



MOBILISIERUNG DER
BELEGÄRZTLICH-
VERTRAGSÄRZTLICHEN
VERSORGUNG ALS TEIL
DER KRANKENHAUS-
REFORM

Ausarbeitung von OptiMedis für

Hansestadt Lübeck

z. Hd. Oberbürgermeister Jan Lindenau

Hamburg, 01.07.2023

Kontakt

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, OptiMedis AG

Burchardstraße 17, 20095 Hamburg

Telefon: +49 40 22621149-0

E-Mail: h.hildebrandt@optimedis.de

Web: www.optimedis.de

1. Hintergrund

Für die Stadt Lübeck stellt sich die Frage, wie die bisher durch die Marien-Krankenhaus gGmbH in der Innenstadt von Lübeck (Parade) geleistete und durch die Patienten sehr geschätzte belegärztliche Versorgung unter den Bedingungen der Krankenhausreform weiter fortgeführt werden kann (eine Ausnahme stellt die Geburtshilfe dar, die durch das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein UKSH fortgeführt werden soll). Die Fachbereiche Gynäkologie, HNO, Chirurgie, Urologie und Innere behandeln jenseits der Geburtshilfe dort durchschnittlich knapp **2.700 Patienten** kurzstationär (im Schnitt nur knapp über zwei Tage Verweildauer) und verfügen dafür über 28 Betten lt. Krankenhausplan SH. Die Planung sieht vor, den Standort Innenstadt (Parade) als Außenstelle eines schon bestehenden und im Krankenhausplan vertretenen größeren Belegkrankenhauses in der Nachbarschaft von Lübeck fortzusetzen und gezielt zu erweitern. Weitere Planungen für eine gesundheitlich-pflegerische Nutzung des Standorts erfolgen unter dem Motto „GesundheitsCampus Parade“. Hier soll nur auf die belegärztliche Versorgung eingegangen werden.

Die unbedingt zu begrüßende Ausrichtung des BMG auf eine hochwertige qualitative Leistung sieht eine Definition von **Leistungsgruppen** vor. Deren Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung sollen lt. Eckpunktepapier vom 22.6.2023 in einem mehrstufigen Verfahren erfolgen. In einer ersten Stufe erfolgt die fachliche, medizinisch wissenschaftliche Arbeit durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter Einbeziehung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und von Mitgliedern der Regierungskommission.

Drei **Herausforderungen** stellen sich für die **belegärztlich-vertragsärztliche Arbeit**:

1. Wie werden die Leistungsgruppen konzipiert? Wenn sie so konzipiert werden, dass die gesamte Leistungsmenge der jeweiligen Leistungsgruppe an am selben Standort erbracht werden muss, ergeben sich Probleme für Belegabteilungen, die nur wenige, dafür aber sehr spezialisierte belegärztliche Fachärzte haben, die dann wiederum nur einzelne Leistungen aber dafür in bester Qualität erbringen.
2. Was ist generell als Zukunft für Belegkrankenhäuser anzusehen und welches Bild belegärztlicher Leistungen wird vorgesehen? Lt. Aussagen des Bundesgesundheitsministeriums solle diese in der Zukunft gestärkt werden, die zur Weiterentwicklung der Krankenhausreform vornehmlich berufenen Einrichtungen, wie die AWMF, sind aber nahezu ausschließlich mit Klinikern aus Hauptabteilungs-Krankenhäusern besetzt.
3. Im Eckpunktepapier vom 28.6.2023 taucht der Begriff „belegärztlich“ nur in Zusammenhang mit Level 1i Krankenhäusern einmalig auf (Zeile 451). Wird eine Gleichbehandlung von belegärztlichen und hauptamtlichen Abteilungen bei der Erbringung von Leistungsgruppen vorgesehen oder wird wie in der Krankenhausplanung 2020 des Landes Nordrhein-Westfalens im Kapitel 4.5 letzter Satz vorgesehen, dass „... im Planungsverfahren aufgrund der höheren Leistungsfähigkeit in der Regel der Hauptabteilung der Vorrang zu geben“.... ist?

Der unten folgende Reformvorschlag ist wegen der grundsätzlichen Bedeutung nicht speziell nur auf die belegärztliche Versorgung am Innenstadtstandort Parade in Lübeck ausgerichtet, sondern entwickelt eine größere Vorstellung belegärztlich-vertragsärztlicher Versorgung im Einklang mit den drei zentralen Zielen der Krankenhausreform: Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge), Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität und Entbürokratisierung sowie mit dem ebenfalls verfolgten Ziel der ambulanten- und transssektoralen Zusammenarbeit.

