

Titel **Belegärzte**

Die Letzten ihrer Art

Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die ihre Patienten auch im Krankenhaus behandeln, sinkt seit Jahren. Dabei ist das Modell nach Ansicht seiner Befürworter ein Musterbeispiel für die von Politik und Gesundheitsexperten geforderte sektorenübergreifende Versorgung.

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland leidet vor allem an der unzureichenden Koordination und Kooperation an den Schnittstellen der stark abgeschotteten Versorgungssektoren. So beschrieb der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die Situation im Juli 2018 in einem Gutachten zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung. Die Folge: Patienten würden nicht dort behandelt, wo es angemessen sei, Therapien würden nicht aufeinander abgestimmt, andere Gesundheitsberufe nicht in die Behandlung einbezogen. Das Problem ist nicht neu. Seit Jahrzehnten fordern Gesundheitsexperten und -politiker eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Modelle wie die integrierte Versorgung oder die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, die für einen nahtlosen Übergang zwischen Praxis und Krankenhaus sorgen sollten, blieben jedoch in den Kinderschuhen stecken.

Leistungen einheitlich vergüten

Die Dringlichkeit des Problems kann man auch daran ablesen, dass sich Union und SPD im Koalitionsvertrag auf die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe geeinigt haben, die die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen vorantreiben soll. Erste Überlegungen der Arbeitsgruppe dazu wurden im Mai bekannt. Die Gruppe schlägt unter anderem vor, künftig einen gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereich festzulegen, der sektorenübergreifend organisiert und einheitlich vergütet wird. Ziel sei es, dass Leistungen dort erbracht werden, wo es qualitativ und ökonomisch am sinnvollsten sei, heißt es in einem Eckpunktepapier. Konkre-



Foto: vectorstock/stock.adobe.com

tere Angaben über den Diskussionsstand in der Arbeitsgruppe gibt es nicht. Die Arbeiten seien noch nicht abgeschlossen, heißt es aus dem Bundesgesundheitsministerium.

Einer, der eine Lösung für die Schnittstellenprobleme hat, ist Dr. med. Andreas W. Schneider. Der niedergelassene Urologe aus Winsen an der Luhe ist Belegarzt in einer kooperativ geführten Gemeinschaftspraxis. Er behandelt seine Patienten nicht nur in der eigenen Praxis, sondern wenn es nötig ist, auch stationär im Krankenhaus (*siehe Kasten*). Schneider hält dieses Modell für die „idealtypische Versorgung aus einer Hand“ und wird nicht müde, als Vorsitzender des Bundesverbandes der Belegärzte bei ärztlichen Körperschaften, Verbänden, bei Politik und Krankenkassen dafür zu werben. Grundsätzlich sei die belegärztliche Versorgung von Patienten immer dann sinnvoll, wenn diese wohnortnah und auf-

grund des Schweregrades der Erkrankung oder aufgrund von weiteren Erkrankungen im Krankenhaus erfolgen müsse, erklärt Schneider. Weil er seine eigenen Patienten weiterbehandle, gebe es beim Übergang ins Krankenhaus weder Informationsverluste noch teure Doppeluntersuchungen. Eine Vielzahl von Studien zeige, dass die belegärztliche Versorgung wirtschaftlicher sei als die durch Hauptabteilungen im Krankenhaus.

Doch die Zahl der Belegärzte geht zurück. Zwischen 2009 und 2018 sank sie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zufolge um 21,9 Prozent auf 4 599. Nach der Statistik ist die Fachgruppe mit den meisten Belegärzten die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, die 2018 mehr als ein Viertel aller Belegärzte stellte, gefolgt von der Orthopädie (14 Prozent) und der Frauenheilkunde (13 Prozent). Noch stärker als die Zahl der Belegärzte ging die Zahl der belegärztlichen Behandlungen zurück. Nach Angaben des Bundesverbandes der Belegärzte hat sie sich im gleichen Zeitraum fast halbiert.

