

Belegarzt neu denken – Ein Diskussionsbeitrag



Meine Motivation als Belegarzt

Mir sind keine Studien zur Motivation der Belegärzte bekannt, somit kann ich nur meine persönliche Motivation heranziehen:

Aus Spaß an der Freude

- Ich wollte immer Arzt und Chirurg sein – als Belegarzt kann ich das besser, da mein Handlungsspielraum und das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten im Gegensatz zur rein ambulanten Praxis sehr viel größer ist.
- Es stärkt mein Selbstwertgefühl, immer noch „Kliniker“ zu sein und schwierige Herausforderungen zu meistern. Gleichzeitig habe ich einen engeren Kontakt zu anderen Kliniken und dortigen Ärzten. Persönlich habe ich auch den Eindruck, von Kolleginnen und -kollegen „etwas mehr“ als vollwertiger Chirurg wahrgenommen zu werden.
- In der täglichen Sprechstunde sagen mir Patienten immer wieder, dass sie meinen, die Tätigkeit an einem Krankenhaus repräsentiere eine höhere fachliche Qualifikation als die reine Praxisarbeit.

Erweiterte Qualifizierung

- Als Belegarzt muss ich mich mit den Organisationsabläufen des Krankenhauses vertraut machen und z. B. die Begründung und Organisation der stationären Aufnahme übernehmen. Als Belegarzt hatte ich schon immer mit dem Entlassmanagement zu tun, da Patienten im Anschluss weiter in meiner ambulanten Behandlung verbleiben.
- Es entsteht erhöhter Aufwand für die Qualitätssicherung, z. B. für das IQTIG, für EndoCert und das Endoprothesen-Register.

Teamarbeit und Back-up

- Als Belegarzt muss ich mich in das Dienst- und Organisationsschema des Krankenhauses einfügen. Dafür muss ich aber nicht mehr ganz alleine arbeiten. Es gibt Kollegen, mit denen man sich austauschen kann.
- Ich kann die gesamte Struktur und Technik des Krankenhauses nutzen.
- Es gibt Kolleginnen und Kollegen, die ich um Rat und Hilfe bitten kann.
- Das Pflegepersonal nimmt mir viele Arbeiten ab, vorausgesetzt, man hat zu ihnen einen „guten Draht“.
- Im KV-Dienst ist die Station und damit die/die diensthabende/r Schwester/Pfleger erste Anlaufstelle und damit Filter für die Patienten. Über diese Struktur ist der KV-Dienst, Chirurgie, 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr erreichbar.
- Letztendlich kann ich als Belegarzt viele Vorteile und Annehmlichkeiten eines Krankenhausarztes nutzen.

Wir müssen den „Belegarzt neu denken“ und ihn wieder attraktiver machen, ihm mehr Gewicht geben und das Belegarztwesen als mögliche Lösung für den Strukturwandel darstellen.

Zum einen brauchen wir schnelle Änderungen, um die weitere Arrosion des Belegarztwesens zu stoppen. Zum anderen sind auch mittel- und langfristige Lösungen, für eine Trendwende oder gar eine Renaissance

notwendig.

Schnelle Lösung

1. Der Erlaubnisvorbehalt nach § 135 Abs. 1. bzw. § 137 Abs. 3 SGB V muss wegfallen, was ein breiteres Spektrum an belegärztlichen Leistungen ermöglichen würde.
2. Alle Belegarzt-Begleitleistungen, also auch Leistungen außerhalb des Kapitels 36 des EBM, müssen bundesweit extrabudgetär vergütet werden.
3. Der Abschlag in der Bewertung des Kapitels 36 im Vergleich zum Kapitel 31 muss fallen oder zumindest reduziert werden.

Diese Forderungen müssen sofort in den politischen Diskurs und in die Verhandlungen im Bewertungsausschuss eingebracht werden.

Mittel- und langfristige Lösungen

Hausärzte als Belegärzte und als stationäre Kooperationspartner

Sehen wir uns die sehr schematische und vereinfachte Verteilungspyramide der niedergelassenen Ärzteschaft an (Abb. 1), so hat die größte Arztgruppe bisher keinen Zugang zum Belegarztwesen, nämlich die der **Hausärzte**.

