

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU

– Drucksache 20/1583 –

Rolle des Belegarztwesens im Rahmen einer sektorenübergreifenden Patientenversorgung

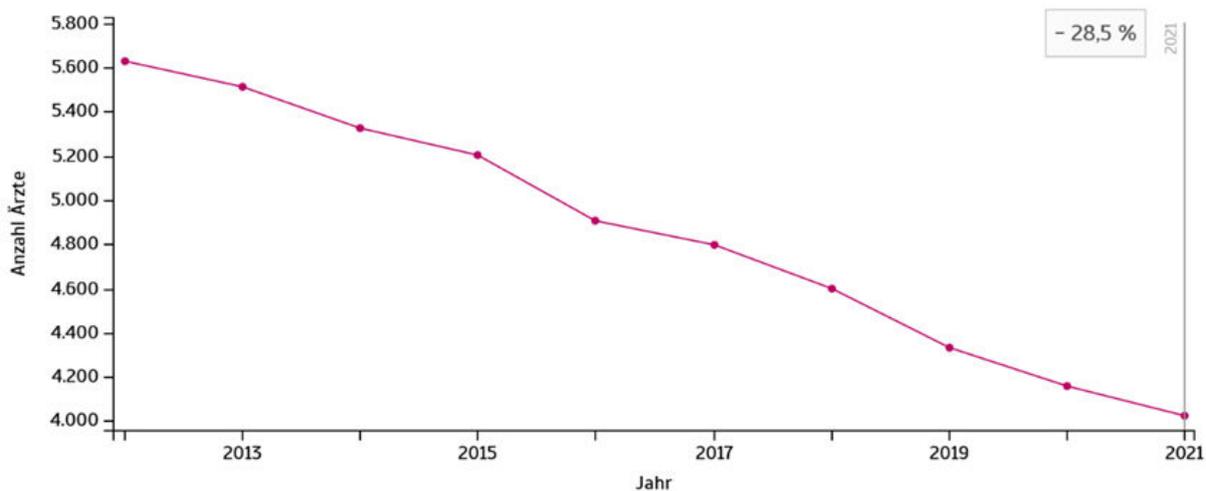
Vorbemerkung der Fragesteller

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Deutschland über die Schnittstelle ambulant-stationär hinweg ist neben der Neuorganisation der Notfallversorgung eine der entscheidenden Herausforderungen für die Gesundheitspolitik der laufenden Legislaturperiode. Das Belegarztwesen war bis Mitte der Fünfzigerjahre Grundbaustein einer sektorenübergreifenden Patientenversorgung und das führende System der stationären Betreuung. In den Flächenstaaten der alten Bundesländer steht es nach wie vor für einen relevanten sektorenverbindenden stationären Versorgungsanteil. Allerdings beobachten wir mit Sorge die sich verschlechternden Rahmenbedingungen und die zunehmende Abschottung der Leistungssektoren (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018) zu Lasten des Belegarztwesens.

