

Sicherung und strukturelle Weiterentwicklung des Belegarzteswesens

<p style="text-align: center;">Ist-Zustand: Wie ist es heute und was fehlt oder hemmt?</p>	<p style="text-align: center;">Änderung: Wie sollte es werden und warum?</p>
<p>1. Gesetzlicher Verweis auf die Verfügbarkeit des Belegarztes gemäß der Verfügbarkeitsanforderung für angestellte Fachärzte (40 Wochenstunden = Vollzeitäquivalent).</p> <p>Es fand eine Änderung des § 135e Abs. 4 Nr. 7d SGB V im Rahmen der Gesetzgebung zum KHVVG statt, die zu einer versorgungsrelevanten Fehlsteuerung der zeitlichen Verfügbarkeit von Belegärzten geführt hat.</p>	<p>Zur Klarstellung der durch das KHVVG in § 135e Abs. 4 Nrn. 7a u. 7d SGB V getroffenen Regelungen wird für die Erfüllung der Qualitätskriterien zur Verfügbarkeit bei Belegärzten auf eine volle vertragsärztliche Zulassung verwiesen.</p> <p>Umsetzung: In § 135e Abs. 4 Nr. 7a werden hinter die Formulierung „Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden“ die Wörter „<i>oder einer vollen vertragsärztlichen Zulassung entspricht</i>“ eingefügt.</p> <p>Begründung: Erhaltung des Belegarztsystems zur Sicherstellung der sektorenübergreifenden Versorgung.</p>
<p>2. Unklar ist, ob die Vorhaltung der sachlichen Ausstattung gemäß Anlage 1 der „Leistungsgruppen und Qualitätskriterien“ zu § 135e SGB V (KHVVG) ausschließlich am bzw. im Krankenhaus erfolgen muss.</p>	<p>Klarstellung, dass die sachliche (Geräte)Ausstattung auch in der Praxis vorgehalten werden kann.</p> <p>Umsetzung: In § 135e Abs. 2 wird folgender Satz 2 eingefügt: <i>Erbringen Krankenhäuser mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe, haben sie die für diese Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien am jeweiligen Krankenhausstandort und im Fall belegärztlicher Leistungen unter Einbeziehung der sachlichen Praxisausstattung zu erfüllen; § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.</i></p> <p>Begründung: Die gesetzliche Klarstellung ist im Sinne der Versorgung, da nach den Vorgaben des § 39 Abs. 5 Satz 3 BMV-Ä Belegärzte nur solche Ärzte sein können, deren Praxis so nahe am Krankenhaus liegt, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist.</p>
<p>3. Es besteht derzeit nur die Möglichkeit zum Betrieb von fachgleichen Mischabteilungen zwischen jeweils anerkannten Haupt- und Belegabteilungen.</p> <p>Im Zuge der Krankenhausreform (KHVVG) werden kleine Belegabteilungen geschlossen werden. Um ihre Patienten weiter versorgen zu können, könnten Belegärzte ihre Tätigkeit an nächstgelegene Hauptabteilungen verlegen. Die Bedingungen einer etwaigen Integration des Belegarztes in eine vorhandene Hauptabteilung ohne eigene Belegabteilung sind nicht geregelt.</p>	<p>Einführung der generellen Möglichkeit zur Einbindung von Belegärzten in Hauptabteilungen über § 121 Abs. 1 SGB V.</p> <p>Umsetzung: Der § 121 Abs. 1 S. 2 wird wie folgt ergänzt: <i>Die Krankenhäuser sollen Belegärzten gleicher Fachrichtung die Möglichkeit geben, ihre Patienten gemeinsam zu behandeln (kooperatives Belegarzteswesen) „und die freiberufliche Einbindung von Belegärzten und Belegonorarärzten in</i></p>

	<p><i>Hauptabteilungen ermöglichen (kooperative Mischabteilungen)“.</i></p> <p>Begründung: Angesichts der nationalen Versorgungslage und des gesetzgeberischen Ziels der Förderung eines leistungsfähigen und wirtschaftlichen Belegarztwesens ist es sachgerecht, Belegärzten die freiberufliche sektorenübergreifende Weiterbehandlung ihrer Patienten in benachbarten Hauptabteilungen zu ermöglichen, nachdem ihre Belegabteilungen im Rahmen der Umsetzung des KHVVG geschlossen wurden. Diese Maßnahme trägt zudem zum Erhalt ärztlicher Weiterbildung bei.</p>
<p>4. Die gesetzliche Regelung des Honorarbelegarztes hat aufgrund des 20 % Abschlags in § 18 Abs. 3 KHEntgG keine praktische Relevanz.</p> <p>Krankenhäuser mit Belegbetten, die mit Belegärzten Honorarverträge abgeschlossen haben, rechnen für die Belegpatientenfälle die Bewertungsrelation der Hauptabteilung zu 80 Prozent ab. Dieses Modell ist für Kliniken wirtschaftlich uninteressant und wird daher nicht umgesetzt.</p>	<p><i>Entwicklung der bislang kaum genutzten Variante des Honorarbelegarztes in § 18 Abs. 3 KHEntgG zu einem eigenständigen Belegarztmodell mit neuer Anreizwirkung.</i></p> <p>Umsetzung: In § 18 Abs. 3 KHEntgG werden im 2. HS die Wörter „in Höhe von 80 Prozent“ gestrichen: <i>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.</i></p> <p>Begründung: Schaffung einer Anreizwirkung für alle Beteiligten und dadurch Ermöglichen der freiberuflichen sektorenübergreifenden Mitwirkung von Belegärzten in benachbarten Hauptabteilungen nach etwaiger Schließung von Belegabteilungen im Zuge der Umsetzung des KHVVG. Diese Maßnahme trägt zudem zum Erhalt ärztlicher Weiterbildung bei.</p>