



Sektorenübergreifende Patientenversorgung und Partner in der universitären Ausbildung

29

Steckbrief einer kooperativen, belegärztlich organisierten,
überörtlichen urologischen Berufsausübungsgemeinschaft

Andreas W. Schneider

Zusammenfassung

Die hier vorgestellte überörtlich organisierte Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) der Fachärzte für Urologie, Dres. med. Schneider, Rödder, Neumann, Reiß, Gawin und Latz, ist ein klassisches Beispiel eines idealtypischen kooperativen Belegarztsystems mit Praxisstandorten in den Städten Buchholz und Winsen. Die südöstlich von Hamburg gelegenen Orte gehören zum Landkreis Harburg mit derzeit 250.000 Einwohnern, Tendenz steigend. Die fünf Fachärzte sowie zwei bis drei Weiterbildungsassistenten der BAG gewährleisten mit derzeit 15 urologischen Belegbetten am Standort Buchholz – die einzigen Betten im Landkreis Harburg laut Krankenhausbedarfsplanung Niedersachsen – die stationäre (urologische) Versorgung des Landkreises.

Die Praxen sind mit den umliegenden Kreiskrankenhäusern Winsen sowie Buchholz sehr gut vernetzt, für die sie die urologische Konsiliartätigkeit übernehmen. Dabei wird die Diagnostik und Therapie durch eine enge Kooperation mit der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, dem Tumorzentrum Buchholz und Winsen, Lüneburg sowie dem Hubertus Wald Tumorzentrum – Universitäres Cancer Center Hamburg (UCCH) – unterstützt. Die Praxen besitzen eine kooperative Weiterbildungsermächtigung für das Fachgebiet Urologie für 36 Monate (davon zwölf Monate in einer der Praxen) sowie die Weiterbildungsbefugnis für die medikamentöse Tumorthherapie.

2019 erhielt die sektorenübergreifend arbeitende Kooperationsform den Status einer akademischen Lehrpraxis der Universität Hamburg.

A. W. Schneider (✉)

Kooperative, überörtliche urologische Berufsausübungsgemeinschaft Schneider/Rödder/
Neumann/Reiß/Gawin/Latz, Winsen und Buchholz, Deutschland

E-Mail: a.w.schneider@urologie-winsen.de

29.1 Einleitung

Die zukünftige ärztliche Versorgung in Deutschland wird von mehreren Faktoren beeinflusst, die insgesamt die Förderung von innovativen Versorgungskonzepten an der Schnittstelle ambulant-stationär erforderlich machen:

- Trotz des Bevölkerungsrückgangs in Deutschland kommt es – durch die demografische Entwicklung der Bevölkerung – zu einer absoluten Zunahme urologischer Krankheitsbilder (von Stillfried et al. 2012).
- Ebenfalls der demografischen Entwicklung geschuldet ist die Zunahme der onkologischen Versorgungsaufgaben des urologischen Fachgebietes. Laut aktueller Zahlen der Tumorentwicklung in Deutschland (RKI *KID* 2013/2014; 2017) beträgt der urologisch-onkologische Anteil an allen Tumorerkrankungen mehr als 23 % bei steigender Tendenz.
- Wie in allen operativ tätigen Fachgebieten – so auch in der Urologie – besteht ein deutlicher Trend zu kürzeren Liegezeiten und damit verbundener Leistungsverdichtung. Außerdem nimmt die Bedeutung der ambulanten Versorgung trotz der komplexeren Krankheitsbilder zu und erfordert die Vorhaltung entsprechender, möglichst interdisziplinär arbeitender sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen.
- Die Altersentwicklung bei den Fachärzten insgesamt (das Durchschnittsalter der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte liegt heute bei knapp 55 Jahren, das der in den Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzte bei 45 Jahren) lässt in weniger als einem Jahrzehnt einen absoluten (Fach-)Ärztmangel erwarten. Der Fachbereich Urologie ist besonders stark von der Überalterung betroffen (KBV 2018).
- Die im Vergleich zu früheren Generationen andere Vorstellung junger Ärztinnen und Ärzte von ihrer Berufstätigkeit und die zu beobachtende Feminisierung des Arztberufes wird zu einer weiteren Verknappung von (urologischen) *Facharzt-Sprechzeiten* führen.
- Die weiter anhaltende *Landflucht* der jüngeren Bevölkerung führt darüber hinaus bei vorläufig gutem Versorgungsgrad in Ballungszentren zur Verschlechterung der fachärztlichen Versorgung in ländlichen Gebieten.

