

Fall-, Betten- und Arztzahlen in Haupt- und Belegabteilungen seit 2005 – Entwicklung und Einflussfaktoren für die Entwicklung des Belegarztwesens

Number of Cases, Beds and Physicians in Main and In-Patient Departments since 2005 – Change and the Factors influencing Change in the Services of Attending Physicians

Autoren

U. Hahn^{1,2}, K. Schalkhäuser³, A. Neumann^{4,5}, P. Mussinghoff⁶, S. Schmickler⁷

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet.

Schlüsselwörter

- Stationäre Versorgung
- Belegärzte
- Hauptabteilungen
- Belegabteilungen
- Belegbetten
- Belegfallzahlen

Key words

- hospital care
- attending physicians
- affiliated physicians
- main departments
- in-patient beds
- in-patient case numbers

Zusammenfassung



Zielsetzung: Darstellung der Entwicklung struktureller Kenngrößen (Fallzahl, Bettenzahl und Arztzahl) in Belegabteilungen und Hauptabteilungen über alle medizinischen Fächer und getrennt für Fächer mit belegärztlichem Versorgungsschwerpunkt (Versorgungsanteil in 2005 \geq 5 %) für 2005–2012. Diskussion der mutmaßlichen Gründe für die Entwicklung und Argumente pro und contra Belegarztwesen.

Methodik: Darstellung der strukturellen Kenngrößen auf der Basis von jährlich veröffentlichten Sekundärdatenquellen (Begleitforschung des Instituts für Entgeltsysteme im Krankenhaus, Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes, Statistische Informationen zu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung). Gründe und Argumente werden auf der Basis wissenschaftlicher und berufspolitischer Literatur nachgezeichnet.

Ergebnisse: Zwischen 2005 und 2012 entwickelten sich die Kenngrößen nach Abteilungstypen (Belegabteilung und Hauptabteilung) gegenläufig, allerdings zeigen sich zum Teil erhebliche Unterschiede nach Fächern. Belegärztlichen Fokus nach allen Kenngrößen haben die Fächer Hals-Nasen-Ohrenmedizin, Augenheilkunde, Urologie, Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, die Fächer Chirurgie, Neurologie, Neurochirurgie, plastische Chirurgie und Nuklearmedizin weisen nur nach einer oder zwei Kenngrößen diesen Fokus auf.

Fallzahl: Die Gesamtfallzahl in Fächern mit belegärztlichem Fokus stieg um +10%. Die Hauptabteilungen realisierten einen Zuwachs von +14%. In Belegabteilungen fiel die Fallzahl um –26% und der Versorgungsanteil von 11% auf 8%. Die Flächenstaaten der westlichen Bundesrepublik weisen einen überdurchschnittlich hohen Belegarztanteil nach Fällen auf.

Abstract



Aim: Development of structural parameters (number of cases, number of beds and number of physicians) in in-patient departments run by attending physicians and main departments across all medical fields and separated for fields with a focus on attending physicians between 2005 and 2012. Identification and discussion of the presumed reasons for the trend and of arguments in favor for hospital care by attending physicians.

Methods: Presentation of the structural parameters based on secondary sources of data published annually (accompanying research of the Institute for the Hospital Remuneration System, basic data from the hospitals of the Federal Statistical Office and the Federal Medical Register). Consideration of trends and arguments is based on scientific literature and publications of professional organizations.

Results: The two department types showed opposing trends between 2005 and 2012; considerable differences were observed according to medical fields. Otorhinolaryngology, ophthalmology, urology, orthopedics, gynecology and obstetrics have a focus on attending physicians with regard to all structural parameters, surgery, neurology, neurosurgery, plastic surgery and nuclear medicine with regard to one or two structural parameters.

Number of cases: The total number of cases in fields with a focus on attending physicians increased by +10%. Main departments accounted an increase of +14%. The departments run by affiliated physicians decreased by –26%, the proportion of cases declined from 11% to 8%. The services of attending physicians are relevant primarily in the territorial states in the western Federal Republic of Germany. **Beds:** The total number of beds fell by 9% during the reviewed period, while the numbers of beds in departments run by affiliated physicians decreased by 26%.

