

Argumente und Plädoyer pro Belegarztwesen

Belegärztliche Versorgung ist DIE existierende Form einer sektorenübergreifenden Tätigkeit im Interesse der Patienten

Belegärzte behandeln typischer Weise ihre eigenen Patienten im Krankenhaus, die Identität des Arztes bzw. der ärztlichen Einrichtung im Behandlungsprozess ist gewährleistet. Die typischen vielfach beschriebenen Schnittstellenprobleme an den Sektorengrenzen sind bei belegärztlicher Versorgung ausgeklammert bzw. deutlich abgemildert.

Belegabteilungen haben quantitative Versorgungsrelevanz

Belegärztliche vollstationäre Versorgung hat zwar nicht in allen, aber doch in einigen medizinischen Fächern eine hohe Versorgungsrelevanz. Konkret handelt es sich dabei um Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO, Orthopädie, Augenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Urologie, Neurochirurgie, Allgemeinchirurgie und innere Medizin. Einige dieser Fächer werden im Zuge des demographischen Wandels in Zukunft eine noch stärkere Inanspruchnahme erleben.

	Fallzahlen 2012			Versorgungsanteil Belegabteilung 2012
	gesamt	Hauptab- teilung	Belegab- teilung	
MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	369.733	321.932	47.801	13%
MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	819.266	682.175	137.091	17%
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	2.715.472	2.601.731	113.741	4%
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	832.000	781.514	50.486	6%
MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	232.038	208.784	23.254	10%
MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	418.643	386.779	31.864	8%
MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	825.063	752.194	72.869	9%
MDC 15 Neugeborene	669.087	614.608	54.479	8%
Summe	6.881.302	6.349.717	531.585	8%

Quelle Versorgungsforschung InEK, Tabelle C1-1-2 und C-2-1-3, eigene Berechnungen.

Stationäre Fallzahlen gesamt und nach Abteilungstyp nach Major Diagnostic Categories (MDC) für die MDC, bei denen eine klare Zuordnung nach medizinischer Fachgruppe möglich ist.

Es ist allerdings richtig, dass die belegärztlichen Versorgungsanteile nach Fallzahlen gefallen sind. Von 2005 bis 2012 ist die stationäre Gesamtfallzahl von 2005 bis 2012 für Fächer mit belegärztlichem Fokus von 6,3 Mio. Fällen um 10 % auf 6,9 Mio. Fälle angestiegen, gleichzeitig sank jedoch die absolute Zahl (mit Ausnahme der MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane) der belegärztlichen Fälle. In der Konsequenz ist der durchschnittliche belegärztliche Versorgungsanteil von 11 % in 2005 auf 8 % in 2012 gesunken.

Belegabteilungen sind kein isoliertes bayerisches und niedersächsisches Phänomen

Belegärztliche Versorgung ist ein Phänomen aller Flächenstaaten in den alten Bundesländern. Die gelegentlich zu hörende Behauptung, es gäbe Belegabteilungen nur in Bayern und Niedersachsen, ist nicht richtig (Quelle: Versorgungsforschung InEK).

- Belegabteilungen weisen einen relevanten Anteil belegärztlicher Fälle an allen vollstationären Fällen auf (Baden-Württemberg 4 %, Bayern 8 %, Hessen 9 %, Niedersachsen 4 %, Rheinland-Pfalz 6 %, Schleswig-Holstein 6 %).
- Mehr als 50 % der Kliniken in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein haben Belegabteilungen. Bundesweit haben 46 % aller Kliniken eine Belegabteilung.
- Es gibt bundesweit 64 reine Belegkliniken mit Schwerpunkt in den Bundesländern Baden-Württemberg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein.

Es gibt keine typischen belegärztlichen DRGs

Es gibt keine „typisch belegärztlichen“ DRGs: In den DRG Top-Twenty-Listen für die beiden Abteilungstypen finden sich zahlreiche Dubletten (Quelle: Versorgungsforschung InEK).

Hauptabteilungen „übernehmen“ vormals belegärztliche Fälle mit der Konsequenz, dass sich vollstationäre Versorgung verteuert

Die Hauptabteilungen „übernehmen“ Fälle, die in Belegabteilungen nicht mehr erbracht werden: Sie konzentrieren bei insgesamt expansiven DRGs den Fallzahlzuwachs auf sich, bei den nach Zahlen schrumpfenden DRGs erleiden die Hauptabteilungen deutlich geringere Verlusten als die Belegabteilungen.

Da die Hauptabteilungs-DRGs höher bewertet sind als die Belegabteilungs-DRGs (die Differenz beträgt für die belegärztlichen DRGs mit eigenständiger Kalkulation über 30 % (Quelle: Abschlussberichte zu Kalkulation des InEK)) und die Vergütung des Belegarztes nach EBM regelhaft deutlich hinter dieser Differenz der Abteilungsvergütung zurück bleibt, verteuert sich die vollstationäre Versorgung im Zuge der Verlagerung von Fällen auf Hauptabteilungen.

