



**BUNDESVERBAND
DER BELEGÄRZTE UND
BELEGKRANKENHÄUSER**

BdB e. V. Hainenbachstraße 25 89522 Heidenheim

Mitglied des Deutschen Bundestages

Herr

Andrej Hunko

Platz der Republik 1

11011 Berlin

12. September 2024

**Bundesverband der Belegärzte und
Belegkrankenhäuser e. V.**

Geschäftsstelle
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 94691-50
Telefax: 07321 94691-40
info@bundesverband-belegaerzte.de
www.bundesverband-belegaerzte.de

VR-Nr.: Ulm VR 721756
Amtsgericht Ulm

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE26 3006 0601 0002 0849 96
BIC: DAAEDEDXXX

Vorstand

Dr. med. Ryszard van Rhee
1. Vorsitzender

Dr. med. Peter Kollenbach
Stellv. Vorsitzender

Priv.-Doz. Dr. rer. medic. Ursula Hahn
Schriftführerin

Dr. med. Stefan Drumm
Schatzmeister

Marcus Fleischhauer
Sektionssprecher Belegkrankenhäuser

Manuel Demes
Stellv. Sektionssprecher Belegkrankenhäuser

Dr. med. Wolfgang Böker
Beisitzer

Sebastian Fussek
Beisitzer

Dr. med. Andreas Schneider
Ehrenvorsitzender

Patientenversorgung gefährdet - belegärztliche Versorgung vor dem Aus?

Sehr geehrter Herr Abgeordneter Hunko,

der Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser (BdB) wendet sich an Sie, da er die Versorgung der belegärztlichen Patienten als akut gefährdet ansieht.

Bei der belegärztlichen Versorgung besteht durch die Personalunion des ambulant und gleichzeitig stationär versorgenden Arztes eine enge Verzahnung der Sektoren. Der Benefit für die Patienten durch die Betreuung aus einer Hand ist offensichtlich. Die Kosteneffektivität dieser Betreuungsform wurde vielfach nachgewiesen.

Die niedrighschwellige Verzahnung der Behandlungssektoren ist seit langem Gegenstand bundespolitischer Initiativen. Das BMG hat die Bedeutung des Belegarztwesens als ressourcensparende, patientenfreundliche, rechtssichere und lang bewährte Versorgungsform erkannt und dessen Aufwertung in Aussicht gestellt. Die Regierungskommission hat in ihrer 10. Stellungnahme und Empfehlung zur Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems vorgeschlagen, das Belegarztsystem zu stärken. Hierzu sollen unter Beteiligung des Bundesverbands der Belegärzte und Belegkrankenhäuser Hürden für das Belegarztsystems identifiziert und dann abgebaut sowie Anreize geschaffen werden. Wir begrüßen diese Empfehlung und stellen uns gerne dieser Aufgabe.

Aus diesem Grund müssen wir frühzeitig im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens auf eine neue, erhebliche Hürde im KHVVG - Stand Kabinettsbeschluss - hinweisen. Diese Hürde betrifft die neu geschaffene Regelung in § 135e Abs. 4 Satz 3 Nr. 7 SGB V in Verbindung mit der Anlage 1 zum Gesetzentwurf – Qualitätskriterien der Leistungsgruppen.

Anders als in vorangegangenen Entwürfen wurden die Qualitätsanforderungen für die Gewährung von Leistungsgruppen als Anhang zum Gesetzentwurf aufgenommen. Das problematische Kriterium ist die personelle Ausstattung und die zeitliche Verfügbarkeit.

Der § 135e Abs. 4 Satz 3 Nr. 7 c) SGB V stellt klar, dass **„Anforderungen an die personelle Ausstattung auch durch Belegärzte erfüllt werden können, sofern dies in der Tabelle (Anlage 1) vorgesehen ist.“** In der Tabelle wird bei insgesamt 65 Leistungsgruppen (LG) jedoch nur für 4 LG klar formuliert, dass die Verfügbarkeit auch durch vertragliche Regelungen mit Belegärzten erbracht werden kann. In den übrigen LG gibt es keine Aussage hierzu.