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1553142>
 Online-Publikation: 12.8.2015
 Gesundh ökon Qual manag
 2016; 21: 30–39 © Georg
 Thieme Verlag KG Stuttgart ·
 New York · ISSN 1432-2625

Korrespondenzadresse

Dr. rer. medic. Ursula Hahn
 OcuNet Verwaltungs GmbH
 Friedrichstraße 47
 40217 Düsseldorf
 Tel.: ++49/01 77/5 50 24 29
 Fax: ++49/02 11/1 79 32 67
 Ursula.hahn@uni-wh.de

Bettenzahl: Die Gesamtbettenzahl ist in Fächern mit belegärztlichem Fokus rückläufig (-9%), in Belegabteilungen ist der Verlust mit -26% höher.

Arztzahl: Die Zahlen der hauptamtlich am Krankenhäusern tätigen Ärzte und der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung sind gestiegen (+19%, +10%), die der Belegärzte um -7% gefallen.

Mögliche Ursachen für die abnehmenden belegärztlichen Anteile sind Vergütungsanreize sowohl für die ambulante wie für die stationäre Versorgung, eine künstliche Beschränkung des von Belegärzten darstellbaren Leistungsspektrums, Kooperationsherausforderungen und fehlende institutionell-politische Einbettung des Intermediärs Belegarzt. Der Nutzen des Belegarztwesens wird in der Kontinuität des behandelnden Arztes über die Sektorengrenze, im Erhalt der freien Arztwahl, in der Sicherung einer flächendeckenden stationären Versorgung und der Andockstelle für ambulante Einrichtungen am Krankenhaus gesehen.

Schlussfolgerungen: Trotz anerkannten Potenzials des Belegarztwesens wird sein Versorgungsanteil schleichend weniger. Eine dem zugrunde liegende gesundheitspolitische oder -ökonomische Entscheidung ist nicht zu erkennen, die Entwicklung scheint primär ein unbeabsichtigter Nebeneffekt der jeweils isoliert auf den ambulanten und stationären Sektor zielenden Anreize zu sein. Trotz Forderung nach (mehr) sektorenübergreifender Verzahnung fehlt zu der einzigen langjährig etablierten Form, dem Belegarztwesen, eine fachliche Auseinandersetzung.

Belegabteilungen haben eine langjährige Tradition in der deutschen stationären Versorgung [1], sie gelten als etablierter und erfolgreicher Ansatz für eine sektorenübergreifende Versorgung [2]. Parallel dazu sprechen verschiedene Quellen von einer rückläufigen Relevanz des Belegarztwesens, seiner „Bedrohung“ und einer „politisch gewollten Abwicklung“ [3 – 5]. Trotz dieses Spannungsfelds finden das Belegarztwesen als Versorgungsebene und seine Entwicklung wenig Beachtung in der wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Literatur.

Im Folgenden wird die Entwicklung struktureller Kenngrößen des Belegarztwesens für die Jahre 2005 bis 2012 auf der Basis von Sekundärdatenquellen aufgezeigt. Die Daten werden getrennt nach den Abteilungstypen Haupt- und Belegabteilungen für alle Fächer und für Fächer mit belegärztlichem Fokus aufbereitet. Die Analyse der Entwicklung der Fallzahlen erfolgt auf der Basis der Begleitforschung des Instituts für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) [6]. Tendenzen in der Bettenzahl werden auf der Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes herausgearbeitet [7]. Für die Entwicklung der Arztzahlen werden verschiedene Statistiken einbezogen: Die Zahl der hauptamtlich im Krankenhaus tätigen Ärzte wird vom statistischen Bundesamt berichtet [7], die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und der Belegärzte einer Veröffentlichung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf der Basis des Ärzteregisters entnommen [8]. Gründe für die Entwicklung werden diskutiert und die gesundheitssystemische Bedeutung bzw. Potenziale des Belegarztwesens gewürdigt. Ursachen für Entwicklung, Argumente pro und contra Belegarztwesen und potenzielle Alternativen dazu werden auf der Basis wissenschaftlicher und berufspolitischer Literatur recherchiert und diskutiert.

Number of physicians: The number of the physicians employed full-time by main departments and the number of physicians with statutory health insurance authorization increased (+19%, +10%). The Number of attending physicians decreased by -7%.