29.2 Vorteile einer kooperativen belegärztlich-organisierten Patientenversorgung

Im Unterschied zu der ansonsten immer noch stark ausgeprägten sektoralen Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bietet das Belegarztwesen eine effektive Verzahnung zwischen beiden ärztlichen Versorgungsbereichen. Ein Belegarzt ist ein selbstständiger, vertragsärztlich tätiger Arzt, der einerseits in seiner Praxis, Berufsausübungsgemeinschaft oder seinem Medizinischen Versorgungszentrum **seine** Patienten ambulant behandelt und sie andererseits auch bei Notwendigkeit einer stationärer Versorgung in einer Belegabteilung eines Krankenhauses betreut. Das Krankenhaus stellt mit

Ausnahme der ärztlichen Leistung alle anderen erforderlichen Dienstleistungen, Einrichtungen und Mittel für die stationäre Versorgung zur Verfügung. Dazu gehören u. a. OP-Ausstattung, OP-Personal, Sachmittel und die pflegerische Versorgung auf der Station. Anders als in Hauptabteilungen sind die Ärzte der Belegabteilungen nicht Angestellte des Krankenhauses; im Belegarztwesen schuldet der selbstständige Vertragsarzt und Belegarzt dem Patienten die medizinische Behandlung.

Belegärzte sind organisatorisch und finanziell unabhängig vom Krankenhaus, insbesondere vergütet das Krankenhaus nicht die Leistungen des Belegarztes. Der Belegarzt rechnet seine Tätigkeit gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ab. Das Krankenhaus stellt seine Leistungen über die Belegarzt-Diagnosis-Related-Group (Belegärztliche DRG) der jeweiligen Krankenkasse in Rechnung. Die Belegärztliche DRG ist um ca. 40 % niedriger dotiert als eine vergleichbare DRG für eine Hauptabteilung (HA-DRG).

Insbesondere das kooperative Belegarztwesen, d. h. die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Belegärzte der gleichen Fachrichtung, ermöglicht eine nahtlose ambulante, vorstationäre, stationäre und nachstationäre Patientenbehandlung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte. Im Team lassen sich die Vorteile der belegärztlichen Versorgung (Aufhebung der künstlichen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, kein Arztwechsel zwischen den Sektoren und damit besserer Informationsfluss, Reduzierung lästiger Doppeluntersuchungen, Versorgung auf Facharztstandard etc.) mit den geänderten Erwartungen an die Ausübung des ärztlichen Berufes kombinieren und stehen nicht im Widerspruch zu den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten an die Versorgungsqualität und -quantität. Mit mehreren Ärzten ist z. B. der Notdienst auf der Belegstation einfacher zu organisieren, die verschiedenen Ärzte bringen zudem im Idealfall verschiedene Spezialisierungen mit, so dass ein breites Leistungsspektrum angeboten werden kann.

Ein weiterer Vorteil des Belegarztwesens bietet die Rechtssicherheit des sowohl im Sozialgesetzbuch V (SGB V § 121), im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG § 18) sowie im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM Kap. 36) wohl definierten Belegarztstatus. Spätestens seit der Einführung des Straftatbestandes *Bestechlichkeit im Gesundheitswesen* im Strafgesetzbuch (StGB § 299 a und b) 2016 und der Vergütungsunschärfen bei Honorarärzten, Konsiliarärzten sowie zeitweise im Krankenhaus angestellter Ärzte stehen „belegarztersetzende“ Verträge zwischen Vertragsärzten und Kliniken allorts auf dem Prüfstand. Der unklare Umgang mit der Privatliquidation, der Sozialabgabenpflichtigkeit sowie der Scheinselbstständigkeit führen wieder zur Rückbesinnung auf die bis in die 50er-Jahre meist genutzte sektorenübergreifende Versorgungsform. Das im Mai 2019 ausgesprochene Urteil des Bundessozialgerichts zum Honorararztwesen (Aktenzeichen B 12 R 11/18 R) schließlich hat eine breite Überprüfung und Kündigung dieses offensichtlich nicht rechtssicheren Beschäftigungsverhältnisses ausgelöst (Pressemitteilung des BSG o. J.).