Gerade für die Zusammenführung der Sektoren und angesichts der Ärzteknappeit in zahlreichen Regionen stellt die bestmögliche Mobilisierung belegärztlich-vertragsärztlicher Versorgung eine entscheidende Option für die Zukunft der ärztlichen Versorgung dar.

2. Der Reformvorschlag

Belegärztliche Arbeit stellt nicht nur im Ausland (z.B. USA) sondern auch in Deutschland heute in vielen kooperativen Belegabteilungen, die von mehreren Vertragsärzten in gemeinsamer Gesamtverantwortung geführt werden, eine Versorgungsform dar, die absolut gleichwertig mit hauptamtlichen Abteilungen sein kann. Sie kann in dieser Form eine vollumfassende, stationäre Versorgung inklusive Notfallversorgung realisieren. Sie unterscheidet sich damit von dem alten Bild der Belegabteilungen mit nur zwei oder drei Betten, die von einzelnen Vertragsärzten geführt werden.

Beide Lösungen, die kooperativ vollumfassende wie aber auch die kleinere spezialisierte, haben aber gerade im Sinne einer flächendeckenden Versorgung ihre Berechtigung, wobei der kooperativen Form mehr und mehr der Vorzug gegeben werden sollte.

Folgende Anforderungen und Anpassungsbedarfe stellen sich:

(1) **Gleiche Qualitätskriterien und Strukturvoraussetzungen für die Zuordnung einer Leistungsgruppe für Haupt- und Belegabteilungen bzw. Mischformen von Haupt- und Belegabteilungen:**

Beleg- wie Hauptabteilungen sollen gleichermaßen den Facharztstandard, die Abdeckung der Tages- und Nachtzeiten, die weiteren Qualifizierungsvoraussetzungen und Ausbildungsstandards nachweisen müssen. Im Fall der Belegabteilungen muss dafür der Nachweis einer kooperativen Ausübung der Leistungsgruppe erbracht werden und durch den MD – wie auch im Eckpunktepapier für die Hauptabteilungen vorgesehen – geprüft werden können. Falls die Qualitätskriterien und Strukturvoraussetzungen nach Level-Einteilung unterschieden werden sollten, würde das auch für die Belegabteilungen entsprechend der Level-Einteilung gelten.

Bei Einhaltung des **Facharztstatus** innerhalb von 30 min am Bett des Patienten 24h/7/365 durch Belegärzte, können dann auch angesichts des Fachärztemangels Belegärzte wieder in das gestufte Konzept von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V eingeführt werden, sodass dann der G-BA Beschluss vom 19.04.2018 mit der Herausnahme der Belegarztstrukturen aufgehoben werden kann.

(2) **Krankenhäuser sollten die Wahl haben zwischen „make“ und „buy“ inkl. kooperativer Zwischenformen, d. h. der Erbringung von Leistungen durch angestellte Ärzte wie aber auch durch Vertragsärzte mit der Bestätigung als Belegarzt im Sinne des Honorarbelegarztes nach §121 Abs. 5 SGB V und nach §18 Abs. 3 KHEntgG (entweder wie bisher durch die KVen oder ggf. zukünftig durch die Ärztekammern):**

Gerade im Sinne einer gewünschten vermehrten transsektoralen Versorgung macht die heutige Trennung von vertragsärztlicher und stationär-hauptamtlicher Versorgung immer weniger Sinn. Zumal auch der Versorgungspraxis folgend insbesondere in ländlichen Regionen schon vielfach mit Zwischenformen gearbeitet wird, so u.a. mit Honorarvertretungs- und Honorarkooperationsärzten, mit der Teilzeit-Anstellung von Vertragsärzten als Chefärzte etc.

Eine formelle Anerkennung des Vertragsarztes als Belegarzt durch die KV (ggf. auch Ärztekammer, wenn die KV vergütungsseitig nicht mehr involviert ist) erscheint weiterhin notwendig, um versicherungsrechtliche Risiken der Infragestellung der Freiberuflichkeit einzugrenzen.