Potential reasons for the trend are remuneration incentives for the out-patient and the in-patient sectors, the artificial limitation in the scope of services of attending physicians, barriers in cooperation and missing integration of the intermediary “attending physician”. The following advantages of an in-patient care by attending physicians are discussed: continuity of care at the line between hospital and doctor’s office, free choice of physician for patients, cost-efficiency, nationwide care and interface for doctor’s offices at hospitals.

Conclusions: Despite of the potential of affiliated physicians their contribution in care is decreasing. In the absence of a political or health-economic decision, the development seems to be an unintentional side effect of incentives aiming at the isolated out-patient sector on the one hand and in-patient sector on the other. A systematic debate about the role of in-patient departments run by attending physicians is missing, although it is the only established form of care joining the two sectors.

Material und Methoden



Die stationäre Versorgung in Deutschland erfolgt in zwei verschiedenen Abteilungstypen, in Hauptabteilungen und Belegabteilungen. In Hauptabteilungen werden grundsätzlich alle Leistungen durch das Krankenhaus erbracht; es werden fest angestellte Ärzte oder auf Honorarbasis beschäftigte Honorarärzte tätig (§2 Abs.1 KHEntG). Im Unterschied dazu sind Belegärzte nach § 18 KHEntG selbstständige Vertragsärzte; sie behandeln ihre eigenen Patienten in Belegabteilungen des Krankenhauses, ohne vom Krankenhaus entlohnt zu werden. Alle anderen im Rahmen der stationären belegärztlichen Versorgung erforderlichen Dienstleistungen, Einrichtungen und Mittel werden vom Krankenhaus bereitgestellt.

Fallzahlen nach MDC und DRG

Krankenhäuser rechnen ihre stationären Leistungen nach bundesweit geltenden Fallpauschalen, den Diagnosis Related Groups (DRG), ab [9]. Major Diagnostic Categories (MDC) – Hauptdiagnosegruppen – gliedern die DRGs nach Organsystemen oder Ursachen der Erkrankung. Das Institut für die Entwicklung von Entgeltsystemen im Krankenhaus (InEK) veröffentlicht jährlich die Fallzahlen nach MDC und DRG in der sogenannten Begleitforschung gemäß § 17b Abs.8 KHG [6]. Die Begleitforschung erfasst sämtliche Krankenhäuser in Deutschland, die nach § 32 KHEntG zur Datenbereitstellung verpflichtet sind [10], und weist die Fallzahlen getrennt nach Haupt- und Belegabteilung aus [11]. In der Analyse wird die Entwicklung der Fallzahlen nach Abteilungstypen dargestellt und daraus werden die jeweiligen Versorgungsanteile im Zeitablauf ermittelt. Es werden die Fallzahl über alle DRGs und für die MDCs mit einem belegärztlichem Fokus ausgewertet; ein belegärztlicher Fokus wird für die MDCs angenommen, bei denen im Jahr 2005 mehr als 5% der stationären Fälle auf Belegabteilungen entfielen.

Bettenzahl in Haupt- und Belegabteilungen

Das Statistische Bundesamt veröffentlicht in der Fachserie 12 Reihe 6.1.1 „Grunddaten der Krankenhäuser“ jährlich die Bettenzahl der Krankenhäuser nach § 107 Sozialgesetzbuch V (SGB V) [7]. Die Angaben sind gegliedert nach Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen, es werden ausschließlich stationäre Betten, unterteilt nach Gesamtzahl, Intensivbetten und Belegbetten, ausgewiesen.

In der Analyse wird die Entwicklung der Bettenzahl in Belegabteilungen der Gesamtzahl der Betten zu den beiden Betrachtungsjahren gegenübergestellt. In einem ersten Schritt erfolgt die Analyse über alle stationären Betten, in einem zweiten Schritt erfolgt die Gegenüberstellung der Bettenzahl nur für die Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen, in denen im Jahr 2005 mehr als 5% der Betten auf Belegärzte entfielen.

Belegärzte, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und in Krankenhäusern hauptamtlich tätige Ärzte

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht jährlich in der „Statistischen Information aus dem Bundesarztregister“ die Zahl der in der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden selbstständigen und angestellten Ärzte nach Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen [8]. Basis der Daten ist das Bundesarztregister, das nach der „Zulassungsverordnung der Ärzte“ u. a. von den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt wird. In der Tabelle wird auch nach dem Merkmal belegärztliche Tätigkeit ausgewertet. Die Zahl der hauptamtlich in Krankenhäusern tätigen Ärzte und Ärztinnen nach Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen wird jährlich vom Statistischen Bundesamt in der Statistik „Grunddaten der Krankenhäuser“ veröffentlicht [7].

