

**Grundsatzpapier des
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)
zur Verbesserung der Patientenversorgung
an der Schnittstelle ambulant/stationär
mittels Stärkung des Belegarztsystems**

Inhalt

1. Grundlagen einer patientengerechten übersektoralen Versorgung.....	2
2. Übersektorale Versorgung – Definition und Status Quo	3
3. Chancen des Belegarztwesens	4
4. Herausforderungen des Belegarztwesens und bisherige Entwicklung.....	5
5. Notwendige Maßnahmen	7
6. Forderungen	9

1. Grundlagen einer patientengerechten übersektoralen Versorgung

1. Der Spitzenverband der Fachärzte sieht in der inhabergeführten Facharztpraxis eine optimale Struktur für eine effiziente und effektive Patientenversorgung, insbesondere über die Schnittstelle ambulant/stationär hinweg.
2. Die freie Arztwahl ist ein Pfeiler und hohes Gut des deutschen Gesundheitssystems. Eine Stärkung des Belegarztwesens festigt das geltende Prinzip der freien Arztwahl als wesentliches und entscheidendes Qualitätsmerkmal der medizinischen Versorgung in Deutschland.
3. Die Stellung des Belegarztes als Vertragsarzt ist dafür die Voraussetzung und stellt optimale Transparenz gegenüber den Patienten, den Kostenträgern und den Qualitätssicherungsstellen her.
4. Ein fairer Wettbewerb um die Qualität der medizinischen Versorgung ist nur möglich bei einer Angleichung der Vergütung, unabhängig davon, ob die Leistungen von Vertragsärzten in Praxiskliniken, von Belegärzten oder von angestellten Ärzten des Krankenhauses erbracht werden.
5. Der Verbotsvorbehalt hauptamtlicher Krankenhausstrukturen ist auf die belegärztliche Tätigkeit auszudehnen.

2. Übersektorale Versorgung – Definition und Status Quo

Belegarzt

Belegärzte im Sinne des SGB V (§ 121 Abs. 2) sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die freiberuflich und unabhängig ihre Patienten ambulant in der eigenen Praxis und stationär in entsprechenden Belegabteilungen oder -krankenhäusern behandeln. Zwischen dem Belegarzt und dem Krankenhaus besteht ein Belegarztvertrag in dem Rechte und Pflichten festgelegt werden, u.a. Anzahl der Belegbetten, Kosten für Bereitschaftsdienst, Bettengeld etc. Der Belegarzt ist nicht weisungsgebunden.

Der Belegarzt erhält im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eine gesonderte Zulassung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) und wird gemäß belegärztlichem Kapitel Nr. 36 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) vergütet.

Honorarbelegarzt

Anders als Belegarzt erhält der Honorarbelegarzt nach § 18 Abs. 3 KHEntgG eine Vergütung vom Krankenhaus und wird im Auftrag des Krankenhauses tätig. Krankenhäuser mit solchen Belegabteilungen rechnen für die von Honorarbelegärzten behandelten Belegpatienten die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent ab. Aufgrund der finanziellen Nachteile findet sich diese Sonderform daher selten in der Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich.

Praxisklinik

Bei Praxiskliniken handelt es sich um Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (§ 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Der § 122 SGB V fordert hierzu einen Rahmenvertrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der einen Katalog von in Praxiskliniken bezüglich der ambulant oder stationär durchführbaren stationärsersetzenden Behandlungen, der Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse definiert. Trotz des sektorenübergreifenden Ansatzes ist ein solcher Rahmenvertrag jedoch seit 2009 nicht zustande gekommen.

3. Chancen des Belegarztwesens

Die Nutzung stationärer Einrichtungen zur ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung von Patienten durch Belegärzte, ermächtigte Ärzte, Vertragsärzte und angestellte Ärzte in einer neuen Struktur würde mit einer effizienten Ressourcenverwendung einerseits und mit dem Abbau unnötiger Überkapazitäten im stationären Bereich andererseits einhergehen.¹

Die ärztliche Versorgung in diesem übersektoralen Bereich sollte den Prinzipien der Freiberuflichkeit, der persönlichen Leistungserbringung und vertragsärztlichen Zulassung folgen und zugleich das auf Vertrauen basierende, sensible Arzt-Patienten-Verhältnis im Sinne einer freien Arztwahl bewahren. Dies erfordert eine Weiterentwicklung des bestehenden Belegarztwesens hin zu einer sektorenübergreifenden ärztlichen Versorgung auf dem Boden einer einheitlichen Bedarfsplanung.