Besonders die onkologische Versorgung durch den Belegarzt ist bei komplexen Krankheitsverläufen dem klassischen dualen System überlegen. So wechseln bei onkologischen Erkrankungen in der Urologie Phasen der problemarmen (ambulanten) Versorgung (z. B. Medikamentengabe, Untersuchungen etc.) mit komplexeren Behandlungsabschnitten (z.B. Tu-

morrezidivoperationen, Drainageeinlagen etc.) ab, die nur stationär möglich sind. Bei getrennten Sektoren drohen Informationsdefizite zwischen den Onkologen in der Niederlassung und denen im Krankenhaus, die im Belegarztwesen durch Behandlung *im selben Team* auf Facharztstandard nicht auftreten. Die hohen Anforderungen der ASV sowie der Onkologievereinbarung an die Praxisorganisation (24-stündige Rufbereitschaft, Rufbereitschaft auf Facharztniveau, hohe technische Anforderungen an die Räumlichkeiten, Zugriff auf Intensivstation und Reanimation etc.) kann das Belegarztwesen zudem idealtypisch erfüllen.

Das kooperative Belegarztwesen ist somit für die sektorenübergreifende Betreuung urologischer Patientinnen und Patienten in Kenntnis der demografischen Herausforderungen für eine Versorgung in Flächenstaaten geradezu prädestiniert.

29.3 Kooperative belegärztlich organisierte überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Schneider/Rödder/Neumann/Reiß/Gawin

29.3.1 Aufbau der Gemeinschaftspraxis als GBR

Bis Ende 2011 war die urologischen Gemeinschaftspraxis Dres. Kirsten/Schneider in Winsen als bettenführende Facharzt-doppelpraxis organisiert. Mit dem Ausscheiden des Seniorpartners Dr. Kirsten konnten mit dessen Sitz sowie durch einen neu hinzugewonnenen Facharztsitz (nach § 103 SGB V Abs. 7) durch die Aufnahme zweier neue Partner, Dr. K. Rödder und T. Neumann, dem Versorgungsauftrag des Landes nachgekommen werden.

Ab 2015/2016 konnte aufgrund der Intensivierung der Zusammenarbeit mit der urologischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf der dort tätige Oberarzt Dr. P. Reiß als angestellter Arzt in Teilzeit gewonnen werden, 2019 ist er als gleichberechtigter Partner in die Kooperation eingestiegen. Ebenfalls ab 2019 konnte die Kooperation einen weiteren Vertragsarzt (M. Gawin, Buchholz) integrieren. Seit 2020 erfolgte schließlich die Anstellung von Herrn Kollegen P. Latz in der Funktion eines Sicherstellungsassistenten, so dass die kooperative überörtliche Gemeinschaftspraxis nunmehr über sechs Fachärzte auf fünf Sitze an drei Standorten im Landkreis Harburg verfügt.

29.3.2 Versorgungsraum

Die überörtliche urologische Berufsausübungsgemeinschaft hat ihre Praxissitze in der Kreishauptstadt Winsen sowie der Stadt Buchholz im Landkreis Harburg. Dieser umfasst derzeit 250.000 Einwohner mit steigender Tendenz. 15 urologische Belegbetten, die durch die kooperativen Belegarztpraxen betreut werden, sind im Krankenhaus Buchholz aufgestellt. Dieses Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung führt neben der urologischen Belegabteilung zehn Hauptabteilungen und leistet zusammen mit dem Krankenhaus Winsen unter derselben Trägerschaft mit zusammen ca. 550 Betten die stationäre

Versorgung des Landkreises Harburg. Schließlich gehören mehrere Reha-Einrichtungen sowie eine Vielzahl von Alten- und Pflegeheimen zum Landkreis. Die durch die ortsübergreifende urologische Berufsausübungsgemeinschaft betreuten Belegbetten im Krankenhaus Buchholz sind die einzigen genehmigten urologischen Betten im Krankenhausbedarfsplan des Landkreises Harburg.

