

## Aktuelles aus der Arbeit des BdB:

Mit Befremden haben wir zur Kenntnis nehmen müssen, wie der Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach das 17-Milliarden-Loch in den Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch einschneidende Sparmaßnahmen bei den Leistungserbringern flicken will. Unter anderem durch Streichen der Neupatienten-Vergütung, die im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) erst im Jahr 2019 geregelt wurde. Allein dieser „Vorschlag“ ist Grund genug, mal wieder die Playern im Gesundheitssystem an die Vorteile des sektorenverbindenden, ressourcensparenden und patientenfreundlichen Belegarztsystem zu erinnern.

Während sich Herr Lauterbach zunächst einer Diskussion seines Gesetzentwurfes entzog und nach Amerika flog, um sich dort u.a. mit Herrn Anthony Fauci über Aktuelles zur Coronapandemie austauschte, haben wir die Gelegenheit genutzt, mit dem gemeinsamen Bundesausschuss, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie dem GKV Spitzenverband Kontakt aufzunehmen, um für eine Wiederbelebung des Belegarztwesens als die einzige wirklich rechtssichere Versorgungsform zwischen den Sektorengrenzen zu werben.

Herr Prof. Lauterbach wird bei seinen Besuchen in Kliniken der Vereinigten Staaten von Amerika u.a. in New York zwangsläufig auf sektorenübergreifende Versorgungssysteme gestoßen sein, die unserem Belegarztwesen sehr ähneln; z.B. das in den USA verbreitete „Voluntary Medical Staff Model“.

## Mit dem Bundesgesundheitsminister das Belegarztwesen der Zukunft ausloten?

Die DGK, die KBV sowie den GKV-Spitzenverband haben wir jedenfalls befragt, ob es sich nicht lohnen würde, das Belegarztwesen in einer eigenen Arbeitsgruppe (z.B. unter der Leitung des BMG?) einmal **ergebnisoffen** zu analysieren, um ggf. Eckdaten zu finden, unter deren Umsetzung ein reformiertes, sektorenverbindendes Versorgungssystem zukunftssicher, wirtschaftlich und qualitativ zeitgemäß entstünde?

Einen Versuch wäre es sicherlich wert, folgende Punkte zu diskutieren:

- Mindestzahl kooperierender fachgleicher Belegärzte zur Sicherstellung einer Notfallversorgung (24/7)
- Verbindliche Rufdienstregelungen mit Facharztstatus am Bett
- Finanzielle Aufwertung (z.B. Bereitschaftspauschale, Rufdienstpauschale etc.)
- Verbindliche Qualitätskriterien
- Einbindung konservativer und/oder diagnostischer Leistungen
- Kritische Beurteilung/Streichung des belegarztspezifischen Leistungskataloges (EBM Anhang 2) und Überführung in einen für alle Versorgungsformen gültigen OPS-Kataloges
- Einführung einer Beschäftigungsvergütung von Assistent\*innen in der Facharztausbildung

Sollte sich bei der ernsthaften Analyse herausstellen, dass es für diese Versorgungsform keine Zukunft mehr gibt, wäre dies seitens des BdB zu akzeptieren. Wir sind allerdings - zusammen mit 4000 weiterhin motivierten und hochspezialisierten Belegärzt\*innen und ca. 70 Belegkrankenhäusern allein in Deutschland - fest davon überzeugt, dass dieser Fall nicht eintreten wird.



## **G-BA: Dran bleiben an der (Wieder-)Teilnahme der Belegärzt\*innen an der gestuften Notfallversorgung**

Am 14. Juli hatten wir schließlich ein Gespräch mit Prof. Hecken, um erneut über ein Problem zu sprechen, dass die Belegärzte und vor allem die reinen Belegkliniken maximal bewegen: der Ausschluss der Belegärzte aus der gestuften Notfallversorgung der Krankenhäuser (Stellungnahme des g-BA vom 19. April 2018). Damals hatte der g-BA festgelegt, dass nur angestellte Ärzte eines Krankenhauses an der gestuften Notfallversorgung teilnehmen können. In der damaligen Begründung hieß es:

*Die Strukturen belegärztlicher Einheiten sind völlig unterschiedlich und reichen von Kleinst-einheiten von zwei oder drei Betten mit gelegentlicher Belegung bis hin zu großen, räumlich und organisatorisch abgrenzbaren Abteilungen. Es ist nicht einheitlich und verbindlich sichergestellt, dass in allen Belegeinheiten unabhängig von der Belegung mit eigenen Patientinnen / Patienten im Bedarfsfall (im Notfall) eine fachärztliche Präsenz binnen angemessener Frist gewährleistet ist.*

Wir haben darüber seit 2018 mehrfach berichtet und in einer Anzahl von Kontakten mit dem g-BA seither Argumente vorgetragen, warum diese Entscheidung zurückzunehmen sei. Bereits 2020 zeichnete sich eine Einigung ab, die allerdings vom g-BA ausgesetzt wurde, um einige gerichtliche Entscheidungen von Klagen gegen den damaligen Beschluss abzuwarten.

Mehrere kleinere Kliniken (darunter Belegkliniken) versuchten beim LSG Berlin-Brandenburg (Az. L 9 KR 170/19 KL, L 9 KR 179/19 KL, L 9 KR 184/19 KL und L 9 KR 186/19 KL) gegen die G-BA-Richtlinie von 2018 zu dem gestuften System von Notfallstrukturen vorzugehen. Danach werden Krankenhäuser, die die Voraussetzung zu den drei Notfallversorgungsstufen nicht erfüllen, doppelt gestraft: Sie sind nicht nur von der stationären Notfallversorgung ausgeschlossen, sie müssen auch Abschläge in Höhe von € 60 je vollstationärem Behandlungsfall zahlen. Das kann die Fortexistenz vieler der kleineren Krankenhäuser – darunter sicher auch solche mit Belegabteilungen – bedrohen. Das LSG bestätigte schließlich am 22. Juni 2022, dass die Richtlinie und die Vereinbarung zum Abschlag formal korrekt zustande gekommen sind. Ob die Abschlagshöhe sachgerecht ist, stand nicht zur Entscheidung – das Gericht äußerte allerdings in der Verhandlung Zweifel daran.

In unserem erneuten Gespräch mit dem g-BA stellte Herr Prof. Hecken nun eine Verifizierung der damaligen Entscheidung in Aussicht, wenn der BdB klare und nachvollziehbare Eckdaten vorlegen würde, die eine hauptabteilungsähnliche Versorgungssituation von Notfällen beschreiben würde: Facharztstandard innerhalb von 30 min. am Bett des Patienten an 24h an 7 Tagen der Woche.

Eine entsprechende Leistungsbeschreibung war bereits 2020 vom Bundesverband der Belegärzte einvernehmlich erarbeitet worden und beschrieb damals eine Mindestzahl an fachgleichen, kooperativ tätigen Belegärzt\*innen mit entsprechender vertraglicher Gestaltung mit der jeweiligen belegbettenführenden Klinik in der gestuften Notfallversorgung.

In den nächsten Monaten werden wir daher unsere Bemühungen um die **(Wieder-)Einbindung** der Belegärzte in das gestufte Konzept von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß §136c Absatz 4 SGB V (**G-BA Beschluss** vom 19. April 2018) aktualisieren und sowohl mit dem GKV-Spitzenverband und der DKG abstimmen für einen erneuten Vorstoß beim g-BA im Herbst dieses Jahres.

Es bleibt spannend!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Andreas W. Schneider

Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V.