

Positionspapier der Sektion der Belegkrankenhäuser innerhalb des Bundesverbands der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. zum Konzept der Regierungskommission

Die Belegkrankenhäuser in Deutschland sehen genauso wie die Regierungskommission den Bedarf für eine grundlegende Reform zur nachhaltigen Stabilisierung der Krankenhausversorgung und -vergütung. Dies kann aber nur ein erster Schritt für eine sektorenübergreifende Reform der ärztlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland sein.

Gerade in der sektorenübergreifenden Versorgung haben die Belegkrankenhäuser seit Jahrzehnten schon gezeigt, dass sie einen wichtigen Beitrag in der stationären und ambulanten Versorgung sicherstellen können.

Belegkrankenhäuser sind die älteste stationäre Versorgungsform und werden national, aber vor allem auch international voll anerkannt. Die sektorenübergreifende Versorgung wird in Belegkrankenhäusern hocheffizient umgesetzt. Patienten können sich auf eine durchgehende Behandlungsqualität von ein und demselben Facharzt ohne Informationsverluste und Doppeluntersuchungen verlassen und genießen so eine ressourcensparende Versorgungsform für die Kostenträger.

Für die Zulassung als Belegarzt ist grundsätzlich eine mehrjährige klinische Erfahrung als Facharzt Voraussetzung. Dies garantiert eine durchgehend spezialisierte Facharztbehandlung und hochgradig standardisierte und qualitätsgesicherte Leistungen (Facharztstatus). Die Belegkliniken bieten darüber hinaus nachweislich gute Ergebnisqualität (siehe die Resultate bei der Externen Qualitätssicherung der Bundesländer). Belegärzte sind in beiden Sektoren verankert und hierdurch die Spezialisten in der sektorenübergreifenden Versorgung.

Die Patientenzufriedenheit (Servicequalität) ist überproportional hoch (vgl. Weiße Liste: Die 5 ersten Plätze in Schleswig-Holstein werden von Beleg-Kliniken mit weit über dem Durchschnitt liegenden Bewertungen belegt. Ein ähnliches Bild zeigt sich in Hamburg, ebenso wie in anderen Bundesländern).

Mit ihrer sektorenverbindenden Organisation bieten nur Kliniken mit Belegbetten und Belegabteilungen niedergelassenen Fachärzten eine ideale Vereinbarkeit von Praxistätigkeit und stationärer Versorgung. Besonders vorteilhaft wirkt sich diese Verknüpfung bei der zunehmend geforderten und geförderten Fort- und Weiterbildung junger Kolleginnen und Kollegen in der Facharztweiterbildung aus. Nicht zuletzt ein sinnvoller Beitrag zum Abbau des Fachärztenachwuchsmangels.

Um diese vielen Vorteile des Belegarztsystems weiterhin zu nutzen und in die bestehenden Reformüberlegungen einzubinden, sehen wir einen Anpassungsbedarf zum Vorschlag der Regierungskommission. Die zukunftsfähige Sicherstellung einer modernen und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung muss insbesondere die belegärztliche Position in der bewährten sektorenübergreifenden Versorgung weiter stärken und die fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulant und stationärer Behandlung aufrechterhalten.

Die Belegkrankenhäuser nennen die folgenden, konkreten Vorschläge zur Optimierung der Krankenhausreform im Rahmen des anstehenden Gesetzgebungsverfahrens:

1. Die Anforderungen an den Krankenhaus-Level II – Status müssen reduziert werden, um zu vermeiden, dass kurzfristig die stationäre Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann, da viele Krankenhäuser in das Level I eingestuft werden und damit ihre Leistungen nicht mehr wirtschaftlich erbringen können. Speziell die Anforderungen an

einen Notfallversorgungslevel sollte für Level II Häuser reduziert werden. Auch ist wenig nachvollziehbar, wieso nur Krankenhäusern mit mindestens Geburten und Stroke Units, um nur zwei der Kriterien aus der Tabelle 1 b herauszugreifen, den Status Level II bekommen sollten. Damit würden ganz vielen mittleren Krankenhäusern eine große Anzahl an Leistungsgruppen verwehrt werden.

