

Urologe

<https://doi.org/10.1007/s00120-019-0960-z>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019



Maximilian Cohausz

Urologische Gemeinschaftspraxis Münster, Urologische Belegabteilung Raphaelsklinik, Münster, Deutschland

Belegarzt – das treibt uns an

Das Belegarztsystem ist eine seit langem erprobte und funktionierende Versorgungsstruktur der intersektoralen Patientenbetreuung. Aufgrund gesetzlicher Änderungen ist in den letzten Jahren ein stetiger Rückgang an Belegärzten zu verzeichnen, wodurch diese Organisationsstruktur existentiell bedroht ist. Trotz aller Widrigkeiten gibt es in Deutschland weiterhin viele Kollegen, die sich täglich mit großem Engagement in dieser Form um die Patientenversorgung kümmern. Auch wir sind mit Leib und Seele Belegärzte und möchten Ihnen unsere Motivation erläutern. Für dieses Konzept wurden wir 2018 auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Dresden mit dem Alexander-von-Lichtenberg-Preis ausgezeichnet.

Das Sozialgesetzbuch V (SGB, § 121, Abs. 2) regelt die Begrifflichkeit des Belegarztes. Dieser ist ein freiberuflicher Vertragsarzt, welcher nicht an einem Krankenhaus angestellt ist. Es erfolgt die unabhängige Behandlung der Patienten ambulant in der eigenen Praxis und stationär in Belegabteilungen oder -krankenhäusern. Der Belegarztvertrag zwischen Arzt und Krankenhaus regelt die Rechte und Pflichten der Parteien, hierbei ist der Arzt nicht weisungsgebunden.

» Das SGB V regelt die Begrifflichkeit des Belegarztes

Neben der vertragsärztlichen Versorgung wird eine gesonderte Zulassung für die belegärztliche Tätigkeit durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) benötigt. Die Abrechnung der ärztli-

chen Leistungen erfolgt nach Kapitel 36 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und bei Privatpatienten mittels privatärztlichem Behandlungsvertrag über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ; [1]). Krankenhäuser rechnen ihre Leistungen bei Patienten der Belegabteilungen über eine sog. B-DRG („diagnosis related groups“) ab, welche gegenüber Hauptabteilungs-DRG um bis 30 % reduziert ist. Das Belegarztwesen ist die älteste Versorgungsstruktur der stationären Patientenversorgung und weltweit verbreitet [2].

Rückgang des Belegarztsystems

In den letzten 20 Jahren kam es zu einem drastischen Rückgang an belegärztlichen Leistungen. Wurden 2000 im GKV-Sektor noch knapp 1,6 Mio. Fälle abgerechnet, so waren es 2014 nur noch rund 600.000 belegärztliche Fälle [3]. Die Anzahl der Belegärzte aller Fachabteilungen sank zwischen 2008 und 2017 um 18 % (Abb. 1). Während der Rückgang in der Urologie mit 5,5 % noch relativ gering ausfiel, kam es bei den Gynäkologen zur Halbierung von 1200 in 2008 auf zuletzt knapp 600 Ärzte (Abb. 2; [4]).

Die aktuell größte Fachgruppe unter den Belegärzten sind die 1300 Hals-Nasen-Ohrenärzte. Knapp 10 % sind Urologen (Abb. 3). Auch wenn die Bettenanzahl von Abteilungen heute nicht mehr so relevant ist und der Blick eher auf Fallzahlen und den Case-mix-Index gerichtet wird, zeigt sich bei den kleinen (unter 10 Betten) und großen urologischen Belegabteilungen (über 20 Betten) ein stabiles Bild. Rückläufig waren in den letzten 10 Jahren insbesondere die mittleren Abteilungen mit 10–20 Betten (Tab. 1; [4]).

Ursachen des Rückgangs

Die Ursachen für den Einbruch des Belegarztwesens sind vielfältig. Durch Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) 2009 und das Gesetzliche Krankenversicherung-Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (GKV-VÄndG) 2007 wurde es den Krankenhäusern erleichtert Belegabteilungen in Hauptabteilungen umzuwandeln und somit die volle DRG abzurechnen [3].