Unter Berücksichtigung der textlichen Regelung in § 135 e Abs. 4 S. 3 Nr. 7 SGB V bedeutet dies, dass alle übrigen LG nicht durch Belegärzte erbracht werden dürfen, da ein Belegkrankenhaus die Anforderungen an die personelle Ausstattung durch Belegärzte mangels Erwähnung in der Tabelle nicht erfüllt. Dieser Sachverhalt muss korrigiert werden, da dies ansonsten bedeutet, dass belegärztliche Leistungen zukünftig nur noch in den LG Augenheilkunde, MKG, Allgemeine Frauenheilkunde und HNO möglich sind.

Wir bitten Sie daher, sich dafür einzusetzen, dass in § 135e SGB V die Formulierung in der Form geändert wird, dass grundsätzlich Leistungsgruppen auch durch Belegärzte erbracht werden können; die Mindestanzahl der Vollzeitäquivalente entspricht jeweils der Anzahl der vertraglich eingebundenen Belegärztinnen und Belegärzten. Der Teilsatz „sofern dies in der Tabelle (Anlage 1) vorgesehen ist“ wäre zu streichen und damit die Hürde beseitigt.

Will man das Belegarztsystem gemäß der Empfehlung der Regierungskommission stärken, muss aber auch das Vergütungssystem der belegärztlichen Versorgung geändert werden.

In diesem Zusammenhang wollen wir auf die gesetzlich verankerte Option des Honorarbelegarztes nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V. mit § 18 Abs. 3 KHEntgG hinweisen. Demgemäß darf ein Belegkrankenhaus mit der Belegärztin oder dem Belegarzt einen Honorarvertrag schließen. In diesem Fall rechnet das Belegkrankenhaus die höher vergütete Hauptabteilungs-DRG ab und tritt ein mit dem Belegarzt vereinbartes Honorar an ihn ab. Allerdings muss das Krankenhaus einen 20%-igen Abschlag auf die DRG in Kauf nehmen. Der Gesetzgeber hatte bei der Einführung dieser Regelung aus unserer Sicht einen sehr guten Ansatz gewählt, der aber mit dem pauschalen 20%-Abschlag der Hauptabteilungs-DRG wirtschaftlich nicht umsetzbar ist.

Wir bitten Sie, sich dafür einzusetzen, dass diese Rabattregelung eliminiert wird. Wir sind sicher, dass dies zu einer deutlichen Zunahme belegärztlicher Versorgung in Deutschland führen würde.

Wir möchten klarstellen, dass wir uns als Belegärzte nicht den Qualitätskriterien entziehen wollen, sondern den gleichen qualitativen und quantitativen Vorgaben wie Hauptabteilungen stellen wollen. Um deutlich zu machen, von welchen Versorgungssituationen wir sprechen, haben wir Ihnen einige anschauliche Beispiele aus Belegkrankenhäusern oder Belegabteilungen zusammengestellt.



Im **Alice-Hospital Darmstadt** wird durch zwei große Praxen mit 13 kardiologischen Fachärzten eine belegärztliche Versorgung in den Leistungsgruppen Interventionelle Kardiologie und Kardiale Devices sichergestellt. Zu dieser Versorgung gehört u.a. eine Chest-Pain-Unit, in der jährlich über 4.000 stationäre und ambulante Akut-Patienten versorgt werden, und das Krankenhaus ist entsprechend der Richtlinien des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen als spezielle Notfallversorgung des Moduls Durchblutungsstörungen am Herzen anerkannt. Darüber hinaus werden Patienten im Rahmen einer ambulanten kardiologischen Rehabilitationseinrichtung im Anschluss an eine stationäre Versorgung nachbetreut. Damit ist dies ein klassisches Beispiel für eine sektorenübergreifende Versorgung.

Die **Sophienklinik in Hannover** ist mit ihrem zertifizierten Endoprothetikzentrum mit führend in der stationären Versorgung innerhalb der zur Krankenhausplanung relevanten Versorgungsregion. Über das bestehende belegärztliche Netzwerk aus über 50 Praxen und rd. 70 Belegärzten erfolgt die Steuerung und Versorgung in Regel- und Notfallversorgung. Die fünf größten Fachgruppen der Klinik wiesen auf Basis der KV-Honorarstatistik im Jahr 2023 in ihren Praxen rd. 284.000 behandelte Patienten aus. Im November 2022 wurde in der Sophienklinik zudem eine Hauptabteilung Unfallchirurgie/ Orthopädie unter gleichzeitiger Beibehaltung der Belegabteilung gegründet. Dieser Schritt erfolgte auf Anfrage der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) sowie in Abstimmung mit der zuständigen Planungsbehörde. Gemeinsames Ziel ist die Erhöhung der Patientensicherheit und Versorgungsqualität in der Region Hannover durch die orthopädisch-unfallchirurgische und traumatologische Versorgung und Notfallversorgung. Hierdurch wird einerseits die Operationskapazität des Maximalversorgers für Zentrumsaufgaben entlastet und zugleich die zeitnahe Behandlung in der Sophienklinik sichergestellt. Seit Anfang 2024 erfolgt zudem auch die sektorenübergreifende, notfallmäßige Aufnahme und Versorgung internistischer Patienten im Falle kapazitiver Engpässe. Auch für die Sophienklinik würde die Neuregelung des KHVVG dazu führen, dass die Klinik Ihre Versorgungsangebote in dieser Form nicht mehr fortsetzen könnte.