29.3.3 Leistungsspektrum

Alle sechs Fachärzte für Urologie der kooperativen Gemeinschaftspraxis Schneider/Rödter/Neumann/Reiß/Gawin/Latz (Stand 03.2020) besitzen eine fundierte operative Facharztausbildung mit teilweise mehrjähriger Oberarztterfahrung in den Kliniken ihrer Ausbildung. Die Praxisinhaber haben alle verschiedene „urologische Schulen“ durchlaufen, was sich in dem für eine Belegabteilung besonders breiten operativen Spektrum niederschlägt. Verschiedene Zusatzausbildungen wie Fachgebieten-Röntgen, Fach- und Sachkunde Laser, Andrologie, Psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, Medikamentöse Tumortherapie (Ärztchamber) sowie die Zulassung zur onkologischen Versorgung als *onkologisch verantwortlicher Arzt* (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen) liegen vor. Neben dem kompletten ambulanten Versorgungsangebot mit ca. 15.000 Behandlungsfällen pro Jahr betreut das Ärzteteam 1200 stationäre Patienten jährlich in der Belegabteilung des Krankenhauses Buchholz, Tendenz mit 10 % jährlich steigend.

Zum Versorgungsauftrag der hier beschriebenen kooperativen Belegarztpraxis gehört darüber hinaus die konsiliarische Betreuung der von den Krankenhäusern Buchholz und Winsen notfallmäßig vorgestellten Patientinnen und Patienten sowie der Reha-Einrichtungen des Landkreises mit interventionspflichtigen urologischen Krankheitsbildern.

29.3.4 Onkologische Versorgung

Die Spezialisierung auf die onkologische Versorgung der Patienten des Harburger Landkreises (ca. 35 % der urologischen Leistungen werden bei onkologischen Patienten erbracht) verlangt einen hohen Organisationsgrad. Dabei finden die Diagnostik und Therapie der Erkrankungen nach dem klassischen belegärztlichen Motto, „so viel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig“, statt. Die Kommunikation nach innen und außen erfolgt durch moderne Telekommunikationsverfahren (Tele-Conferencing, Tele-Mentoring, Tele-Teaching).

29.3.5 Vernetzung

Das Angebot einer flächendeckenden urologischen Versorgung des Landkreises Harburg macht die Mitarbeit in einer Anzahl von Netzwerken und Tumorkonferenzen erforderlich.

So ist die Praxis:

- Mitglied im regionalen Ärztenetzwerk Elbe, Luhe, Nordheide (*ELAN e.V.*),
- Mitglied im Onkologischer Arbeitskreis der *Kassenärztlichen Vereinigung Lüneburg*,
- Mitglied in der Tumorkonferenz der Krankenhäuser *Buchholz/Winsen* sowie Lüneburg,
- kooperierendes Mitglied des interdisziplinären Tumorboards des Hubertus Wald Tumorzentrums – Universitäres Cancer Center Hamburg (UCCH).

29.3.6 Fort- und Weiterbildung

Die urologische Berufsausübungsgemeinschaft hat aufgrund des breiten urologischen Facharztspektrums die Fort- und Weiterbildungskompetenz der Ärztekammer Niedersachsen für drei Jahre erhalten. Die fachlich enge Zusammenarbeit mit der urologischen Universitätsklinik und Poliklinik unter der Leitung der Ordinaria Frau Prof. Dr. M. Fisch gestattet der bettenführenden Gemeinschaftspraxis darüber hinaus, jeweils zwei Assistenten in der Weiterbildung zum Urologen in einem Rotationsverfahren in der Klinik Buchholz sowie in den Praxen in Winsen und Buchholz für zwölf Monate zu beschäftigen. Dieses Austauschprogramm dient der Vertiefung der praktischen Fähigkeiten der angehenden Fachärzte und wird sowohl von der Ärztekammer Niedersachsen als auch durch die Kassenärztliche Vereinigung vertraglich unterstützt und finanziell gefördert.