Vorbemerkung der Bundesregierung

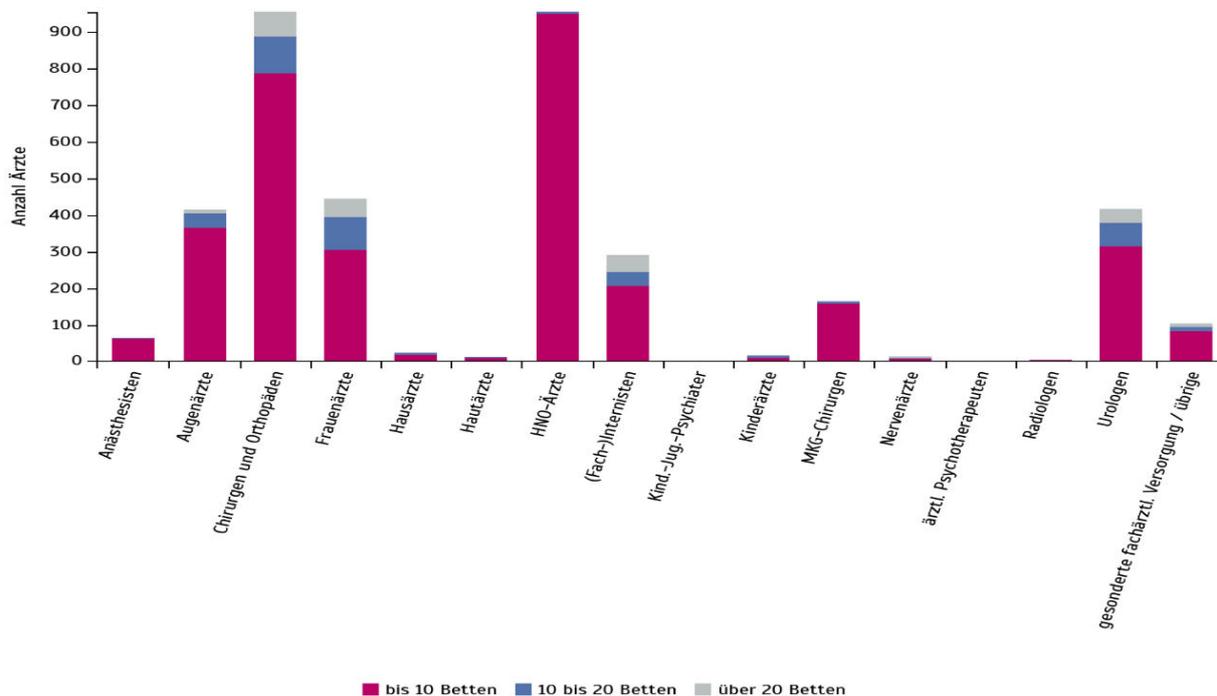
Belegärztinnen und Belegärzte sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die im Rahmen ihrer ambulanten Tätigkeit auch die Möglichkeit haben, ihre Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus stationär zu behandeln. Die Anzahl der Belegärztinnen und Belegärzte in Deutschland ist in den vergangenen Jahren zurückgegangen. Im Jahr 2012 gab es 5 628 Belegärztinnen und Belegärzte, im Jahr 2022 noch 4 024. Die Fachgruppe mit den meisten Belegärztinnen und Belegärzten ist die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, die mehr als ein Viertel aller Belegärztinnen und Belegärzte im Jahr 2021 ausmachte, gefolgt von der Chirurgie und Orthopädie sowie der Frauenheilkunde mit rund 24 bzw. 11 Prozent. Mehr als drei Viertel aller Belegärztinnen und Belegärzte haben weniger als 10 Belegbetten, nur rund 7 Prozent der Belegärztinnen und Belegärzte verfügen über mehr als 20 belegbare Betten (Quelle: Gesundheitsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/-html/16401.php>).

Anzahl Ärzte, Belegärzte insgesamt, alle Ärzte/Psychotherapeuten, 2021



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

Anzahl Ärzte, Belegärzte insgesamt, alle Ärzte/Psychotherapeuten, 2021



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

1. Wie will die Bundesregierung die positive Beurteilung des Belegarztwesens durch die Arbeitsgemeinschaft der Länder zur sektorenübergreifenden Versorgung vom Januar 2020 (vgl. Fortschrittsbericht der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“ Januar 2020), die Forderung nach Stärkung des Belegarztwesens durch die Gesundheitsministerkonferenz vom 5. November 2021 (vgl. 94. Gesundheitsministerkonferenz (GMK), Beschluss vom 5. November 2021, TOP 8 Stärkung des Belegarztwesens), durch den deutschen Ärztetag 2021 sowie der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (vgl. 19. Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (15. Amtsperiode) am 3. Dezember 2021 Antrag: Förderung des Belegarztsystems) aufgreifen?
2. Welche Maßnahmen sind angedacht, um das Belegarztwesen nachhaltig zu fördern und im Rahmen der Krankenhausreform zu integrieren?
3. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung, wie der in § 115 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verankerte gesetzliche Auftrag, das Belegarztwesen als sektorenübergreifende Versorgungsstruktur zu fördern, in den letzten zwei Jahrzehnten umgesetzt wurde?
4. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse zur Effektivität dieser Maßnahmen vor, und wenn ja, welche?
5. Will die Bundesregierung eigene Lösungsansätze verfolgen, und wenn ja, welche?
6. Welche alternativen Versorgungslösungen haben aus Sicht der Bundesregierung ein vergleichbares gutes Potential, um patientenzentriert sektorenübergreifende Versorgung (also Kontinuität in Gestalt der Person des Arztes bzw. der Ärztin, der versorgenden Einrichtung bzw. des Informationsflusses über die Sektorengrenze hinweg) auch im ländlichen Raum zu gewährleisten?

