



BdB e. V. Hainenbachstraße 25 89522 Heidenheim

Mitglied des Deutschen Bundestages  
Frau Simone Borchardt  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11055 Berlin

7. August 2025

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  
Schriftührerin

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

### ***Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung - das Belegarztwesen***

Sehr geehrter Frau Abgeordnete Borchardt,

das Belegarztwesen ist die Urform der sektorenübergreifenden Versorgung auch über die Grenzen Deutschlands hinaus. Es ist seit Jahrzehnten in der Gesundheitsfürsorge etabliert, es ist ressourcensparend und gesetzlich fest verankert. Als aktive Belegärzte erleben wir tagtäglich die Vorteile dieser hocheffizienten Versorgungsform und erfreuen uns der Zufriedenheit unserer Patienten, die wir sowohl ambulant als auch stationär aus einer Hand betreuen. Wir sind die „Primärärzte“ der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär.

Und doch gerät das Belegarztwesen nicht nur durch Regelungen im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVVG), sondern auch durch langjährig vorbestehende gesetzliche Bestimmungen unter großen Druck, wobei die konkreten Gründe vielfältig und exemplarisch sind für die Probleme, die an der Sektorengrenze lauern:

Die „ambulante Seite“ des Belegarztwesens ist an das KV-System gekoppelt und unterliegt dadurch Gesetzmäßigkeiten, die von stationären Entwicklungen völlig unabhängig sind. Die grundsätzliche Abrechnungssystematik (EBM, Kapitel 36) ist nicht von stationären, sondern fälschlicherweise ausschließlich von ambulanten Strukturen abgeleitet. Hinzukommt, dass sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht zur Sicherstellung des Belegarztwesens bekennt, da sie sich als Advokat der ambulanten Versorgung versteht.

Die „stationäre Seite“ wird aus verminderten Fallpauschalen versorgt, die für viele Krankenhäuser nicht auskömmlich sind. Die belegärztlichen DRGs beinhalten keine ärztlichen Personalkosten. Diese sind ursprünglich aus dem belegärztlichen EBM-Kapitel explizit herausgerechnet worden. Die Kostenerstattung für den abhängigen ärztlichen Dienst erfolgt aber unzureichend. Somit ist das Belegarztwesen bezogen auf Personalkosten, den in allen Betrieben teuersten Posten unterfinanziert.

Wenn wir die Selbstverwaltung oder die Politik auf das Problem ansprechen, werden wir auf den jeweils anderen verwiesen, der angeblich für die Lösung der Problematik verantwortlich sei.

Mit großem Interesse habe ich Ihr Interview im Ärztenachrichtendienst gelesen. Sie unterstreichen darin die Notwendigkeit des konsequenten Übergangs unseres Gesundheitssystems zur Ambulantisierung und zur sektorenübergreifenden Versorgung. Zudem stellen Sie einen pragmatischen Ansatz zur schnelleren Verbreitung von Hybrid-DRGs vor, den ich sehr überzeugend finde. Die Reduktion versicherungsfremder Leistungen in der gesetzlichen



BUNDESVERBAND  
DER BELEGÄRZTE UND  
BELEGKRANKENHÄUSER

Seite 2 des Schreibens vom 7. August 2025

Krankenversicherung halte auch ich für eine längst überfällige Maßnahme. Ihr direkter Zugang zu den Problemen im Gesundheitswesen imponiert mir.

Das Belegarztwesen liegt uns am Herzen, und lassen Sie mich betonen, dass unsere Zielsetzung nicht in der Optimierung von Honoraren besteht. Vielmehr geht es um die Aufrechterhaltung einer unserer Meinung nach überaus schützenswerten und auch dem Koalitionsvertrag nach förderwürdigen Versorgungsstruktur, die aber ohne einen baldigen beherzten „Eingriff“ droht, die kommenden Jahre nicht zu überstehen. Wir schlagen daher pragmatisch und gezielt Sofortmaßnahmen vor, deren Umsetzung einen positiven Einfluss auf den Fortbestand und die Weiterentwicklung des Belegarztwesens hätte. Wir ließen die Maßnahmen und deren Umsetzung im Gesetz juristisch prüfen und fügen diesem Schreiben eine Auflistung der derzeit wichtigsten Schritte bei.

Einen Kerngedanken stellt dabei die Streichung des 20%-Abschlags im § 18 Abs. 3 KHEntgG dar mit dem Ziel, den *Honorarbelegarzt* als eine Wahloption zusätzlich zum klassischen Belegarzt zu etablieren. Diese Forderung geht auf ein Gutachten von Prof. Wasem aus 2018 zurück, der die Einführung der Hauptabteilungs-DRG auch im Belegarztwesen als einen wesentlichen Schritt zur Reform und Stabilisierung belegärztlicher Versorgung herausgearbeitet hatte.

Als langjährige Kenner und Anwender einer sektorenübergreifenden Patientenversorgung würden wir uns über Terminvorschläge für einen persönlichen Austausch mit Ihnen sehr freuen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Ryszard van Rhee  
Vorsitzender des BdB

Anlage



## Sicherung und strukturelle Weiterentwicklung des Belegarztwesens

Ist-Zustand: <b>Wie ist es heute und was fehlt oder hemmt?</b>	<b>Änderung:</b> <b>Wie sollte es werden und warum?</b>
<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 <b>KHVVG</b> 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 (<b>KHVVG</b>) 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 Mischaufteilungen zwischen jeweils anerkannten Haupt- und Belegaufteilungen.</p>	<p>Einführung der generellen Möglichkeit zur Einbindung von Belegärzten in Hauptaufteilungen über § 121 Abs. 1 SGB V.</p> <p>Umsetzung:</p>



<p>Im Zuge der Krankenhausreform (<b>KHVVG</b>) 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>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 Belegarztwesen) „und die freiberufliche Einbindung von Belegärzten und Beleghonorarärzten in 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 <b>KHVVG</b> 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. 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><b>Entwicklung der bislang kaum genutzten Variante des Honorarbelegarztes in § 18 Abs. 3 KHEntG zu einem eigenständigen Belegarztmodell mit neuer Anreizwirkung.</b></p> <p>Umsetzung: In § 18 Abs. 3 KHEntG 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 <b>KHVVG</b>. Diese Maßnahme trägt zudem zum Erhalt ärztlicher Weiterbildung bei.</p>