In der Analyse wird die Zahl der Belegärzte zum einen der Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte laut Bundesarztregister und zum anderen der der hauptamtlich im Krankenhaus tätigen Ärzte gegenüber gestellt. In einem nächsten Schritt wird die Betrachtung auf die Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen begrenzt, bei denen im Jahr 2005 mindestens 5% der Ärzte einen Belegarztstatus hatten.

Zeitraum

Die folgende Analyse erfolgt für die Jahre 2005 und 2012; für die Zeit vor 2005 liegen keine Begleitforschungen des InEK vor.

Ergebnisse



1. Entwicklung gesamt

1.1. Fälle, Betten und Ärzte über alle MDC/Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen

Von 2005 auf 2012 sind die auf die belegärztliche Versorgung entfallenden Anteile nach Fallzahlen, nach Betten, nach Belegärzten an der Zahl aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und aller an Krankenhäusern tätigen Ärzten (Belegärzte plus hauptamtlich tätige Ärzte) gefallen.

Im Betrachtungszeitraum stieg die Fallzahl in Hauptabteilungen um 13% von 15,1 Mio. auf 17,1 Mio., die Fallzahl in Belegabteilungen ging um 25% von 928 663 auf 696 728 zurück, der belegärztliche Versorgungsanteil über alle MDC sank damit auf 4%. Die Bettenzahl in Hauptabteilungen sank um 3% auf 483 790, die in Belegabteilungen um 35% auf 17 685, 2012 betrug der Anteil der Belegbetten an allen stationären Betten damit 4%. Die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte stieg von 2005 bis 2012 um 9% auf 126 712, die Zahl der in Kranken-

häusern hauptamtlich tätigen Ärzte stieg um 23% auf 159 764 an, die der Belegärzte fiel um 8% auf 5628. Belegärzte machten 2012 4% der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und 6% der Ärzte am Krankenhaus, die dort hauptamtlich oder als Belegarzt tätig sind, aus.

1.2. Belegfälle nach Bundesländern, Anzahl der Kliniken mit Belegabteilungen

Das Belegarztwesen hat seinen Schwerpunkt in den Flächenstaaten der alten Bundesländer (► **Tab. 1**). Der Anteil belegärztlicher Fälle war sowohl 2005 als auch 2012 in den Bundesländern Hessen, Bayern, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg und Niedersachsen überdurchschnittlich hoch, während die belegärztliche Versorgung in den neuen Bundesländern bzw. in den Stadtstaaten nur eine untergeordnete oder keine Rolle spielt. 2012 hatten 44% aller Kliniken im Bundesgebiet (nach 46% im Jahr 2005) Belegabteilungen (eigene Berechnungen auf der Basis der Versorgungsforschung des InEK [6]).

Entwicklung für Versorgungsbereiche mit belegärztlichem Fokus

Auch für MDC/Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen mit belegärztlichem Fokus zeichnen sich über alle betrachteten Kennziffern von 2005 bis 2012 rückläufige Entwicklungen ab (► **Abb. 1**). Die Verlustraten für Belegfälle und Belegbetten sind mit 32% und 28% annähernd gleich groß; die Verlustraten des Anteils der Belegärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Ärzte und an allen am Krankenhaus tätigen Ärzten (Summe aus hauptamtlich und belegärztlich tätigen) fallen demgegenüber mit 14% und 19% deutlich ab.

2.1. Fälle in MDCs mit belegärztlichem Fokus

Acht Hauptdiagnosegruppen (MDC) erfüllen das Kriterium eines belegärztlichen Versorgungsanteils von 5% und mehr im Jahr 2005 (MDCs siehe ► **Abb. 2**).