Die stationäre Versorgung bleibt elementarer, notwendiger Bestandteil eines Gesundheitssystems. In der vertragsärztlichen Versorgung verwurzelte intersektorale Versorgungsstrukturen wie das Belegarztwesen oder Praxiskliniken entsprechen dem Wunsch der Patienten, stellen eine effiziente Versorgungsform dar und tragen dazu bei, den stationären Aufenthalt so kurz als möglich zu halten. Bei den sogenannten „stationär/ambulanten“ Fällen mit bis zu 3 Tagen Liegedauer sind geeignete Strukturen bereits definiert und müssen endlich eingeführt werden (siehe Praxiskliniken unter § 122 SGBV).

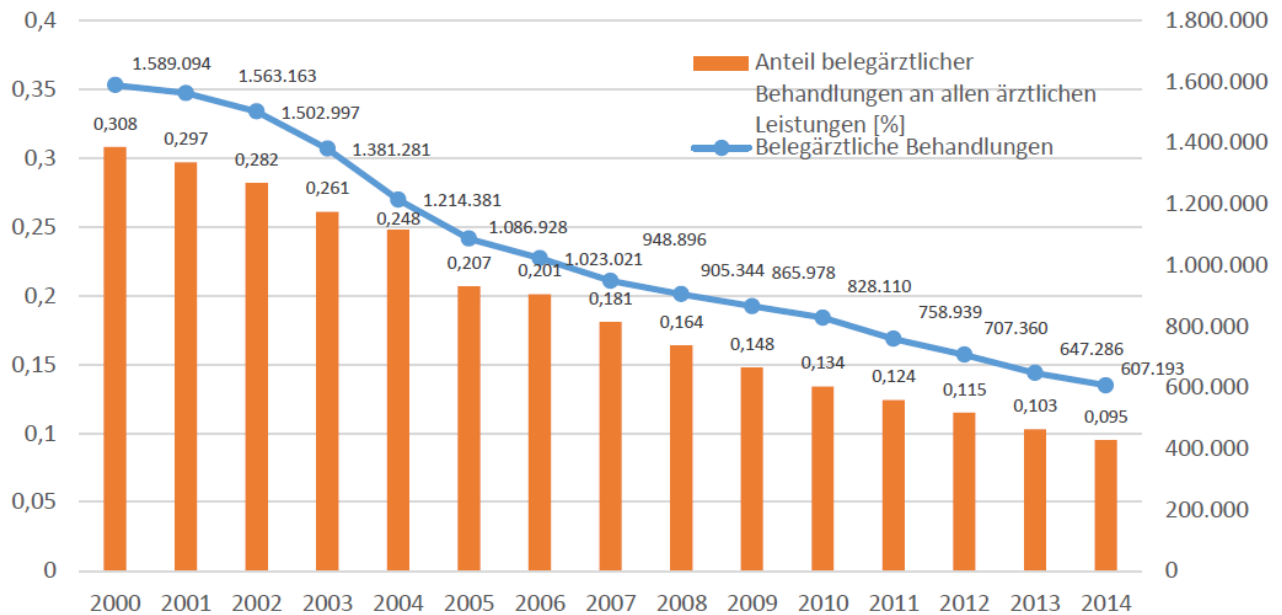
Ein weiterentwickeltes Belegarztwesen unter Einbeziehung der Praxiskliniken adressiert alle diese Versorgungsbereiche und befördert somit das übergeordnete Ziel der Überwindung von starren Sektorengrenzen bei gleichzeitigem Erhalt eines hohen Versorgungsniveaus mit einer bruchlosen Versorgung der Patienten durch den selbstgewählten und aus der ambulanten Versorgung bekannten Arzt.

Ein solches Behandlungskonzept könnte auch im Rahmen der Fort- und Weiterbildung zu einem Mehrwert führen. Kenntnisse über ambulante und stationäre Versorgungswelten können vermittelt werden und damit optimal auf die intersektorale Versorgung vorbereitet werden.

¹ KBV, 16.03.2017: Gassen: Versorgung stärken durch mehr Belegärzte; http://www.kbv.de/html/1150_27664.php, 3. Juli 2017.

4. Herausforderungen des Belegarztwesens und bisherige Entwicklung

Trotz der Vorteile des Belegarztwesens verliert es zunehmend an Bedeutung. Derzeit sind weniger als 5.200 Belegärzte mit abnehmender Tendenz in Deutschland tätig.