» Die Ursachen für den Einbruch des Belegarztwesens sind vielfältig

Des Weiteren sind durch Reformen des Kapitels 36 EBM Vergütungsverluste im Belegarztsystem entstanden. Ebenso ist die Berechnung des EBM eher auf ambulante Leistungen ausgelegt, komplexere stationäre Leistungen (z. B. die große Tumorchirurgie) sind deutlich unterbewertet. Andere Leistungen werden aufgrund von fehlenden EBM-Ziffern gar nicht vergütet.

Speziell in der Gynäkologie erklärt sich der massive Rückgang durch die horrenden Versicherungsgebühren für die Geburtshilfe [5].

Für manche Belegärzte können sich in Zukunft weitere Probleme aufgrund der Erhöhung der Sprechstundenzeiten auf 25 h/Woche im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)

Tab. 1 Anzahl Belegärzte Urologie nach Betten (Quelle: KBV 2018)

Betten (n)	2008 (n)	2017 (n)
<10	358	362
10–20	123	79
>20	31	43

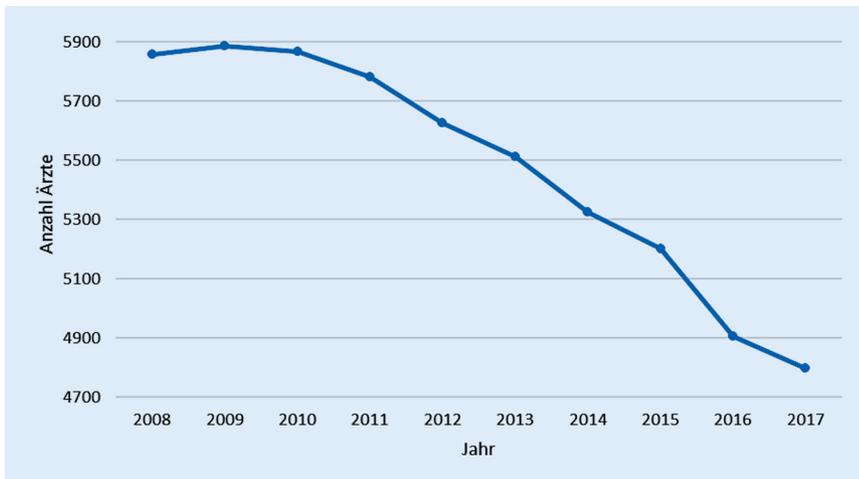


Abb. 1 ▲ Anzahl Belegärzte aller Fachgruppen 2008–2017 (Quelle: KBV 2018)

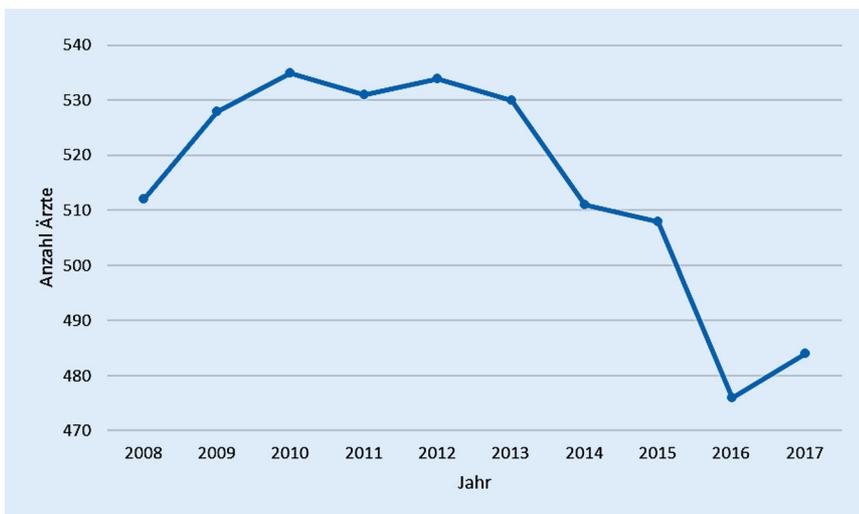


Abb. 2 ▲ Anzahl Belegärzte Urologie 2008–2017 (Quelle: KBV 2018)

ergeben. Größere Operationen sind nämlich in den Zeitprofilen des EBM deutlich zu gering abgebildet. So liegt z. B. die Prüfzeit für eine radikale Zystektomie mit Harnableitung bei 116 min. Visiten oder Tumorkonferenzen finden gar keine Berücksichtigung.