Seit 2019 wurde das Konstrukt nunmehr auch als *akademische Lehrpraxis der Universität Hamburg* anerkannt und wird in diesem Jahr erstmals Ärzte im *Praktischen Jahr* betreuen.

Darüber hinaus engagiert sich die Praxis bundesweit in der Fort- und Weiterbildung des onkologischen Assistenzpersonals sowie an einer Vielzahl von urologisch-fachlichen sowie berufspolitischen Vorträgen. Schließlich organisiert der Praxisgründer bereits seit mehr als zwei Jahrzehnten die sogenannten *Salzhäuser Gespräche urologischer Belegärzte*, die mittlerweile zum festen Fortbildungsereignis vieler (urologischer) Belegärzte gehören.

29.4 Belegärztliche Versorgung im Landkreis Harburg: Muster einer sektorenübergreifenden Versorgung

Die Sicherstellung der ärztlich-medizinischen Versorgung über die Schnittstelle ambulanzstationär hinweg und die Organisation der Notfallversorgung sind die entscheidenden Herausforderungen für die Gesundheitspolitik der laufenden Legislaturperiode.

Das Belegarztwesen war bis zur Mitte des vergangenen Jahrhunderts in Deutschland die häufigste Versorgungsform für stationäre Patienten. Belegärztinnen und -ärzte leisteten dabei die bis heute gewünschte idealtypische Versorgung aus einer Hand. Sie waren und sind Protagonisten einer modernen sektorenverbindenden Versorgung.

Das hier vorgestellte Versorgungsmodell ist problemlos in andere Regionen übertragbar. Voraussetzung ist, dass eine gute Kooperation mit den beteiligten Kliniken, Fachabteilungen und den Krankenkassen gelingt. Eine Notfallversorgung belegärztlicher Patienten für 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche (24/7) setzt eine Mindestzahl von drei, besser vier Vertragsärzten in der kooperativen Belegarztstruktur voraus.

Bezüglich der Notfallversorgung haben wir mit den anderen Fachabteilungen, die einen Bereitschaftsdienst vor Ort im Krankenhaus vorhalten (z. B. Chirurgie, Innere, Anästhesie etc.) gemäß der Regelung des gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstufen in Krankenhäusern (§ 136 C, Abs. 4, SGB 5, § 5, Abs. 2, Grundlagen des Stufenmodells) eine 30-Minuten-Facharztverfügbarkeit am Patienten vereinbart. Für die gelegentliche Inanspruchnahme eines Assistenten (stationäre Aufnahme, Legen eines venösen Zuganges etc.) führen die Belegärzte eine monatliche Pauschale an das Krankenhaus ab.

29.5 Vorteile der belegärztlichen Versorgungsstruktur

29.5.1 Aus Sicht der Patienten

So viel Praxis wie möglich, so wenig Klinik wie nötig. – Eine Versorgung nach diesem Grundsatz ist im Belegarztwesen möglich, da es hier nicht die künstliche Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit Arztwechsel gibt. Da der Belegarzt seine Patienten von der ambulanten Betreuung her kennt, erspart er diesen unnötige Fragen sowie lästige (und teure) Doppeluntersuchungen. Die Gefahr des Informationsverlusts durch mangelhafte wechselseitige Information der Ärzte aus den beiden Sektoren ist zudem geringer.

29.5.2 Aus Sicht des zuweisenden Kollegen

Die Personalunion von niedergelassenem Facharzt und Klinikarzt/Operator stellt sicher, dass der Patient im Verlaufe der Diagnostik und Therapie nicht mit unterschiedlich akzentuierten Aussagen und Prognosen konfrontiert wird. Die Versorgung auf Facharztstandard gewährleistet eine niedrigere Komplikationsrate, verkürzte präoperative Phasen und eine optimierte postoperative Kontrolle.

29.5.3 Aus Sicht der Kostenträger

Die Kosten für die belegärztlich-stationäre Betreuung der Patienten, erfasst über die Kalkulationshäuser des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus, liegen deutlich unter den Kosten der stationären Betreuung in Hauptabteilungen. Das damit verbundene Einsparpotenzial stellen mittlerweile auch Kostenträger nicht mehr in Abrede.