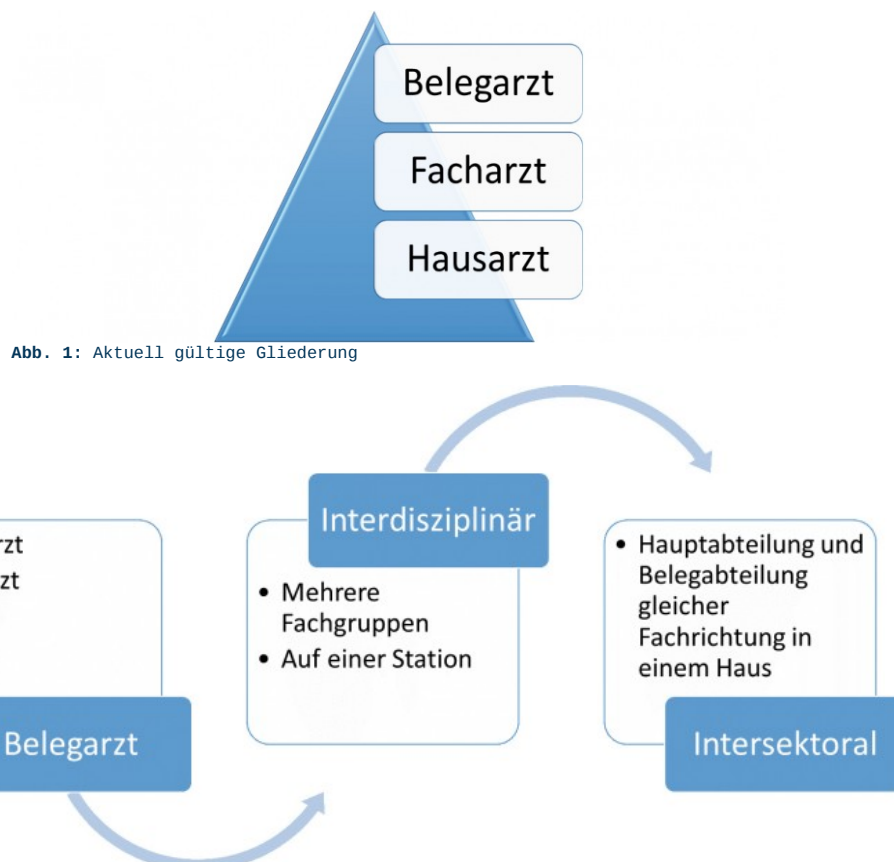


Abb. 2: Mögliche Weiterentwicklung durch intersektorale und interdisziplinäre Kooperation

In der Schweiz, in Österreich und Liechtenstein sind Hausärzte regelhaft in die stationäre Versorgung eingebunden. In Deutschland gibt es dagegen bisher keine allgemeinmedizinische Belegabteilung. Die Tätigkeitsfelder der Hausärzte könnten z. B. die Geriatrie, die Palliativmedizin und Hospizbetreuung sein. Bereiche, die jetzt schon hauptsächlich vom Hausarzt ausgefüllt werden. Der Hausarzt als Belegarzt bedeutet zudem die Verzahnung von hausärztlichem und fachärztlichem Bereich.

Der Hausarzt hat meistens den direkten Kontakt zu ambulanten Pflegediensten. Es vereinfacht die ambulante Weiterversorgung (Entlassmanagement), weil der Hausarzt die häusliche und familiäre Situation der Patienten gut kennt. Eine kontinuierliche Behandlung ist gewährleistet, dies bedeutet auch weniger Informationsverlust.

Als Fachärzte müssen wir keine Angst haben, dass uns hierdurch Patienten verloren gehen würden. Nur Fachärzte haben die Expertise und KV-Zulassung für spezielle Leistungen wie z. B. Operationen, Endoskopie, Angiographie, Radiologie etc. Diese Leistungen können vom Hausarzt nicht erbracht werden. Möchte der Hausarzt einen Patienten belegärztlich behandeln, so muss auch er dies begründen und hierzu sind meistens spezielle ärztliche Maßnahmen nötig, die dann nur vom Facharzt erbracht werden können. Somit kann uns eine viel größere Patientengruppe erschlossen werden. Auch hier hat der Patient immer noch das Arztwahlrecht. Er wird aber seinem Hausarzt vertrauen.

Interdisziplinäre und Orgazentrierte Belegarzt-Abteilungen

Bisher haben die meisten Fachrichtungen ihre eigene Abteilung und Station. Dies bedeutet räumliche und organisatorische Trennung sowie Warten auf den Konsiliar-Kollegen bei komplexen Erkrankungen und

Behandlungen. Diese Abgrenzung bedeutet Reibungsverluste. Dies reduziert die Effektivität für uns als Ärztinnen und Ärzte aber auch für Patienten selbst. Kosten- und Zeitdruck fordern auch hier neue Ansätze.