Zunehmende Arbeitsverdichtung durch administrative Tätigkeiten betreffen beide Sektoren. Erhöhte Qualitätsanforderungen an die Dokumentation seitens der KV oder Dokumentationen für Zentren, sowie die zugehörigen Audits bekommt der Belegarzt doppelt zu spüren.

Für Belegabteilungen wird es aufgrund zunehmender Technisierung der operativen Urologie immer schwerer, den Anschluss zu halten, was sich durch

einen deutlichen Rückgang dieser Versorgungsform in Ballungsräumen bemerkbar macht.

Konzept der Urologischen Gemeinschaftspraxis Münster

Ausgezeichnet mit dem Alexander-von-Lichtenberg-Preis 2018 der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) und des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e. V. (BvDU) möchten wir Ihnen trotz der oben genannten Probleme die Vorteile des Belegarztsystems anhand unseres Konzepts vorstellen [6].

Mit Gründung der Urologischen Gemeinschaftspraxis und der Belegabteilung an der Raphaelsklinik wurde 1950 die erste eigenständige urologische Ver-

sorgungseinheit in Münster gegründet. Aktuell leiten meine Kollegen Dr. Walter Otto und Dr. Eckart Gronau zusammen mit mir dieses nach wie vor klassische Belegarztzentrum. Dazu werden von uns eine Oberärztin, zwei Assistenzärzte sowie 8 Medizinische Fachangestellte beschäftigt. Zurzeit stehen unserer Belegabteilung maximal 26 Betten zur Verfügung. In 2018 wurden knapp 1200 vollstationäre Fälle betreut, bei insgesamt ca. 1450 operativen Eingriffen. Mit einer Katalogverweildauer von 86% liegen wir deutlich unterhalb des bundesweiten Durchschnitts. Es wird das gesamte operative Spektrum der Urologie (inklusive radikaler Prostatektomien und radikaler Zystektomien mit Neoblaseanlage) abgedeckt. Die Weiterbildungsmöglichkeit für 36 Monate im stationären Sektor sowie 18 Monate im ambulanten Bereich zum Facharzt für Urologie liegen vor. Dazu sind jeweils die vollen Weiterbildungsmöglichkeiten für die Zusatzbezeichnungen Andrologie, medikamentöse Tumorthherapie und Röntgendiagnostik – fachgebunden – Harntrakt vorhanden, so dass Assistenten bei uns komplett und sektorenübergreifend ausgebildet werden können.

» An der Raphaelsklinik wird seit Jahrzehnten intersektorale Patientenversorgung praktiziert

Zur besseren onkologischen Versorgung von Prostatakarzinompatienten erfolgte 2012 unter unserer Federführung der Zusammenschluss von neun urologischen Praxen, einer onkologischen Praxis, zwei Krankenhäusern und drei pathologischen Instituten in Münster, Dülmen, Greven, Lüdinghausen und Paderborn als fachübergreifendes „Prostatazentrum Münsterland“. Mit der erfolgreichen Zertifizierung durch den Dachverband der Prostatazentren (DVPZ e. V.) 2013 war das erste Zentrum dieser Art in Münster und dem Münsterland entstanden.

Um letztlich alle urologischen Tumorpatienten im Rahmen eines onkologischen Zentrums betreuen zu können, waren wir an der Gründung der Münsteraner Allianz gegen Krebs (MAGKs) maßgeblich beteiligt. Dies ist ein Zusam-

menschluss dreier Münsteraner Krankenhäuser zu einem gemeinsamen Onkologischen Zentrum. Die erfolgreiche Erstzertifizierung der MAGKs durch die Deutsche Krebsgesellschaft erfolgte 2014. Urologische Tumoren (Niere/Blase/Hoden/Penis) sind hierbei als Schwerpunktentitäten mitzertifiziert.