Quelle: Statistisches Bundesamt (2017 e), Anzahl belegärztlicher Behandlungen, 2000 -2014²

Die obenstehende Grafik belegt, dass dieser Rückgang sich bereits seit einigen Jahren abzeichnet. Bei den gesetzlich Versicherten wurden 2000 noch ca. 1,6 Millionen belegärztliche Fälle abgerechnet, 2014 waren es ca. 600.000.

Mehrere Vergütungsreformen, wie etwa EBM 2000plus, Einführung des Kapitels 36 im EBM, Einführung der g-DRG etc. haben dazu geführt, dass die Tätigkeit des Belegarztes sowohl für die Krankenträger als auch für den Vertragsarzt unattraktiv geworden ist.³ Gleichzeitig ist das Interesse der Krankenhäuser Patienten unter den organisatorischen und finanziellen Bedingungen einer Hauptabteilung selbst zu betreuen, gestiegen.

“Vergleichbare Fälle lösen dadurch unterschiedliche Vergütungssysteme aus. Das Wahlrecht hat nicht überraschend zu Folge, dass die jeweils finanziell lukrativere Variante gewählt wird und dem klassischen Gedanken des Belegarztes der Boden entzogen wird. Eine Umkehr der Entwicklung ist nur über eine Angleichung der Vergütung zu erreichen.“⁴

² Eckhard Nagel, Benno Neukirch, Andreas Schmid, Gerhard Schulte, 2017: Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), S. 38ff.

³ Andreas Schneider, 2017: Belegarztwesen: Auslaufmodell oder Vorbild? S. 36; Uro-News 2017 21 (5), S. 34-37.

⁴ Siehe a.a.O unter ².

Kontraproduktiv hat das GKV-VÄndG von 2007 ermöglicht, Belegabteilungen in Hauptabteilungen umzuwandeln. Somit kann statt eines Belegarztes ein Honorararzt mittels Honorarvertrag in die stationäre Behandlung der Hauptabteilung einbezogen werden. Durch dieses vertragliche Konstrukt, können die DRG voll abgerechnet werden. Eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs schließt zudem aus, dass im Krankenhaus nicht angestellte Honorarärzte neben den DRG bei Privatpatienten zusätzlichen ärztlichen Leistungen nach GOÄ liquidieren dürfen.⁵

In der belegärztlichen Versorgung gilt der sogenannte Erlaubnisvorbehalt: Belegärzte können nur die Prozeduren und Operationen ansetzen, die abschließend in Anhang 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) aufgeführt sind. Dieser Katalog ist jedoch bei weitem nicht umfassend. Anders stellt sich die Situation für Hauptabteilungen dar: sie dürfen grundsätzlich alles ansetzen, was nicht explizit verboten ist. (Verbotsvorbehalt)

Damit können innovative Verfahren, Instrumente und Therapien in Hauptabteilungen frühzeitig zum Einsatz kommen, während der Belegarzt Innovationen erst nutzen darf, sofern der G-BA über deren Nutzen entschieden hat. Dies stellt einen unbegründeten Nachteil in der Versorgung dar und entbehrt jeder Logik.

Belegärztliche DRGs sind zum größten Teil nicht kalkuliert, sondern aus den hauptamtlichen DRGs durch einen Abschlag hergeleitet. Der Belegarzt übernimmt aber Teile nichtärztlicher oder im EBM unzureichend kalkulierter Tätigkeiten, wie Arztbriefmanagement, Abrechnung, Qualitätssicherung, Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft. Eine eigenständige Kalkulation von Beleg DRGs ist deshalb unabdingbar.

Die Schwierigkeiten der Abgrenzung ambulanter zu stationärer Tätigkeit zeigt exemplarisch das Antikorruptionsgesetz von 2016 (§ 299 a/b StGB). Aufgrund dieses Gesetzes wurden zahlreiche Honorararztverträge überprüft und in der Folge gekündigt. Insbesondere der Begriff der leistungsgerechten Vergütung „im Spannungsfeld zur strafrechtlich verfolgbaren Zuweisung gegen Entgelt ist ebenso unklar wie die steuerliche Relevanz bei der Abgrenzung zur Scheinselbstständigkeit.“⁶ Dieser Mangel bedeutet eine Tätigkeit innerhalb einer Grauzone.⁷ Das Belegarztssystem dagegen ist diesbezüglich rechtssicher und bewährt.

Das Belegarztwesen dagegen ist eine etablierte und anerkannt funktionierende sowie intersektorale Versorgungsform! Es braucht hierfür keine teuren und letztlich wenig erfolgreichen Experimente wie sie rund um die Integrierte Versorgung (IV) und die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) zu beobachten sind.