Die Fragen 1 bis 6 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Rolle der Belegärztinnen und Belegärzte sowie die Zukunft des Belegarztwesens werden in der laufenden Legislaturperiode in mehrfacher Hinsicht zu diskutieren sein.

Die Rolle, die Belegärztinnen und Belegärzte im Rahmen einer sektorenübergreifenden bzw. intersektoralen Versorgung übernehmen können, wird im Zusammenhang mit der Umsetzung der weiteren Vereinbarungen des Koalitionsvertrags zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und patientenorientierten gesundheitlichen Versorgung eine Rolle spielen. So soll beispielsweise die ambulante Erbringung („Ambulantisierung“) bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen gefördert und durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sichergestellt werden. Bereits in der vergangenen Legislaturperiode ist im Rahmen einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung über eine bessere Verzahnung des stationären und ambulanten Sektors, u. a. durch die Umwandlung kleiner, nicht bedarfsgerechter Krankenhäuser in ambulant-stationäre oder ambulante Zentren diskutiert worden.

Außerdem ist zur besseren Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgung im Koalitionsvertrag vereinbart worden, die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiterzuentwickeln.

Darüber hinaus sieht der Koalitionsvertrag im Zusammenhang mit den grundsätzlich notwendigen Reformen im Krankenhausbereich die Einrichtung einer Regierungskommission vor. Die Kommission ist am 12. Mai 2022 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammengetreten und hat ihre Arbeit aufgenommen. Gegenstand der Beratungen der Kommission wird hier auch das Ambulantisierungspotenzial sein.

Schließlich wurde mit dem MDK-Reformgesetz vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ vorgesehen, dass durch die Erweiterung des Katalogs für ambulante Operationen und für stationärsersetzende Eingriffe (sog. AOP-Katalog) ambulante Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern besser genutzt und ausgebaut werden. Das hierfür vom GKV-Spitzenverband, von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Auftrag gegebene Gutachten liegt nun vor. Für die Bundesregierung ist entscheidend, dass das Gutachten von den Vereinbarungsparteien zügig ausgewertet und der Auftrag einer entsprechenden Erweiterung des AOP-Katalogs umgesetzt wird. Unabhängig hiervon sieht aber bereits das geltende Recht eine Vielzahl an Möglichkeiten für Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung vor.

7. Teilt die Bundesregierung die Auffassung beteiligter Fachverbände, dass der Erlaubnisvorbehalt des einheitlichen Bewertungsmaßstabs ein wesentliches Hindernis für das Belegarztwesen sei und dass eine Gleichstellung mit dem Leistungsumfang von Hauptabteilungen, für die der Verbotsvorbehalt gilt, dringend notwendig sei?
8. Wenn ja, welche Maßnahmen will die Bundesregierung dazu einleiten?

Die Fragen 7 und 8 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung geht grundsätzlich davon aus, dass im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) die vertragsärztlichen Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich durch eine Belegärztin oder einen Belegarzt im Krankenhaus erbracht werden können, angemessen abgebildet sind. Der EBM wird durch den Bewertungsausschuss, den Vertreterinnen und Vertreter der KBV und des GKV-Spitzenverbands paritätisch bilden, vereinbart. Damit obliegt es den Selbstverwaltungspartnern festzulegen, welche belegärztlichen Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen. Im Übrigen ist sichergestellt, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen werden, zügig im EBM abgebildet werden.