Zu niedrige Honorare

Vor diesem Hintergrund beauftragte die KBV den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und das Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement, eine Bestandsaufnahme des Belegarztwesens zu erstellen und dessen Entwicklungspotenzial aufzuzeigen. Das Ergebnis stellte der Gesundheitsökonom Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem am 21. Mai in Berlin im Rahmen des KBV-Sicherstellungskongresses vor. Als Gründe für den Rückgang der belegärztlichen Versorgung nennen die Wissenschaftler in ihrem Gut-

achten insbesondere den zunehmenden Trend zur ambulanten Behandlung sowie die Konkurrenz durch andere Versorgungsformen wie beispielsweise die Beschäftigung von Honorarärzten in den Krankenhäusern. Außerdem sei das Tätigkeitsspektrum der Belegärzte eingeschränkt. Sie dürften neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wie im ambulanten Versorgungsbereich üblich, nur dann erbringen und abrechnen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dies ausdrücklich genehmigt habe (Erlaubnisvorbehalt). Die Krankenhäuser hingegen könnten neue Methoden stets dann anwenden, wenn der G-BA dies nicht ausdrücklich verboten habe (Verbotsvorbehalt). Viele Belegärzte kritisierten dem Gutachten zufolge zudem ihr Honorar als zu gering.

Zu hohe Arbeitsbelastung

Gesundheitsökonom Wasem führte als Grund für die sinkende Zahl der Belegärzte aber auch veränderte Vorstellungen der jungen Generation von einer ausgewogenen Work-Life-Balance an. So müssten die Belegärzte zusätzlich zur Arbeit in der Praxis am Krankenhaus präsent sein und für ihre dort behandelten Patienten im Notfall bereitstehen. Doch auch für die Krankenhäuser berge das derzeitige Vergütungssystem Nachteile, erklärte Wasem. Sie erhielten für ihre Belegabteilungen um rund 20 bis 30 Prozent niedrigere DRGs als für ihre Hauptabteilungen. Das schaffe einen Anreiz, auf andere Kooperationsformen auszuweichen, wie zum Beispiel auf Honorarärzte oder eine Teilanstellung von niedergelassenen Ärzten. Dennoch bescheinigte Wasem dem Belegarztwesen „Potenzial“. Es lohne sich, diese Versorgungsform weiterzuentwickeln (siehe *Kasten*).

„Kritiker des Belegarztwesens bemängeln oft eine fehlende Rund-um-die-Uhr-Notfall-Betreuung, die Selektion nur der leichten Fälle und eine Selbstbedienungsmentalität des Belegarztes, der sich die Patienten selbst einweist“, sagt Belegarzt Schneider. Das Klischee sei der Urologe, der ein- oder zweimal pro Woche Prostataresektionen in hoher



Photo: Your Photo Today

Schlagzahl durchführe, während seiner Sprechstunde und nachts bei Komplikationen dann aber nicht rechtzeitig greifbar sei. „Viele dieser Behauptungen stammen aus einer Zeit, in der der Belegarzt ein Einzelkämpfer war, mehr oder weniger unkontrolliert arbeitete und den heute bestehenden Regularien nicht unterworfen war“, weist Schneider die Kritik zurück. Heutzutage gewährleisten vielerorts kooperative Belegarztstrukturen mit drei oder mehr fachgleichen Belegärzten die Patientenversorgung rund um die Uhr.

Zwar hätten Belegärzte in der Tat das Recht, sich nach vorangegangener ambulanter Diagnostik und ambulanter Aufklärung Patienten selbst einzuweisen, räumt Schneider ein. Für das Belegarztwesen gebe es daher im Gegensatz zur Medizin in einer Hauptabteilung folgerichtig keinen abrechenbaren prä- und poststationären Aufenthalt im

Tonsillektomie: Hals-Nasen-Ohrenärzte stellten 2018 mehr als ein Viertel aller Belegärzte.