Im Rahmen dieser Zentrumsstrukturen organisieren wir regelmäßig urologische Qualitätszirkel. Des Weiteren sind wir an Aktionen des MAGKs-Patiententages und des MAGKs-Adventssymposiums für Haus- und Fachärzte in Münster beteiligt.

Motivation zur intersektoralen Versorgung

Unser Anspruch ist die kontinuierliche und fortschrittliche Behandlung von Patienten ohne Informationsverlust aus einer Hand. Wir sehen die geschaffenen Strukturen aus Gemeinschaftspraxis, Belegabteilung und den Netzwerken mit 3 Zentren als Vorreiter der intersektoralen Versorgung an. Eine interdisziplinäre Versorgung ist bei allen unserer Tumorpatienten gegeben, da jeder dieser Patienten aus Praxis und Belegabteilung im wöchentlichen interdisziplinären Tumorboard vorgestellt wird. Zudem besteht durch die Palliativstation der Raphaelsklinik und das Palliativnetz Münster diesbezüglich eine sehr gute Anbindung.

Auch in den nicht onkologischen Bereichen setzten wir auf Zentrumsstrukturen. So erfolgte im Dezember 2018 die Zertifizierung des Beckenbodenzentrums an Clemenshospital und Raphaelsklinik durch die Deutsche Kontinenz Gesellschaft.

Technische Weiterentwicklungen sind stetig, wie zuletzt durch Einführung der MRT-Ultraschall-Fusionsbiopsie in Kooperation mit den Radiologen an unserem Krankenhaus.

Vorteile des Belegarztsystems

Anhand unseres Projekts ist sichtbar, das Urologie im belegärztlichen Rahmen funktionieren kann und eine Zukunft hat. Insbesondere in den ländlichen Räumen der großen Flächenländer wer-

Urologe <https://doi.org/10.1007/s00120-019-0960-z>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

M. Cohausz

Belegarzt – das treibt uns an

Zusammenfassung

Das Belegarztsystem ist eine seit langem erprobte und funktionierende Versorgungsstruktur der intersektoralen Patientenbetreuung. Aufgrund gesetzlicher Änderungen ist in den letzten Jahren ein stetiger Rückgang an Belegärzten zu verzeichnen, wodurch diese Organisationsstruktur existentiell bedroht ist. Vorteile für die Patienten bestehen u. a. im Wegfall des Arztwechsels und der damit verbundenen Aufhebung der Sektorengrenzen. Lästige Doppeluntersuchungen entfallen, der Informationsverlust wird eingegrenzt und der Patient kennt seinen Ansprechpartner genau. Gerade in Zeiten des demographischen Wandels und des Ärztemangels wird diese Tatsache zunehmend wichtiger. Anhand der Urologischen Gemeinschaftspraxis Münster

und der Belegabteilung der Raphaelsklinik möchten wir Ihnen unsere Motivation für dieses System erläutern. Unser Konzept wurde 2018 auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Dresden mit dem Alexander-von-Lichtenberg-Preis ausgezeichnet. Für die Zukunft bleibt zu hoffen, dass der Gesetzgeber Korrekturen u. a. im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vornimmt und dadurch das Belegarztwesen wieder gestärkt wird.

Schlüsselwörter

Intersektorale Patientenversorgung · Alexander-von-Lichtenberg-Preis · Kassenärztliche Vereinigung · Weiterbildungsordnung · Demographischer Wandel

Affiliated urologists—what motivates us

Abstract

The idea of affiliated urologists is a well-established and functional intersectoral patient care concept. Due to policy changes, there has been a steady decline in the number of practicing affiliated urologists which is putting this organisational structure at risk. Patients benefit from this organisational structure as they only have one treating urologist and their treatment plan is not dependent on different treatment sectors. There is a reduction in unnecessary repeat examinations, there is no loss in information and the patient knows his personal urologist. This is especially necessary with the demographic changes in Germany as well as the shortage in physicians. Using the urological

practice in Münster and the operative care of patients at the Raphaelsklinik as an example, we would like to show how this system can function. Our concept was awarded with the Alexander-von-Lichtenberg Award at the 2018 Congress of the German Society of Urology. We hope that in the future politicians will make changes especially concerning the fee schedules, so that the affiliated urologist concept can be empowered.