Im Rahmen einer Protokollnotiz bei Verhandlungen einer Bundesempfehlung gemäß § 86 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Finanzierung der Einführung eines Kapitels für belegärztliche Leistungen (Kap. 36) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. April 2007 wurde ein finanzieller Vorteil durch den Erhalt des Belegarztwesens in Deutschland von damals mehr als 150 Millionen Euro attestiert.

Mit dem Rückgang der belegärztlichen Fallzahlen bei teilweiser Übernahme der Leistungen durch Hauptabteilungen, entfielen anteilig das mit dem Belegarztwesen verbundene Einsparpotenzial. Damit sind den Krankenkassen allein durch die Nichtförderung des Belegarztwesens – nimmt man einen Rückgang belegärztlicher Leistungen von jährlich 10 % an – Mehrkosten von mindestens 500 Millionen Euro entstanden.

29.5.4 Aus Sicht der onkologischen Versorgung

Die Verknüpfung der ambulanten mit erforderlicher stationärer belegärztlicher Versorgung (Transfusionswesen, zentrale Zubereitung von Chemotherapeutika, operative Einrichtungen, Isolationsmöglichkeiten, Bereithaltung intensivmedizinischer Maßnahmen bis hin zur Reanimation) erlaubt eine sachgerechte Betreuung des onkologischen Patienten. Gerade für die im Rahmen der Onkologievereinbarung und neuerdings im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beschriebenen Maßnahmen und Voraussetzungen sind von keiner anderen Organisationsform derart umfassend anzubieten wie durch den klassischen Belegarzt.

29.5.5 Aus Sicht der Fort- und Weiterbildung

Die Verknüpfung der ambulanten Versorgung mit der stationären belegärztlichen Versorgungswelt ist ideal für angehende Fachärzte. Sie lernen die ambulanten und stationären Versorgungsnotwendigkeiten in ausreichender Zahl kennen. Der Assistent in der Weiterbildung erhält zudem Einblicke in die Struktur der medizinischen Versorgung in Deutschland. Der hohe Organisationsgrad im Belegarztwesen, die profunden Kenntnisse von EBM, GOÄ, ICD-10, OPS, DRG etc. voraussetzt und diese vermitteln kann, ist eine optimale Vorbereitung auf die intersektorale Patientenversorgung in einem immer komplizierter werdenden Versorgungsalltag.

29.6 Förderung des Belegarztwesens

Leider belegen die Zahlen der letzten Jahrzehnte die Verdrängung des patientenfreundlichen und rechtssicheren, aber unterfinanzierten belegärztlichen Versorgungssystems durch das vermeintlich effektivere duale System mit der strikten Trennung der Sektoren an der

Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Informationsverluste am Übergang zwischen Klinik und Praxis sowie ein dadurch erzeugter Mehraufwand bei Diagnostik und Therapie sind die Folge. Versuche, die intersektorale Versorgung wieder zu beleben durch den Einkauf von Leistungen für das Krankenhaus über Honorarärzte oder durch die Einstellung von Vertragsärzten in Teilzeit mit (im Vergleich zum Belegarzt) deutlich besserer finanzieller Ausstattung, hatten nie dieselbe Akzeptanz wie belegärztliche Angebote. Und die damit einhergehenden Probleme sind spätestens seit der Einführung des Paragraphen 299 a und b StGB (Bestechlichkeit im Gesundheitswesen) offenkundig.

Es ist schwer nachvollziehbar, dass Kritiker hierzulande das Belegarztwesen als überholt bezeichnen trotz klarer Vorteile wie vor allem den sorgfältigen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen im Gesundheitssystem. Befremdlich ist dies auch, da weltweit ähnliche Organisationsstrukturen einer intersektoralen Versorgung das Rückgrat der Patientenbetreuung bilden. Wir verstehen auch nicht, warum das Belegarztwesen bei den „Playern“ im Gesundheitswesen nicht mehr Aufmerksamkeit erfährt im Vergleich zu anderen intersektoralen Versorgungsansätzen – und dies trotz wiederholter wissenschaftlich, juristisch und ökonomisch nachgewiesener Vorteile.