Krankenhaus. „Sollte dieses Vorgehen zu kritisieren sein, darf ich auf die weit verbreitete Praxis vieler von Krankenhäusern betriebenen Notaufnahmen, Notfallpraxen sowie Medizinischen Versorgungszentren hinweisen, die Patienten zur stationären Versorgung regelhaft selbst einweisen“, sagt Schneider. Im Übrigen sei für die Überprüfung der rechtmäßigen Indikation einer stationären Behandlung sowie der Dauer des Aufenthaltes der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zuständig. Im Fall von Fehlbelegungen sanktioniere die Krankenhausverwaltung den Belegarzt entsprechend.

Nach Ansicht von Schneider ist der Hauptgrund für den ungebremssten Ausstieg vieler Ärzte aus der belegärztlichen Tätigkeit die zu geringe Vergütung. Ein überholter EBM-Leistungskatalog, die fehlende Vergütung des Sprechstundenausfalls bei der Tätigkeit im Krankenhaus, die fehlende Vergütung im Bereitschaftsdienst sowie der weiterhin für den Belegarzt geltende Erlaubnisvorbehalt, der ihm die Anwendung moderner Behandlungsverfahren verbiete, zwängen die Vertragsärzte in andere Versorgungsstrukturen. Viele Kollegen ließen sich deshalb beispielsweise in Teilzeit im Krankenhaus anstellen oder als Honorarärzte beschäftigen.

Honorarreform braucht Zeit

Abhilfe könne hier nur eine Reform des Vergütungssystems schaffen. Die Honorare müssten sektorenübergreifend angeglichen und die ärztliche Leistung auf der Basis eines einheitlichen Fallpauschalensystems kalkuliert werden. Aber die Angleichung der Honorarsysteme brauche Zeit, so Schneider, der zusätzlich kurzfristige Rettungsmaßnahmen fordert. So könne beispielsweise der Gesetzgeber relativ schnell und einfach festlegen, dass die Fallpauschale für Leistungen der Honorarbelegärzte nicht mehr 80, sondern beispielsweise 95 Prozent der DRG der Hauptabteilung entspreche. Das mache es für die Krankenhäuser attraktiver, mit Belegärzten Honorarverträge zu schließen.

Langfristig kann sich Schneider eine Überführung des klassischen Belegarztwesens in ein sektorenübergreifendes Versorgungssystem vorstellen, wie es die Bund-Länder-Arbeitsgruppe mit dem gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbe- reich vorgeschlagen hat. „Hier wäre der ehemalige Belegarzt prädestiniert, die neue Rolle als ‚Kooperationsarzt‘ im Krankenhaus sowie ambulant als Vertragsarzt auszufüllen und die medizinische Versorgung – primär ambulant – anzubieten“, sagt Schneider. „Wir wollen da ganz vorne mit dabei sein.“

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) steht dem Belegarztwesen aufgeschlossen gegenüber. Die Entscheidung, ob eine Abteilung als Haupt- oder Belegabteilung geführt werde, müsse aber vor Ort unter Berücksichtigung der Versorgungssituation gefällt werden, heißt es. Für die Patienten könne die belegärztliche Versorgung Vorteile haben, weil sie sowohl ambulant als auch stationär durch einen Arzt ihres Vertrauens behandelt würden. Doch auch die Krankenhäuser profitierten. In vielen Fachgebieten könne eine stationäre Versorgung aufgrund der geringen Inanspruchnahme nur durch kleinere Einheiten wie Belegabteilungen aufrechterhalten bleiben. Dass die Zahl der Belegärzte trotz dieser Vorteile sinkt, liegt für die DKG auf der

Hand: „Viel Arbeit für wenig Geld und dazu noch Haftpflichtprämien, die bei manchen Fächern kaum noch zu zahlen sind.“ Davon seien insbesondere die belegärztlich tätigen Gynäkologen betroffen. Deren Zahl sank in den vergangenen zehn Jahren von 1 525 auf 622, ein Rückgang von fast 60 Prozent.