BelegHONORARwesen und Grundsatz „ambulant vor stationär“ vereinbar?

Seit 2009 existiert das sogenannte BelegHONORARArztmodell: der Vertragsarzt wird (nur) auf Basis eines Vertrages mit dem Krankenhaus tätig und verhandelt mit diesem frei das Honorar. Das Krankenhaus setzt eine um 20 % gekürzte Hauptabteilungs-DRG ab. Ob und in welchem Maße das Beleghonorarwesen Bedeutung hat, lässt sich nicht mit Daten unterfüttern: Es fehlt dazu jegliche Berichterstattung, allerdings hört man in Gesprächen einiges. Demnach wird das Beleghonorararztwesen in einigen Fächern – so z.B. in der Orthopädie und in der Gynäkologie – eher umgesetzt als z.B. in der Augenheilkunde und in der HNO Medizin.

Aus dem Blickwinkel der Krankenhäuser ist das Beleghonorararztmodell von Vorteil: sie konzentrieren Leistungsgeschehen auf sich, weiten perspektivisch die Zahl der vollstationären Patienten aus, können sich im regionalen Wettbewerb mit anderen Häusern und Vertragsärzten besser positionieren bzw. die regionalen Angebotsstrukturen mittelfristig in ihrem Sinne beeinflussen. Vertragsärzte sind bereit, den strukturell schwächeren Beleghonorarstatus zu akzeptieren, wenn das vom Krankenhaus gezahlte Honorar attraktiver ist als die Vergütung aus EBM. Einige Beleghonorarärzte berichten, dass das vom Krankenhaus gezahlte Honorar sogar konkurrenzfähig ist zu der EBM Vergütung für ambulante Operationen und damit Anreize setzt, die dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entgegen stehen.

Der entscheidende patientenbezogene Vorteil des Belegarztwesens, die kontinuierliche Betreuung des individuellen Patienten durch einen Arzt bzw. eine ambulante medizinische Einrichtung über die Sektorengrenze hinweg, verwässert im Beleghonorararztwesen. Zwar behandelt der als Honorararzt tätige Vertragsarzt auch weiterhin eigene Patienten; in dem Maße, in dem das vollstationäre Leistungsangebot weniger belegarzt- als vielmehr krankenhausbefugten wahrgenommen wird, nimmt die Schnittstellenproblematik zu.

Belegarztwesen als Anker für neue Versorgungsformen an der Sektorengrenze

Der Belegarztstatus ist Nukleus für neue Kooperationsformen zwischen klassischem ambulanten und klassischem stationären Sektor: Vertragsärztliche Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren siedeln – an die Belegarztabteilung andockend – ihre (ambulanten) konservativen und (ambulanten) operativen Standorte am Krankenhaus an und erbringen Leistungen aus der ganzen

Bandbreite ihres Fachs als „Shop in Shop“-Lösung am Krankenhaus. Diese Variante der sektorenübergreifenden Versorgung geht von den ambulanten Einrichtungen aus, sie verzahnt die Vorteile der vertragsärztlichen Versorgung mit denen der stationären.

Belegarztwesen verliert an Bedeutung

Das Belegarztwesen erlebt seit Jahren einen schleichenden Rückgang. Belegärztliche Fallzahlen, Bettenzahlen und Abteilungen nehmen kontinuierlich ab, gegenüber den Hauptabteilungen verlieren sie deutlich an Boden. Die wichtigste Ursache aus dem Blickwinkel der Belegärzte dafür ist die völlig unzureichende finanzielle Ausstattung über den einheitlichen Bewertungsmaßstab. Verschiedene Lösungsansätze (z.B. Stützung des Punktwertes für belegärztliche Versorgung, pauschale Vergütung einer Operation unabhängig von einer ambulanten oder stationären Durchführung) wurden diskutiert, aber nicht realisiert.

Fazit

Es droht, dass weitgehend unbemerkt eine etablierte, patientenorientierte, effektive und effiziente sektorenübergreifende Versorgungsstruktur verloren geht. Wir plädieren für eine Diskussion zu den Vor- und Nachteilen bzw. den Rahmenbedingungen des Belegarztwesens auch im Kontext anderer Ansätze zur sektorenübergreifenden Versorgung. Wir meinen, dass sich die Akteure im Gesundheitswesen die Entscheidungs- und Gestaltungskompetenz erhalten sollten.

Dr. U. Hahn, Geschäftsführerin OcuNet Verwaltungs GmbH
10.2.2015

Quelle:

1. Hahn, U., et al., *Fallzahlen und Erlöse in ophthalmologischen Haupt- und Belegabteilungen Entwicklungen seit 2005*. DER OPHTHALMOLOGE, 2014. **im Druck**.
2. Hahn, U., et al., *Fall-, Betten- und Arztzahlen in Haupt- und Belegabteilungen seit 2005 – Entwicklung und Einflussfaktoren für Entwicklung des Belegarztwesens*. under review, 2015.