(3) **Wahlfreiheit für die Krankenhäuser auch hinsichtlich der Gleichbehandlung belegärztlicher und hauptamtlich ärztlicher Leistungen bzgl. der Vergütung:**

Option A: Krankenhäuser können optieren bzgl. der Vergütung der belegärztlichen Leistungen inkl. der ärztlichen Leistungen durch das System von Vorhaltepauschalen/DRGs. Dies werden voraussichtlich vor allem Häuser ab Level II mit den größeren, kooperativ geführten Abteilungen zusammen mit diesen Ärzten wählen, um den heutigen Erlaubnisvorbehalt für belegärztliche Leistungen zu beseitigen und sich dadurch von der nicht mehr an den medizinischen Fortschritt angepassten Vergütungssystematik des EBM für die belegärztlichen Leistungen zu lösen.

Option B: Krankenhäuser können zusammen mit ihren Belegärzten auch das bisherige Modell der Vergütung beibehalten, das die ärztliche Leistung durch das KV-System finanziert und die stationäre

Leistung durch eine abgeminderte b-DRG refinanziert. Dieses Modell werden voraussichtlich eher die Level I Häuser und einzeln arbeitende Belegärzte in Anspruch nehmen.

Der Musterrahmenvertrag der DKG und der KBV für Belegärzte müsste für die Option A entsprechend ergänzt werden. Zur Compliance-Erhaltung müssen dort Regelungen vorgesehen werden, wie die Transparenz bzgl. aller Leistungsbeziehungen gesichert wird, wie ein angemessenes Verhältnis von Leistung und Gegenleistung gesichert und wie die Unabhängigkeit bzgl. entgeltlicher und unentgeltlicher Zuwendungen bei Beschaffungsentscheidungen bzw. Umsatzgeschäften gewahrt wird.

Die ohnehin in den letzten Jahren im Niedergang befindlichen KV-Vergütungen für die ärztlichen belegärztlichen Tätigkeiten würden weiter reduziert und würden von den Krankenkassen in ihren Kalkulationen für die Gesamtvergütung zu diesem Teil der Reduktion herausgerechnet. Da gleichzeitig mehr ambulante OP-Leistungen ein Mehr an KV-Vergütungen erfordern, sollten hier Kompensationen unproblematisch vereinbart werden können.

(4) Telemedizinische Verknüpfung zwischen Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen aller Level und unabhängig von ihrer internen Ausgestaltung als Haupt- oder Belegabteilung:

Eine enge telemedizinische Verknüpfung von Krankenhäusern wurde von der Reformkommission als Zielbild vorgetragen, in den bisherigen Diskussionen und so auch im Eckpunktepapier vom 22.6.2023 allerdings nicht in dem Maße betont, wie es für die zukünftige Aufrechterhaltung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung erforderlich wäre.

Für die Ausarbeitung der Qualitätskriterien und Strukturvoraussetzungen für die Leistungsgruppen schlagen wir vor, dass die telemedizinische Verknüpfung stufenweise zu einer der zentralen Strukturvoraussetzungen erhoben werden soll.

(5) Einbeziehung der Zahl der ambulanten Leistungen in die Zuweisung von Leistungsgruppen:

Das erklärte Ziel einer zunehmenden Ambulantisierung von Leistungen wird konterkariert, wenn Krankenhäusern Leistungsgruppen nur aufgrund der Zahl ihrer stationären Leistungen zugewiesen werden. Gerade belegärztlich geleitete Abteilungen arbeiten bereits heute häufig ambulant, auch wenn moniert wird, dass die Vergütungen dafür kaum auskömmlich seien und damit gerechnet werden müsse, dass bei der Fortführung der derzeitigen Vergütung in Zukunft bestimmte Leistungen weder von den Maximalversorgern noch von Belegärzten angeboten werden.

Unabhängig davon, ob belegärztlich oder hauptamtlich organisiert, sollte deshalb bei der Zuweisung von Leistungsgruppen auch die Zahl der jeweils ambulant erbrachten Leistungen mitberücksichtigt werden.

(6) Spezielle sektorengleiche Vergütung – Berücksichtigung der Belegärzte:

Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des § 115f SGB V eine Neuregelung angestoßen, um ein seit Jahrzehnten bestehendes Problem an der Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu lösen. Die andauernde Diskussion, inwiefern eine Leistung ambulant oder stationär erbracht und damit völlig unterschiedlich vergütet wird, kann mit der Neuregelung beseitigt werden, was zu einem großen Bürokratieabbau im Spannungsfeld Krankenhaus und Krankenkassen führen wird.

