POLITIK 01.07.2017

Belegarzt neu denken



Das Belegarztsystem in Deutschland führt ein Nischen-Dasein, eine Versorgungsform die in den USA für kleine Häuser die Regel ist und nun auch in der Schweiz (Krankenhaus Appenzell) als Zukunftsmodell diskutiert wird. Es ist also kein Auslaufmodell, aber es ist reformbedürftig. Kein anderes ärztliches Versorgungssystem wie das Belegarztsystem überwindet ohne Hürden und Verluste die Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär. Trotzdem ist es bei Ärzten/Innen kein Renner.

Hierfür gibt es viele Ursachen. Zum einen ein geringeres Honorar. So sind Leistungen im Kapitel 36 EBM bis zu 50 % niedriger bewertet als Leistungen im Kapitel 31 EBM. Zwar sind Leistungen aus den Kapiteln 31 und auch 36 extrabudgetär und damit nicht mehr gedeckelt, aber die Begleitleistungen sind es leider immer noch. Hier könnten KBV und GKV schnell eine Lösung zur Förderung finden und auch die Begleitleistungen extrabudgetär vergüten. In weiteren Verhandlungen müssen dringend die Bewertungen im Kapitel 36 angehoben werden.

Ein weiteres Hemmnis ist der Erlaubnisvorbehalt, welcher neue Behandlungsformen in Belegkrankenhäusern bremst. Anders ist dies in „regulären“ Krankenhäusern. Hier gibt es einen Verbotsvorbehalt. Das heißt neue Methoden dürfen zu Lasten der GKV erbracht werden solange diese nicht vom G-BA ausgeschlossen sind. Hier schließt sich die Arbeitsgemeinschaft der Beleg- und Honorarärzte im BDC der Forderung des BDI vom 08.05.2017 (Ärzteblatt) ausdrücklich an. Der BDC fordert eine deutliche Erweiterung des EBM auf OPS-Ziffern, denen bisher kein GOP des EBM zugeordnet ist, um auch hier Therapien und Operationen, die weder unter einem Erlaubnis- noch unter einem Verbotsvorbehalt stehen, abrechnen und damit erbringen zu können.

Um das Belegarztsystem interessanter zu machen, sollten auch neue Versorgungkonzepte entworfen werden. So könnten Haupt- und Belegabteilungen parallel auf der gleichen Station bestehen und die gegenseitigen Vorteile und Organisationsstrukturen nutzen. Zudem wird der Weg zwischen Krankenhaus und Arztpraxis sehr kurz und die Reibungs- und damit Informationsverluste deutlich geringer, Stichwort „Intersektorale Versorgung“.

Eine weitere Möglichkeit für den Belegarzt ist die bisher nicht vorgesehene interdisziplinäre Abteilung. Warum können Chirurgen, Unfallchirurgen oder Orthopäden nicht gemeinsam eine Abteilung mit Internisten, Geriatern und Hausärzten betreiben. Der Mensch sollte als Ganzes und damit auch die medizinische Versorgung als Ganzes betrachten werden. Dies bedeutet automatisch eine deutliche Reduzierung von Reibungsverlusten, an Doppeluntersuchungen und verschiedenen parallelen Therapien. Dies heißt auch Kostenersparnis ohne die medizinische Leistung einzuschränken.

Insbesondere für den ländlichen Bereich ist das Belegarztkrankenhaus zusammen mit neuen Versorgungsstrukturen eine Möglichkeit hochprofessionelle und vielfältige medizinische Versorgung in zunehmend dünner besiedelten Gebieten zu erhalten. Hierzu muss der Belegarzt aber wieder lukrativ und interessant werden. Es sollten auch vielmehr Fachrichtungen einbezogen werden, so auch die Hausärzte.

In seinem Gutachten „Belegarztwesen neu erfinden“ vom 31.05.2017 beschreibt das Zentralinstitut (ZI) zwei Regionstypen.