⁵ Bundesgerichtshof, Urteil vom 16. Oktober 2014, III ZR 85/14; <http://lexetius.com/2014,3761>, 12. Juli 2017.

⁶ Andreas Schneider, 2017: Belegarztwesen: Auslaufmodell oder Vorbild?, S. 36; Uro-News 2017 21 (5), S. 34-37.

⁷ Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), Pressemitteilung vom 4. November 2016: Beleg- und Kooperationsärzte fordern mehr Rechtssicherheit, S. 2.

5. Notwendige Maßnahmen

Der SpiFa definiert den Belegarzt als Vertragsarzt, der ambulant, stationersetzend (z.B. in Praxiskliniken), teilstationär und/oder vollstationär tätig ist.

Der SpiFa hat sich mit seinem Grundsatzpapier „Facharzt 2020: Fachärztliche Versorgung in Klinik und Praxis“ im Sinne der Weiterentwicklung des Belegarztwesens positioniert. Der SpiFa ist überzeugt, dass das Belegarztwesen dem Patienten eine herausragende qualitative Behandlungsmöglichkeit und eine durchgehende Betreuung durch den gewählten Facharzt bietet. Das Belegarztwesen stärkt das Grundprinzip der freien Arztwahl.

Der SpiFa sieht in einem weiterentwickelten Belegarztsystem die Chance den Herausforderungen des demografischen Wandels in Deutschland sowie der zunehmenden Urbanisierung der Bevölkerung und der Verschlechterung der haus- und fachärztlichen Versorgung im ländlichen Raum zu begegnen.

Auch die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat sich wiederholt mit der sektorenübergreifenden Versorgung beschäftigt. Auf ihrer letzten Sitzung am 21./22. Juni 2017 hat die GMK die Einrichtung einer Reformkommission "sektorenübergreifende Versorgung" als Bund-Länderkommission beim BMG beschlossen:

„Zielsetzungen der Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung sind:

- a) eine gemeinsame Bedarfsplanung und abgestimmte Zulassung,*
- b) die Angleichung der Honorierungssysteme,*
- c) die Harmonisierung der Kodierung und Dokumentation,*
- d) die gemeinsame telematische Infrastruktur mit einer einheitlichen elektronischen Gesundheitsakte,*
- e) die Zusammenführung der Qualitätssicherungsverfahren.*

Es ist deshalb von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens, dass die Harmonisierung der Systeme für eine sektorenübergreifende Versorgung als Regelangebot in der nächsten Legislaturperiode in Angriff genommen wird. Dabei sollen Spielräume für regionale Ausgestaltungen ermöglicht werden.

Es ist insbesondere Ziel, dass die Transparenz über Qualität sowie die Entscheidungshoheit für die Patientinnen und Patienten gestärkt wird und sich Behandlungsverläufe an den medizinisch-pflegerischen Notwendigkeiten und nicht an den gegebenen Strukturen der Leistungserbringer und Kostenträger ausrichten.“⁸

⁸ Schreiben der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz der freien Hansestadt Bremen, Dr. Anette Hanke in einem Schreiben an den Bundesverband der Belegärzte vom 18.7.2017

Die von der Gesundheitsministerkonferenz entwickelten Zielsetzungen lassen sich nach Auffassung des SpiFa mit dem Belegarztwesen gut realisieren, allerdings wird es dafür notwendig sein, ordnungspolitische Hindernisse zu beseitigen.

Dies bedeutet auch Chancen für bestehende, nicht ausgelastete Krankenhäuser in strukturschwachen Gebieten, die in ambulant/stationäre Versorgungszentren umgewandelt werden könnten⁹ Diese Infrastruktur kann dann z.T. von ambulant tätigen Fachärzten wie auch von Hausärzten genutzt werden, deren eigene Praxen nicht für eine entsprechende Versorgung mit kurzfristigem stationären Aufenthalt ausgestattet sind. Dies entspricht dem Konzept der Praxiskliniken, die in diese sektorenübergreifende Versorgung einbezogen werden müssen.

Bei der belegärztlichen stationären Tätigkeit – operativ oder konservativ – muss es Ziel sein, ein zu den Hauptabteilungen der Krankenhäuser wettbewerbsfähiges, weiterentwickeltes und professionalisiertes Belegarztsystem aufzubauen. Das bedeutet, eine ausreichende Facharztpräsenz vorzuhalten, die sich letztlich nur über verschiedene Gemeinschaftskonzepte der Versorgung abbilden lässt. Das Belegarztsystem der Zukunft ist ein System, das für Patienten auch in konservativen Fächern eine bruchlose Versorgung ohne Informationslücken ermöglicht. Dies kann auch durch einen (Wieder)Einstieg ambulant tätiger Fachärzte in die stationäre und übersektorale Versorgung ermöglicht werden.