Von dieser Problematik sind insbesondere auch Belegärzte stark betroffen, da sie sich in der Versorgung immer an den Sektorengrenzen ambulant und stationär bewegen. Daher ist es von großer Bedeutung, dass die Belegärzte als Vertragsärzte, die an einem Krankenhaus tätig sind, von Beginn an in der speziellen sektorengleichen Vergütung Berücksichtigung finden.

3. Der Nutzen aus diesem Reformvorschlag

Angesichts der Versorgungsbedarfe, die in den nächsten Jahren durch die demografiebedingte Zunahme der Patientenzahlen in den höheren Jahrgängen bei gleichzeitiger Verringerung der eingesetzten Arbeitsstundenzahlen der jüngeren tätigen Ärzteschaft entstehen, müssen wir alle **Kooperationsmöglichkeiten** von Vertragsärzten und stationär hauptamtlich tätigen Ärzten optimal nutzen. Eine Wahlmöglichkeit von „make“ und „buy“ inkl. kooperativer Zwischenformen, d. h. der Erbringung von Leistungen durch angestellte Ärzte wie aber auch durch Vertragsärzte ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg hin zu einer solchen besseren **Nutzung der vorhandenen Ressourcen der Ärzteschaft**.

Dies gilt insbesondere in den Regionen mit größeren Entfernungen zum nächsten Krankenhaus, es gilt gleichermaßen aber auch für Städte. Bei beiden würde gleichzeitig die **telemedizinische Verknüpfung** eine wichtige qualitative Strukturvoraussetzung liefern.

Die Revitalisierung des Belegarztwesens erfordert allerdings ihre zielgenaue **Berücksichtigung in den Diskussionen und Entscheidungen der Krankenhausreform** und einiger **struktureller Änderungen**, wie oben in den Punkten 2,3 und 5 beschrieben.

Dabei sollte der Grundsatz gelten: **Gleiche Qualitätskriterien und Strukturvoraussetzungen für die Zuordnung einer Leistungsgruppe für Haupt- und Belegabteilungen bzw. Mischformen von Haupt- und Belegabteilungen**.

Wenn die Politik die Zielsetzung verfolgt, mehr Leistungen zukünftig ambulant zu erbringen und die Sektoren durchlässiger zu gestalten, dann sollte man hierzu ein **revitalisiertes Belegarztwesen kooperativ weiterentwickeln** und nutzen.

Für den eingangs erwähnten Anlass dieser Ausarbeitung, die **Situation in Lübeck** mit der Weiterentwicklung der belegärztlichen Arbeit in der Innenstadt am Standort Parade und der Kooperation als Außenstandort mit einem anderen Belegkrankenhaus, ergeben sich mit den wie oben beschriebenen Entwicklungen folgende Verbesserungen:

1. Die Belegärzte des Hauptstandortes und der Außenstelle können unter günstigeren Voraussetzungen eine qualitativ hochwertige Kooperation entfalten, auch in Mischformen mit einer Kooperation mit hauptamtlich tätigen Ärzten.
2. Die Tätigkeit als Belegarzt würde auch für andere Vertragsärzte attraktiver, sodass die für die Leistungsgruppen geforderten Arzt- und Leistungsmengen erfüllt werden können.
3. Die telemedizinisch-digitale Verknüpfung hebt insgesamt das Qualitätsniveau und macht das Arbeiten an zwei bzw. drei Standorten (inkl. Vertragsarztpraxis) gleichzeitig einfacher.
4. Für die Patienten in Lübeck und Umgebung wird damit das Versorgungsangebot erhalten und erweitert sowie qualitativ gesteigert.
5. Für die Krankenkassen entstehen aus den Änderungen keine finanziellen Nachteile, da sie die im KV-System wegfallenden Vergütungsanteile in ihren Verhandlungen mit den zunehmenden ambulanten Leistungen kompensieren können. Zusätzlich können mit dem belegärztlichen Angebot in stärkerem Umfang ehemals stationäre Leistungen in einer ambulanten oder in der neu in Entwicklung befindlichen „sektorengleichen Vergütungsform“ erbracht werden. Durch die Anbindung an das Krankenhaus kann dies in einem qualitativ hohen und für die Patientenversorgung sicheren Umfeld erfolgen.
6. Für die Ausbildung von Ärzten ergeben sich verbesserte Möglichkeiten, durch die Möglichkeit quer über die Schweregrade von Krankheiten und Eingriffen sowohl ambulante als auch kurzzeitstationäre und stationäre Erfahrungen zu sammeln.