Regionstypen

Der **Typ 1** ist geprägt durch Abwanderung, hohes Durchschnittsalter, geringe Bevölkerungsdichte, niedrige kommunale Investitionen:

1. eine besondere Sozial- und Versichertenstruktur: Morbiditätsverdichtung,
2. eine besondere Versorgungsstruktur: Ausdünnung der Primärversorgung und geringere Facharztdichte und
3. hierdurch viele (vermeidbare) Krankenhausfälle.

Der **Typ 2** ist geprägt durch Zuwanderung, hohe Bevölkerungsdichte, sehr hohe kommunale Investitionen, demografische Alterung steht noch bevor:

1. eine besondere Sozial- und Versichertenstruktur: Zeitökonomie/Anspruchshaltung,
2. eine besondere Versorgungsstruktur: hohe Dichte niedergelassener Ärzte, hoher Spezialisierungsgrad (ambulant) und

3. hierdurch wenige (vermeidbare) Krankenhausfälle je Einwohner, Ausnahme: „Notfälle“.

Insbesondere beim Regionstyp 1 kann das Belegkrankenhaus eine Möglichkeit zur Aufrechterhaltung der ambulanten und auch stationären fachärztlichen Versorgung sein. Die Kombination beider Einkommensmöglichkeiten würde auch die Einkommenssituation der Ärzte und Ärztinnen in den ländlichen Regionen verbessern, in denen es wenige Möglichkeiten für Einnahmen neben der GKV gibt. Zudem sind die Einnahmen auch durch die geringe Bevölkerungsdichte naturgemäß eingeschränkt.
So könnte, wie dies in Appenzell in der Schweiz geplant ist, ein herkömmliches Krankenhaus in eine Belegarztklinik überführt werden und so die stationäre Versorgung auf dem Land sichern. So auch in den USA, wo durch das „Small Rural Hospital Improvment Grand Program“ genau das bei uns bekannte Belegarztsystem umgesetzt wird, um auf dem Land eine ausrechende ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung zu sichern. Somit ist das Belegarztsystem international eher im Trend, als ein Auslaufmodell.

Das Belegarztsystem ist derzeit das Versorgungssystem, welches am einfachsten die intersektoralen Hürden überwindet. Nicht nur im ärztlichen Bereich, sondern auch an der Schnittstelle zur Pflege und fast allen anderen Anbietern im Gesundheitswesen. Auch der Vorwurf der „doppelten Facharztschiene“ greift hier nicht mehr. Die neuen Vorgaben zur Hygiene des IQWIG zeigen auch, dass für alle Krankenhäuser in der Zukunft die gleichen Qualitätsanforderungen, und damit auch für die Belegärzte, gelten werden.

„Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 – und alle mit CT, MRT und Fachärzten für Innere Medizin, Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar sind.“ (Leopoldina, Nationale Akademie der Wissenschaften, Oktober 2016, Diskussion Nr. 7).

Ob eine stationäre Versorgung in der Bundesrepublik mit nur 330 Kliniken gewollt und durchsetzbar ist, scheint sehr unwahrscheinlich. Aber sicher wird es zu weiteren Schließungen von derzeit 1.996 Krankenhäusern kommen. Sodass nur noch die rentablen Kliniken übrigbleiben werden. Auch hier können Belegkrankenhäuser eine Lösung bieten.

Ein Problem junge Kollegen/Innen für die Niederlassung zu gewinnen sind die hohen Investitionskosten, die unsichere Einkommenssituation und die zunehmenden organisatorischen und Verwaltungshürden einer Facharztpraxis.

Auch hier kann ein Belegkrankenhaus, insbesondere in der Kombination mit einer Praxisklinik nach § 112 SGB V ein Modell sein. Die Investitionen könnten bei gemeinsamer Nutzung der Krankenhausinfrastruktur, insbesondere, wenn die Praxis oder Praxisklinik auch noch im Krankenhaus angesiedelt ist, deutlich reduziert werden. Auch die Organisations- und Verwaltungsaufgaben können auf mehrere Schultern verteilt werden. Die Einnahmeseite kann auf mindestens drei Säulen gestellt werden, die Praxis, die Praxisklinik und die Belegabteilung. Wie bereits oben ausgeführt, ist hier die extrabudgetäre Vergütung unabdingbar. Anders als der Honorar- oder Kooperationsarzt, darf der Belegarzt privat liquidieren. Auch wenn einige Privatkrankenkassen, wie „Trittbrettfahrer“ dies gerne anders sehen wollen. Eine Klarstellung des Gesetzgebers ist hier hilfreich. § 17 Abs 3 Satz 1 KHentG muss auf den Belegarzt ausgedehnt werden.