Ein Schritt zur Lösung sind interdisziplinäre bzw. organzentrierte Abteilungen. Zum Teil gibt es diese schon. Zum Beispiel „Kopfabteilungen“ mit HNO, Augen und Neurologie oder Innere Medizin und Geriatrie. Eine interdisziplinäre Abteilung und Station bedingt eine gemeinsame Visite und damit eine breitere Fachkompetenz am Krankenbett. Probleme und Komplikationen aus der anderen Fachrichtung werden schneller erkannt. Ganz nebenbei lernen wir von der anderen Fachdisziplin automatisch mit. Gemeinsame Visiten und Behandlungen am gemeinsamen Patienten heißt auch, den anderen Kollegen besser zu verstehen und besser kennenzulernen.

Gleichzeitig Haupt- und Belegabteilung an einem Krankenhaus

Eine weitere Möglichkeit der intersektoralen Zusammenarbeit wäre das parallele Führen von Haupt- und Belegabteilungen gleicher Fachrichtung in ein und derselben Klinik mit folgenden potenziellen Vorteilen:

1. Gemeinsame Nutzung vorhandener Strukturen, z. B. von Großgeräten und OP-Kapazitäten
2. Bessere Bettenauslastung
3. Gemeinsamer Bereitschaftsdienst
4. Intersektorale Versorgung durch angestellte und selbstständige Ärzte. Somit könnten das Krankenhaus und die Hauptabteilung einen legalen Zugang zum ambulanten Sektor erhalten
5. Gemeinsame Weiterbildung und gemeinsamer „Wissenspool“. Teilnahme der Niedergelassenen an gemeinsamen Fallkonferenzen der Klinik, wie Tumorboard, Röntgenbesprechung, Morgenbesprechung etc. Gemeinsame Organisation und Teilnahme an Fortbildungs- und Weiterbildungsveranstaltungen
6. Vereinfachung des Entlassmanagements
7. „Back-Up“ für Klinik und Praxis. Bei Problemen können sich beide Seiten gegenseitig unterstützen und helfen
8. Stärkung der gemeinsamen Position auf dem Gesundheitsmarkt
9. Lösung für kleine Krankenhäuser in strukturell schwachen Gebieten. Es stünden mehr Fachrichtungen und Fachärzte zur Verfügung

Um das Belegarztwesen auch für die Krankenhäuser interessant zu machen, muss die Differenz zwischen A-DRG und der B-DRG fallen. Sicherlich muss ein Ausgleich für das belegärztliche Honorar, das der Belegarzt von der KV erhält, geschaffen werden.

Strukturwandel als Chance begreifen

Das Belegarztwesen wird zunehmend als Chance gesehen, den demographischen Wandel der Gesellschaft und die strukturellen Probleme der kleinen Krankenhäuser auf dem Land zu lösen. Das SpiFa-Grundsatzpapier, die KBV-Agenda 2020, der Support im Gutachten des ZI und des Sachverständigenrates, die Workshops 9/16 bis 1/17 der KBV, die Sicherstellungskonferenz der KBV vom 28.06.2017 und der Hauptstadtkongress vom 21.06.2017 sind sichere Zeichen, dass hier ein Umdenken stattfindet. Nicht zu vergessen auch die Pressearbeit des BDC.

Die Umwandlung kleiner Krankenhäuser in Belegkrankenhäuser mit Anbindung von Praxiskliniken und tagesstationären Abteilungen könnte ein Zukunftsmodell für die fachärztliche Behandlung in der Peripherie sein. Die spezialisierte Diagnostik und Behandlung muss dann zentralisiert stattfinden. Zur Finanzierung kann unter anderem der Strukturfonds zur Umwandlung von Krankenhäusern in andere Strukturen genutzt werden.

Fazit

Das Belegarztwesen ist kein Auslaufmodell, sondern kann richtig ausgebaut sogar das Modell der Zukunft sein, insbesondere für den ländlichen Raum. Der BDC unterstützt die Reformbemühungen und bietet seine aktive Mitarbeit in allen Gremien an.

Farghal D: Belegarzt neu denken – Ein Diskussionsbeitrag. Passion Chirurgie. 2018 Mai, 8(05): Artikel 03_03.