Belegarztmodell ist rechtssicher

Ob das jüngste Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) zu den Honorärärzten das Belegarztwesen für Krankenhäuser und Ärzte wieder attraktiver machen wird, ist nach Ansicht der DKG schwierig einzuschätzen. Das BSG hatte geurteilt, dass Honorärärzte im Krankenhaus nicht als Selbstständige anzusehen sind, sondern als Beschäftigte des Krankenhauses der Sozialversicherungspflicht unterliegen. Es gebe neben dem Belegarztwesen ja noch weitere Möglichkeiten der Zusammenarbeit außerhalb des Honorararztwesens, zum Beispiel eine Teilanstellung oder Zeitarbeit, meint die DKG.

Gerade im Vergleich zum Honorararztmodell hat das Belegarztmodell nach Ansicht der KBV den Vorteil, dass es rechtlich klar abgesichert und transparent für alle Beteiligten ist. Dass das Interesse des Nachwuchses am Belegarztwesen aktuell nicht groß sei, liege an den Rahmenbedingungen, etwa den unattraktiven Fallpauschalen für die

Krankenhäuser. Doch auch die KBV sieht Handlungsbedarf: „Wir wollen die Bedingungen attraktiver machen und planen, den EBM entsprechend zu aktualisieren.“ Zudem müsse der Aufbau von Teamstrukturen noch weiter vorangetrieben werden – auch, um eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen. Denn derzeit bringe die Arbeit als Belegarzt oft noch eine übermäßige Dienstbelastung mit sich.

Bereits im Januar 2018 legte die KBV gemeinsam mit dem Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen ein Konzept zur intersektoralen Versorgung von Krebspatienten vor, das auf belegärztliche Strukturen setzt. Die belegärztliche Versorgung umfasse dabei nicht ausschließlich den operativen Bereich, sondern auch die konservative Versorgung. Allerdings sei das Konzept bislang noch nicht umgesetzt: „Das Interesse der niedergelassenen Onkologen ist groß, leider ist das Interesse der Kostenträger zurückhaltend“, so die KBV. Sie ist dennoch überzeugt, dass das Konzept „Modell- und Blaupausencharakter für die belegärztliche Tätigkeit im multiprofessionellen Team in konservativen Versorgungsbereichen“ hat. Insbesondere die Versorgung von älteren, multimorbiden Patienten erfordere eine erweiterte ambulante Versorgung.

Heike Korzilius

Potenzial des Belegarztwesens weiterentwickeln

Belegärzte nach § 121 SGB V sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten im Krankenhaus voll- oder teilstationär zu behandeln. Die Leistungen, die sie dort erbringen, rechnen sie entweder über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ab oder sie schließen mit dem Krankenhaus einen Honorarvertrag. Krankenhäuser, die mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für deren Leistungen die Fallpauschalen der Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent ab.

Wissenschaftler um den Gesundheitsökonom Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem haben im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zwei Modelle erarbeitet, die

das Potenzial haben, das Belegarztwesen weiterzuentwickeln. Das sogenannte liberale Modell sieht keine Zulassungsbeschränkungen zur belegärztlichen Versorgung vor. Zur Teilnahme reicht der Facharztstatus aus. Der Erlaubnis- wird durch einen Verbotsvorbehalt für Belegärzte ersetzt. Das macht nach Ansicht der Wissenschaftler die ärztliche Tätigkeit attraktiver, weil moderne Behandlungsmethoden unverzüglich angewendet werden können. Insbesondere für die Krankenhäuser müsse sich auch die Vergütungssituation verbessern. Künftig solle es einheitlich kalkulierte DRGs für Haupt- und Belegabteilungen geben. Die Vergütung der belegärztlichen Leistungen sollten die

Krankenhäuser direkt mit den Belegärzten vereinbaren.

Das regulierte Modell sieht dagegen größere Steuerungsmöglichkeiten vor. Danach soll der erweiterte Landesausschuss künftig über die Zulassung zur belegärztlichen Versorgung entscheiden. Außerdem sollen regelhaft nur Kooperationen von drei Ärzten gleicher Fachrichtung zulässig sein, um die Patientenversorgung rund um die Uhr sicherzustellen. Auch im regulierten Modell sollen der Verbotsvorbehalt eingeführt und einheitliche DRGs kalkuliert werden. Allerdings bestimmt hier das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Höhe der belegärztlichen Vergütung.