Das **Agaplesion Bethanien Krankenhaus** in Frankfurt versorgt Patienten der Fachbereiche Kardiologie, Diabetologie, Onkologie, Kopf-Hals-Chirurgie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gastroenterologie und Proktologie. Außerdem werden Patienten der Fachabteilungen Angiologie, Gefäßchirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Handchirurgie, Plastische Chirurgie, Orthopädische Chirurgie sowie Wirbelsäulenchirurgie behandelt. Viele Belegarztpraxen befinden sich direkt auf dem Gelände des Krankenhauses. Die enge Vernetzung von ambulanter und stationärer Medizin bietet den Patienten auf diese Weise eine durchgehende fachärztliche Betreuung. Auch in der Notfallversorgung leistet das Agaplesion Bethanien Krankenhaus mit seiner zertifizierten Chest-Pain-Unit (CPU) einen wichtigen Beitrag in der Region Rhein-Main. Das Agaplesion Bethanien Krankenhaus ist zudem Akademisches Lehrkrankenhaus der Evangelischen Hochschule Darmstadt und der Universität Pécs in Ungarn und hat einen Kooperationsvertrag zum Studierendenaustausch mit der Universität Murcia.



Das **Krankenhaus Jerusalem Hamburg** vereint seit dem Jahr 1913 am Standort Hamburg-Eimsbüttel Fachkompetenz mit intensiver persönlicher Zuwendung, bietet ärztliche Spezialisierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Das Mammazentrum Hamburg am Krankenhaus Jerusalem – eines der größten Brustkrebszentren in Deutschland – ist ein fachärztliches Kompetenzzentrum, in dem Patientinnen mit Erkrankungen der weiblichen Brust behandelt werden. Das Mammazentrum wurde 1996 gegründet, um die Diagnostik und Therapie insbesondere des Mammakarzinoms (Brustkrebs) zu verbessern und interdisziplinär die beteiligten Ärzte in Klinik und Schwerpunktpraxen bei der Behandlung dieser Erkrankung zusammenzuführen. Das Krankenhaus Jerusalem rangiert im Bundes-Klinikatlas bei der Suche nach der Behandlung von Brustkrebs in Hamburg und bundesweit auf Platz 1 von derzeit 638 gelisteten Häusern. Die hohe Fallzahl der vom Ärzteteam im Mammazentrum Hamburg behandelten Patientinnen und Patienten zeigt eindrücklich, dass die Fokussierung auf die Therapie des Mammakarzinoms der richtige Weg ist, verlässliche Behandlung nach strengen medizinischen Standards zu gewährleisten.

Sollten durch die vorgesehene Neuregelung des KHVVG in § 135e SGB V die Leistungsgruppen aufgrund der personellen Anforderungen nicht mehr durch Belegärzte erbracht werden dürfen, sind alle oben genannten Beispiele eines sektorenübergreifenden Versorgungsangebots nicht mehr in dieser Form fortsetzbar.

In diesem Jahr sind bereits einige Belegabteilungen aufgrund der unsicheren Zukunft geschlossen worden. Dies sind Strukturen, die in der Versorgung fehlen werden. Sind Belegabteilungen erst einmal geschlossen, so werden sich die Kollegen anderweitig orientieren oder sogar dem schon heute personell stark unterbesetzten Gesundheitssystem gänzlich verloren gehen.

Für Ihre Unterstützung der Urform der intersektoralen Versorgung, des Belegarztwesens, bedanken wir uns im Voraus und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Dr. Ryszard van Rhee
Vorsitzender des Bundesverbandes
der Belegärzte und Belegkrankenhäuser