. Winkler Klinik in Husum ist kürzlich Teil der amedes-Gruppe geworden, die Dienstleistungen für Ärzte und Kliniken anbietet. Die Ärzte, die bisher Teilhaber waren, sind nun Angestellte der Gruppe, doch in ihrer Arbeit und für die Patienten ändere sich dadurch nichts, sagt Verwaltungschef Meyes. Die Klinik erweitert sich, nimmt einen bisherigen Chefarzt am Diako-Krankenhaus Flensburg ins Team auf und eröffnet eine Zweigpraxis in Flensburg. Der Name aber bleibt, schließlich ist er seit fast 70 Jahren als Marke eingeführt, sagt Meyes: „In Husum heißt es: Man geht zum Winkler.“

ESTHER GEISSLINGER

»Bundesgesundheitsminister Jens Spahn prescht voran, der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet und die Länder stehen mal wieder vor einem Scherbenhaufen.«

DR. MARRET BOHN

FOTO: ADOBE STOCK VADIM

„Die Lage verschärft sich"

INTERVIEW Gerald Meyes, Verwaltungschef der Dr. Winkler-Klinik in Husum und Sprecher der Interessengemeinschaft von 9 Belegkrankenhäusern, im Gespräch mit Esther Geisslinger.

Gerald Meyes

Herr Meyes, neun Häuser in Schleswig-Holstein und Hamburg gehören der 9B-Gemeinschaft an. Solche Zusammenschlüsse entstehen meist, weil ein Problem zu groß für ein Haus ist – was gab den Anstoß?

Gerald Meyes: 2007 war das Gründungsjahr der 9B-Interessengemeinschaft, allerdings gab es zunächst eine Kerngruppe von fünf Beleghäusern. Zielsetzung der „9B" ist die Stärkung der Belegkrankenhäuser und des Belegarztwesens durch Hervorhebung der Vorteile und Alleinstellungsmerkmale in den gesundheitspolitischen Gremien. Denn die belegärztliche Versorgung ist per se die gelebte intersektorale Versorgung, die seit Jahren von der Politik gefordert wird und aktueller denn je ist.

Aber es scheint schwer, diese Botschaft zu transportieren?

Meyes: Seit Jahren verschärft sich die Lage sogar. Die Politik will direkt keine Häuser schließen, aber durch Gesetze für eine Bereinigung der Landschaft sorgen. So wird gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Zentrumsregelung die Fachabteilungsdefinition nur dann erfüllt, wenn die Ärzte festangestellt sind, also Hauptabteilungsstrukturen geschaffen sind. Das trifft für unsere Häuser nicht zu, schließlich arbeiten alle unsere Ärzte eigenständig. Ein anderes Beispiel ist die Richtlinie des G-BA zur Gestuften Notfallversorgung. Die Beleghäuser, die durch ihren Versorgungsauftrag nicht an der gestuften Notfallversorgung teilnehmen, da sie über keinen ärztlichen Dienst verfügen, der für die Notfallversorgung Voraussetzung ist, werden hier mit einem Abschlag belegt.

Im Sommer 2018 haben Sie in einem offenen Brief an den G-BA auf das Problem hingewiesen. Wie ist die Lage zurzeit?

Meyes: Wir zahlen den Abschlag in Höhe von 60 Euro pro Fall seit 2019. Bei Geburtskliniken wird dieser Abschlag sogar doppelt fällig. Er wird nicht aus dem ärztlichen Budget entnommen, da die Ärzte nicht im Krankenhaus angestellt sind, sondern aus dem Pflegebereich. Also genau der Bereich, den die Bundes- und Landespolitik eigentlich schützen und stützen wollen. Wir haben mit bundesweit 16 Häusern Klage dagegen erhoben. In den Budgetvereinbarungen steht, dass der Betrag rückabgewickelt wird, wenn wir gewinnen sollten. Die Klage wurde im Mai 2019 beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg erhoben, und wir vermuten, dass der Fall zum Bundessozialgericht, vielleicht sogar zum Bundesverfassungsgericht gehen wird. Bis zu einer Entscheidung können fünf bis sieben Jahre vergehen.

Was bedeutet das für die Häuser?

Meyes: Wir gehen davon aus, dass die meisten es die ersten drei bis fünf Jahre abfedern können. Aber je nach Größe der Kliniken gehen bis zu sechs Prozent vom Budget weg, und das kann man nicht ewig durchhalten. Die Einzelförderung für Bauvorhaben und Investitionen für Krankenhäuser ist seit Jahrzehnten viel zu gering. Des Weiteren wird per Gesetz die belegärztliche Versorgung insgesamt mit 20 Prozent weniger vergütet als die gleiche Versorgung in Hauptabteilungshäusern.

Wie Sie vorhin gesagt haben, sind die Belegkrankenhäuser eigentlich genau das, was die Politik wünscht. Was vermuten Sie, wieso werden ihnen Steine in den Weg gelegt?

Meyes: Großes Fragezeichen. Es stimmt ja, bei der Notfallversorgung und bei der Behandlung von Covid-Patienten sind wir generell nicht direkt beteiligt, da Belegkliniken keine Intensivbetten vorhalten. Aber sind wir deswegen überflüssig? Wir glauben nicht. Der G-BA hat Millionen ausgelobt, um neue Modelle zu entwickeln, um die Sektorengrenzen zu überwinden, und wir sagen: Leute, es gibt uns doch schon! Das Belegwesen entstand als erste Krankenhausversorgung nach dem Krieg, und bis heute entlasten wir andere Häuser. Ja, es geht um die vergleichsweise einfachen Eingriffe, aber die Häuser sind teilweise hoch spezialisiert und kommen auf entsprechend hohe Fallzahlen. Sie sind dadurch für die gesundheitliche Versorgung der Einwohner ihrer Region sehr wichtig. Einige Belegkrankenhäuser, etwa in Hessen, sind sogar vom Landkreis zur Notfallversorgung verpflichtet worden. Schwer zu sagen, warum unsere Leistung nicht gesehen wird.

Was ist der Vorteil für die Ärzte, als Belegärzte tätig zu sein? Und ist das System noch zeitgemäß, schließlich wollen viele Mitglieder der jüngeren Arztgeneration eine bessere Work-Life-Balance?

Meyes: Ich glaube schon, dass die Belegpraxis weiter zeitgemäß ist. Die zeitliche Belastung kann der Arzt recht gut steuern, da die Operationen geplant sind. Vorteile für die Ärzte sind, dass sie ihre Patienten von der ambulanten Therapie zum stationären Aufenthalt und wieder zurück behandeln. Sie sehen die Ergebnisse ihrer Operation und die weitere ambulante Entwicklung. Allerdings sind die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen schwierig, auch wegen hoher Versicherungsprämien.

Vielen Dank für das Gespräch.

FOTO: EG