Ein Krankenhaus ist in einer Stadt oder Gemeinde oft der größte Arbeitgeber und ein wichtiger Bestandteil der Infrastruktur und damit ein Standortvorteil der Gemeinde für die Anwerbung neuer Bürger. Auch dies spricht für das Belegkrankenhaus.

Belegärzte sollten mehr in die ärztliche Weiterbildung integriert werden. Hier würden auch Inhalte der Arztpraxis vermittelt. Nur hier lernt der Weiterbildungsassistent fast alle Bereiche der Verwaltungsstrukturen, KV, GKV, PKV, BG, Behörden und Ämter kennen. Das ZI hat in dem o. g. Gutachten festgestellt, dass es starke Hinweise dafür gibt, dass sich Fachärzte häufig in der Nähe ihrer Weiterbildungsstätte niederlassen. (Kopetsch/Munz KBV 2007)

Vor diesem Hintergrund sieht das Programm „KBV 2020“ vor: „Die sektorenübergreifende Versorgung, also insbesondere das Belegarztwesen, die stationsersetzende Versorgung und die kooperativen Versorgungsformen sind unter Administration der KVen zu stärken und zu fördern.“

Das Belegarztwesen trifft u. a. bei den Krankenkassen auf Vorbehalte, da die Überlegenheit gegenüber der konventionellen stationären Behandlung nahezu unerforscht und bis dato nicht nachgewiesen ist. Dies betrifft insbesondere folgende drei Fragestellungen:

1. Verbessert das Belegarztwesen die Kontinuität in der ärztlichen Versorgung?
   Ja, Mehrere internationale Studien belegen das. [1,2]
2. Welche Effekte hat das Belegarztwesen auf die stationäre Inanspruchnahme der Versicherten in der GKV? Erhöht das Belegarztwesen die stationäre Inanspruchnahme?
   Nein, im regionalen Vergleich gibt es keine positive Korrelation – eher eine leicht negative. Der Zusammenhang muss infrage gestellt werden. ZI, Gutachten vom 31.05.2017
3. Kann das Belegarztwesen die Erreichbarkeit medizinsicher Versorgungsangebote in ländlichen Regionen verbessern?
   Ja gemäß ZI, Gutachten vom 31.05.2017

In der Vorstellung seines Gutachtens vom 31.05.2017 stellt das ZI fünf fast deckungsgleiche Empfehlungen auf. Die Belegarzt-DRG sollen vom INEK den Hauptabteilungs-DRG angeglichen werden. Auch für Belegärzte soll der Verbotsvorbehalt statt des Erlaubnisvorbehaltes gelten. §17 Abs 3 Satz 1 KHentG muss auf den Belegarzt ausgedehnt werden und damit die Privatliquidation gesichert werden. Will ein Krankenhaus Belegbetten anbieten, soll demnach die Genehmigung der Landesbehörde ausgesetzt werden. Da die Verträge zur Förderung des Belegarztes zu wenig echte Förderung enthalten, sollten diese von der KBV gekündigt und neu verhandelt werden.

Literatur

[1] Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensetive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. Isaac Barker, Adam Steventon, Sarah R. Deeny; thebmj/BMJ 2017;356:j84/doi:10.1136/bmj.j84

[2] Vogt, V; Koller, D.; Sundmacher, L. (2016): Continuity of care in the ambulatory sector and hospital admissions among patients with heart failure in Germany. Erschienen in: European Journal of Public Health

Farghal D. Belegarzt neu Denken. Passion Chirurgie. 2017 Juli, 7(07): Artikel 05_01.