Aufgrund knapper werdender Ressourcen und eines kontinuierlichen Bettenabbaus trotz des demografischen Wandels bei zunehmender Ambulantisierung wird der medizinischen Versorgung im intersektoralen Raum eine stetig wachsende Bedeutung zukommen.

Um für das Belegarztwesen mit seinen Leistungsmöglichkeiten eine Wiederbelebung zu erwirken, ist es wichtig, dass die Rahmenbedingungen des Belegarztwesens denen von Hauptabteilungen in Krankenhäusern angeglichen werden. Dazu gehören nicht nur die Vergleichbarkeit der Leistungen (einheitlicher OPS-Katalog, Vereinheitlichung der DRGs, die sektorenübergreifende Qualitätssicherung durch lebenslange Arztnummer für alle Ärzte in Praxis und Klinik, Aufhebung des Erlaubnisvorbehaltes für Belegärzte etc.), sondern auch die Angleichung der Vergütung. Für die Umsetzung dieser „Rettungsmaßnahme“ für das Belegarztwesen, das im § 121 Abs. 2 SGB V definiert ist, wäre als einfachste Lösung eine Änderung des § 18 Abs. 3 im KH Entgeltgesetz vorstellbar. Dort heißt es:

„Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach § 121 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen *in Höhe von 80 Prozent* ab.“

Während von dieser Option des „Honorarbelegarztes“ aufgrund der Unwirtschaftlichkeit für die Krankenhäuser in der derzeitigen Version kaum Gebrauch gemacht wurde, könnte durch die Streichung einer kurzen Passage im Gesetz (siehe oben kursiv gedruckter Text) eine nachhaltige Unterstützung des Belegarztwesens erzeugt werden. Dabei bleiben die Belegärzte im vertragsärztlichen Status; sie erhalten jedoch ihre Vergütung über die

A-DRG des Krankenhauses.¹ Neben den bekannten Vorteilen bei der Patientenführung (weniger Doppeluntersuchungen, optimale prä- und postoperative Versorgung in Facharztstatus, schlanker und schneller Dokumentationsaufwand etc.) bliebe auch der ressourcensparende Vorteil dieser Versorgungsform erhalten, da die Vergütung zukünftig über die DRG erfolgt, der extrabudgetäre Vergütungsanteil in der bisherigen Abrechnung über den EBM aber für den Kostenträger eingespart würde.

Literatur

https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/2019_21.html.

KBV. (2018). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand 31.12.2018.

Robert Koch Institut. (2017). *Krebs in Deutschland für 2013/2014*. 11. Ausgabe. Gemeinsame Publikation des Zentrums für Krebsregisterdaten und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.

von Stillfried, D., Cizhal T., & Leibner M. (2012). *Fallzahlentwicklung in der Urologie im Zuge des demografischen Wandels*. Praxisforum Urologie, Leipzig, 29.09.2012. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland.

Dr. Andreas W. Schneider absolvierte 1980 sein Medizinstudium und eröffnete 1992 seine Gemeinschaftspraxis für Urologie, nachdem er zuvor als wissenschaftlicher Angestellter in der Abteilung für Urologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf tätig war. Seit 2017 leitet er den Bundesverband der Belegärzte (BdB). Als Gründer der Salzhäuser Gespräche hält er zudem regelmäßig Vorträge und organisiert Diskussionsrunden rund um das Thema, um die Integration von ambulanten und stationären Leistungen zu verbessern. Zusätzlich zu seinen zahlreichen nationalen und internationalen Publikationen, unterrichtet er junge Ärzte auf ihrem Weg zu urologischen Chirurgen.

Kontakt: Bundesverband der Belegärzte e.V., Hainenbachstr. 25, 89522 Heidenheim
a.w.schneider@urologie-winsen.de

¹ Für die Ermittlung des Belegarzthonorars sollten die InEK-Kalkulationsdaten herangezogen werden; die Abrechnung erfolgt über die KV oder vom Krankenhaus direkt.