⁹ KBV, 16.03.2017: Gassen: Versorgung stärken durch mehr Belegärzte; http://www.kbv.de/html/1150_27664.php, 03. Juli 2017.

6. Forderungen

Zur Lösung dieser Herausforderung fordert der SpiFa deshalb:

Vom Gesetzgeber

1. Ausdehnung des Verbotsvorbehalts auf die belegärztliche Tätigkeit
2. Gesetzliche Legaldefinition des im stationären Bereich tätigen Facharztes
3. Änderung des § 121 Abs. 3 SGB V mit dem Ziel einer unbudgetierten belegärztlichen Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sämtlicher belegärztlicher Leistungen.
4. Die Aussetzung der Genehmigung der Landesbehörde nach § 109 Abs. 3 Satz 2 SGB V für den Abschluss eines Versorgungsvertrages für Belegbetten nach § 108 Nr. 3 SGB V.¹⁰
5. Vereinfachung der Umwandlung von Haupt- in Belegabteilungen, so wie 2007 mit dem GKV-VÄndG die Umwandlung von Belegabteilungen in Hauptabteilungen vereinfacht wurde.¹¹
6. Herstellung der Eindeutigkeit im Rahmen des sog. Antikorruptionsgesetzes hinsichtlich einer leistungsgerechten Vergütung.
7. Einbeziehung geeigneter Praxiskliniken in das Gesamtkonzept der übersektoralen, belegärztlichen Versorgung um u.a. hochbetagte, multimorbide und alleine lebende Patienten wohnortnah versorgen zu können, insbesondere in unterversorgten Gebieten.
8. Abschluss des seit 2001 in § 122 SGB V geforderten Rahmenvertrages über einen Katalog von in Praxiskliniken ambulant oder stationär durchführbaren Behandlungen und die entsprechenden Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse.¹²
9. Ergänzung des Rahmenvertrages für Praxiskliniken um eine Vergütungsregelung außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung für die im Katalog definierten Behandlungen.
10. Vertragspartner des GKV-Spitzenverbandes wird die KBV, die im Einvernehmen mit der Spitzenorganisation der Praxiskliniken agiert. Zulassung und Bedarfsplanung werden angepasst.¹²
11. Für den Fall einer Nichteinigung ist nach einer Frist von sechs Monaten das Schiedsverfahren nach § 89 SGB V einzuleiten.¹²
12. Förderung der Praxiskliniken durch Eingliederung in zweiseitiger Verträge der §§ 82 bis 87 SGB V. Eine Beteiligung der Krankenhausgesellschaften ist systemisch nicht angezeigt.¹²
13. Ausweisung einer Mindestmenge an in Krankenhäuser zu führender Belegbetten im Bettenbedarfsplan der Länder.

¹⁰. Siehe a.a.O unter ².

¹¹. Siehe a.a.O unter ².

Von der KBV und den Partnern der Selbstverwaltung

1. Herstellung einer strukturell gleichen Erlössituation wie bei Hauptabteilungen im DRG System.
2. Entkoppelung und Vereinheitlichung der Leistungsbewertung ärztlicher Leistungen von der Art der nichtärztlichen Versorgungsstruktur der Patienten (ambulant, belegärztlich-stationär, praxisklinisch, hauptamtlich-stationär).
3. Kalkulation und transparente Darstellung sämtlicher ärztlicher Leistungen an der Schnittstelle mit Morbiditätszuschlag, unter Berücksichtigung aller ärztlichen Overheadkosten (u.a. Versicherungsschutz, Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft, Leistungen der Qualitätssicherung, Sekretariat).
4. Darauf fußend Anpassung der durch das IneK kalkulierten DRG's, die die spezielle Kosten- und Vergütungsstruktur des Belegarztwesens berücksichtigen.
5. Aufhebung der Koppelung der Kapitel 31 und 36 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes.
6. Vereinheitlichung des OPS-Katalog für Haupt- und Belegabteilungen.¹²
7. Bürokratie- und regelungsarme Einführung aller zu treffenden Neuregelungen, um Belegärzte von administrativer Tätigkeit zu entlasten.

¹². Siehe a.a.O unter ².

¹² Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB), 14.06.2017: Aktionsbündnis Belegarzt. Belegarztwesen – die idealtypische sektorenübergreifende Versorgungsform, S. 3.