Keywords

Intersectoral patient care · Alexander-von-Lichtenberg-Award · Health insurance · Continuing education regulation · Demographic change

den Belegärzte für die Basisversorgung gebraucht. Ein Verzicht auf diese Versorgungsform hätte für die Patienten weite Wege zur Folge.

Auch in Ballungsräumen ist trotz zunehmender Spezialisierung der großen Kliniken eine fortschrittliche belegärztliche Versorgung möglich. Insbesondere in kooperativen Belegabteilungen kann eine Subspezialisierung der einzelnen Kollegen erfolgen. So können technische Neuerungen suffizient angeboten werden, ähnlich dem aufkommenden

Departmentsystem an größeren Kliniken.

Dies gilt ebenfalls für die zunehmenden Möglichkeiten der ambulanten medikamentösen Tumorthherapie (z. B. durch Immuntherapeutika). Belegärzte decken das komplette Komplikationsmanagement inklusive 24-h-Rufbereitschaft ab.

Der Belegarzt als Teamplayer kann die ideale intersektorale Versorgung anbieten, quasi als gelebte ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Deshalb sehen wir die ASV zum jetzigen

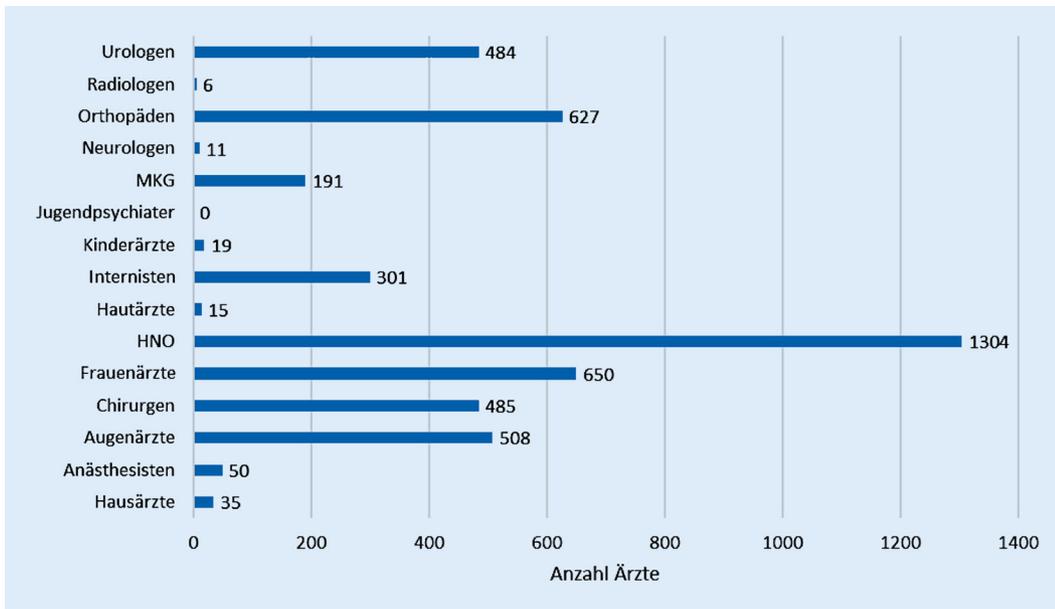


Abb. 3 ◀ Belegärzte nach Fachgruppen 2017 (Quelle: KBV 2018)

Zeitpunkt nicht als Zugewinn. Die Patienten haben hierdurch zumindest aktuell kaum einen Benefit bei erheblichem bürokratischem Mehraufwand.

» Belegärzte bieten seit Langem gelebte ASV an

Versorgung innerhalb von Tumorzentren zur Verbesserung der Behandlungs- und Ergebnisqualität ist auch in Belegabteilungen möglich. Ein weiteres Beispiel hierfür ist das Prostatazentrum Niederrhein der belegärztlichen Kollegen in Wesel (Dr. Stammel, Dr. Garcia, Dr. Follmann), die eine der größten Abteilungen dieser Art in Deutschland betreiben.