2. Alternativ sollten deutlich mehr Leistungsgruppe (beispielsweise LG 1.6, LG 1.7, LG 1.8, LG 2.4., LG 2.1 usw.) auch dem Level I i und I n zugeordnet werden. Das Ziel muss sein, mehr Leistungsgruppen auch für kleine und mittlere Krankenhäuser zu öffnen, um eine regionale fachärztliche, sektorenübergreifende Versorgung in diesen Krankenhäusern zu ermöglichen.
3. Leistungsgruppen müssen auch vollständig belegärztlich erbringbar sein.
4. Keine Unterschiede in der Vergütung belegärztlicher Leistungen gegenüber Hauptabteilung. Wegfall des 20%-Abschlags der Vergütung belegärztlicher Leistungen von Belegärzten mit Honorararztverträgen nach § 18 Abs. 3 KHEntgG.
5. Die Strukturmerkmale für die Level-Zuordnung sollten in einem ersten Schritt durch eine Selbsteinschätzung der Krankenhäuser abgegeben und erklärt werden können. Eine Überprüfung durch den MD wird vermutlich eingeführt werden. Bei Streitigkeiten zwischen dem KH und dem MD über die Erfüllung der Strukturmerkmale sollte aber die Selbsteinschätzung so lange gelten, bis diese Streitigkeiten rechtskräftig ausgeurteilt worden sind (Prinzip Vertrauensvorschuss). Es muss damit verhindert werden, dass der MD, als Instrument der SLT, die Krankenhausplanung gestaltet oder unsinnige/falsche MD-Gutachten die Leistungserbringung der KH auf Monate lahmlegt.
6. Das Land sollte das Recht eingeräumt bekommen, festzulegen, dass bestimmte Krankenhäuser per Feststellungsbescheid auch ein bestimmtes Krankenhaus-Level zugeordnet wird, unabhängig, ob dieses KH alle Strukturvoraussetzungen für dieses Level erfüllt. Damit gäbe es zwei Wege in ein Krankenhaus-Level zu kommen, über die Erfüllung der Strukturmerkmale oder/und per Entscheidung des Landes. Damit kann das Land weiterhin Krankenhausplanung betreiben und ist nicht Spielball der Erfüllung der Strukturmerkmale. Dies könnte beispielsweise auch für Fachkliniken gelten.
7. Es müssen Vorkehrungen getroffen werden, dass nach Verabschiedung der Reform der GBA die Notfallstufen-Kriterien nicht beliebig und eigenständig weiter verschärfen kann und somit durch die Hintertür ein Krankenhaussterben anschiebt.
8. Alternativ sollte das Land die rechtliche Möglichkeit bekommen auch Leistungsgruppen dem einzelnen Krankenhaus per Feststellungsbescheid zuzuweisen, auch wenn die Krankenhaus-Level-Strukturmerkmale in dem betroffenen Krankenhaus und für die jeweilige Leistungsgruppe nicht erfüllt werden sollten. Damit würde man dem Land die Möglichkeit einräumen, einem Level I n –Krankenhaus beispielsweise auch Leistungsgruppen 1.6 und/oder 2.4 zu erbringen.
9. Eine Fachklinik sollte auch die Chance haben, mehrere sich an dem Schwerpunkt der Fachklinik orientierende Leistungsgruppen erbringen zu können.

10. Vorhaltekosten müssen auch für Krankenhäuser im Level I i und I n refinanziert werden, wenn diese durch gesetzliche Strukturvorgaben entstehen.
11. Das Pflegebudget muss langfristig ein Bestandteil der Krankenhausfinanzierung für alle Level-Ebenen sein, um die Kosten des Pflegedienstes unabhängig von dem Leistungsvolumen zu finanzieren.
12. Das Konzept der Regierungskommission muss die Veränderungen und Auswirkung der neuen Vergütungsformen der sektorenübergreifenden Vergütung nach § 115 f SGB V auf die Finanzierung kleinerer und mittlerer Krankenhäuser berücksichtigen, um zu verhindern, dass eine Vielzahl von Krankenhäusern, die für die Grund- und Basisversorgung unablässig sind, kurzfristig aufgrund wirtschaftlicher Probleme aus der Versorgung ausscheiden.

Die Belegkrankenhäuser wollen mit diesen Vorschlägen ihren Beitrag zur notwendigen Krankenhausreform leisten und aktiv die Reform begleiten. Die Reform muss genutzt werden, das Belegarztsystem als etablierte, sektorenübergreifende Versorgungsform zu stärken und als Chance für eine Weiterentwicklung an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung zu erkennen.