Weitere Vorteile für die Patienten liegen im Wegfall des Arztwechsels und damit Aufhebung der Sektorengrenzen. Lästige Doppeluntersuchungen entfallen, der Informationsverlust wird eingegrenzt und der Patient kennt seinen Ansprechpartner.

Auch finanziell ist diese Versorgungsform sinnvoll. Für die Kostenträger ist das Belegarztsystem im Schnitt 23% günstiger als die Patientenversorgung in Hauptabteilungen. Krankenhausträger erzielen aus Belegabteilungen häufig ebenfalls einen höheren Gewinn [7].

Zukunft

Wir hoffen, dass sich auch in Zukunft weiterhin Kollegen für die Vorteile dieses Systems entscheiden und Belegarzt werden. Politisch muss das Belegarztwesen wieder attraktiver gemacht werden. Die Gesetzgeber wollen die Sektorengrenzen lockern, genau hier gilt es dieses System als Vorreiter zu fördern. Gerade in Zeiten des demographischen Wandels und des Ärztemangels macht „der Belegarzt“ Sinn.

» In Zeiten des demographischen Wandels und des Ärztemangels macht „der Belegarzt“ Sinn

Wir unterstützen die intensiven Bemühungen und Forderungen des Bundesverbandes der Belegärzte (BdB). Desessen Vorsitzender Dr. Andreas Schneider tritt u.a. stark zur Weiterentwicklung des EBM für Belegärzte ein. Auch der Spitzenverband der Fachärzte (SpiFa), um dessen Vorstandsmitglied Dr. Axel Schroeder, unterstützen diese Maßnahmen.

Es bleibt zu hoffen, dass eine Umsetzung erfolgt und das Belegarztwesen weiterhin eine Zukunft hat.

Fazit für die Praxis

- Das Belegarztsystem ist eine seit Jahrzehnten funktionierende Versorgungsstruktur, die eine sektorenübergreifende und wirtschaftliche Patientenversorgung aus einer Hand gewährleistet.
- Der Gesetzgeber möchte die Sektorengrenzen öffnen, hierzu ist auch eine Förderung des Belegarztwesens (u. a. Änderungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab, EBM) erforderlich um diese Versorgungsform zu stärken und langfristig zu sichern.
- Für junge Ärzte bietet diese Struktur gute und freie Gestaltungsmöglichkeiten, welche bei der Karriereplanung berücksichtigt werden sollten. Auch für intersektorale Weiterbildung im Rahmen der neuen Weiterbildungsordnung (MWBO) ist das Belegarztwesen eine interessante Möglichkeit.

Korrespondenzadresse



Dr. med.
Maximilian Cohausz
Urologische Gemein-
schaftspraxis Münster,
Urologische Belegabteilung
Raphaelsklinik
Fürstenbergstraße 5,
48147 Münster, Deutschland
m.cohausz@alexianer.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Cohausz gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von dem Autor keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. SGB V – Sozialgesetzbuch V (1989) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung
2. Schalkhäuser K (2015) Renaissance oder Untergang des Belegarztwesens. *Urologe* 54:1100–1102
3. Nagel E et al (2017) Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung. ZI, Berlin (Gutachten)
4. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018) www.gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16. Zugegriffen 27. April 2019
5. Schneider A (2017) Belegarztwesen: Auslaufmodell oder Vorbild? *Uro News* 21(5):34–39
6. Alexander-von-Lichtenberg-Preis (2018) Preisträger 2018. www.alexander-von-lichtenberg-preis.de/presse.html. Zugegriffen: 28. Apr. 2019
7. Hahn U, Mussinghoff P (2017) Ökonomische Anreize belegärztlicher im Vergleich zu alternativen Versorgungsformen aus den Perspektiven von Krankenhaus und Vertragsarzt/Belegarzt sowie aus gesundheitssystemischer Sicht. *Gesundh Ökon Qual Manag* 22(05):244–254