Die Gesamtfallzahlen dieser MDCs in Haupt- und Belegabteilungen stiegen von 2005 bis 2012 von 6,3 Mio. Fällen um 10% auf 6,9 Mio. Fälle; 39% aller stationären Fälle gehören also zu einer MDC mit belegärztlichem Fokus. Gegen den Wachstumstrend sank die absolute Zahl belegärztlicher Fälle mit einer Ausnahme (MDC 11) über alle MDCs mit belegärztlichem Fokus (► **Tab. 1**). Die auf die Belegabteilungen entfallenden Versorgungsanteile dieser MDCs gingen im Schnitt von 11% auf 8% zurück (► **Abb. 2**), der Verlust bei den belegärztlichen Versorgungsanteilen reichte von -6% (MDC 02, Auge) bis -48% (MDC 13, weibliche Geschlechtsorgane).

2.2. Betten nach Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen mit belegärztlichem Fokus

Bei 9 Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen lag der Anteil belegärztlicher Betten 2005 bei mindestens 5% (► **Abb. 3**); auf sie entfielen 2012 99 839 Betten nach 114 857 im Jahr 2005 (-13%); das entspricht 22% (2005) bzw. 20% (2012) aller stationären Betten. Der Rückgang der Bettenzahlen bei Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen mit belegärztlichem Fokus ist ausgeprägter als der in der gesamten stationären Bettenzahl (-4%); für beide Abteilungstypen lassen sich Rückgänge zeigen. Der Verlust in der Hauptabteilung von 2005 auf 2012 beläuft sich auf 8%, der in den Belegabteilungen auf 38%. In der Konsequenz sinken die Anteile der Belegbetten in diesen Fächern im Schnitt von 17% auf 12%; von dieser rückläufigen Entwicklung sind mit 2 Ausnahmen alle 9 Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen mit belegärztli-

Tab. 1 Stationäre Fallzahl nach Abteilungstypen (Hauptabteilung, Belegabteilung) sowie Anteil der auf Belegabteilungen entfallenden stationären Fälle für 2005 und 2012 nach Bundesländern.

	Hauptabteilung			Belegabteilung			Versorgungsanteil Belegabteilung		
	2005	2012	Δ %	2005	2012	Δ %	2005	2012	Δ %
Baden-Württemberg	1 726 400	1 936 300	12 %	113 160	74 958	-34 %	6,2 %	3,7 %	-2,4 %
Bayern	2 088 252	2 467 150	18 %	298 168	226 980	-24 %	12,5 %	8,4 %	-4,1 %
Berlin	656 544	738 482	12 %	12 969	11 646	-10 %	1,9 %	1,6 %	-0,4 %
Brandenburg	475 779	520 572	9 %	2 506	1 314	-48 %	0,5 %	0,3 %	-0,3 %
Bremen	179 553	195 672	9 %	4 320	0	-100 %	2,3 %	0,0 %	-2,3 %
Hamburg	368 874	441 616	20 %	4 440	0	-100 %	1,2 %	0,0 %	-1,2 %
Hessen	974 358	1 148 850	18 %	137 811	108 214	-21 %	12,4 %	8,6 %	-3,8 %
Mecklenburg-Vorpommern	356 159	386 925	9 %	3 740	1 962	-48 %	1,0 %	0,5 %	-0,5 %
Niedersachsen	1 425 762	1 508 276	6 %	108 128	67 868	-37 %	7,0 %	4,3 %	-2,7 %
Nordrhein-Westfalen	3 630 440	4 120 842	14 %	93 600	82 224	-12 %	2,5 %	2,0 %	-0,6 %
Rheinland-Pfalz	707 120	814 554	15 %	67 816	55 848	-18 %	8,8 %	6,4 %	-2,3 %
Saarland	228 725	248 160	8 %	11 925	6 672	-44 %	5,0 %	2,6 %	-2,3 %
Sachsen	844 747	950 565	13 %	12 865	9 672	-25 %	1,5 %	1,0 %	-0,5 %
Sachsen-Anhalt	524 600	565 444	8 %	8 386	5 744	-32 %	1,6 %	1,0 %	-0,6 %
Schleswig-Holstein	440 742	514 500	17 %	43 875	33 932	-23 %	9,1 %	6,2 %	-2,9 %
Thüringen	496 482	553 625	12 %	4 928	3 591	-27 %	1,0 %	0,6 %	-0,3 %
Summe	15 124 537	17 111 533	13 %	928 637	690 625	-26 %	5,8 %	3,9 %	-1,9 %

Quelle: [6], Tabelle C1 – 2-2 und C-2 – 2-1, eigene Berechnungen.

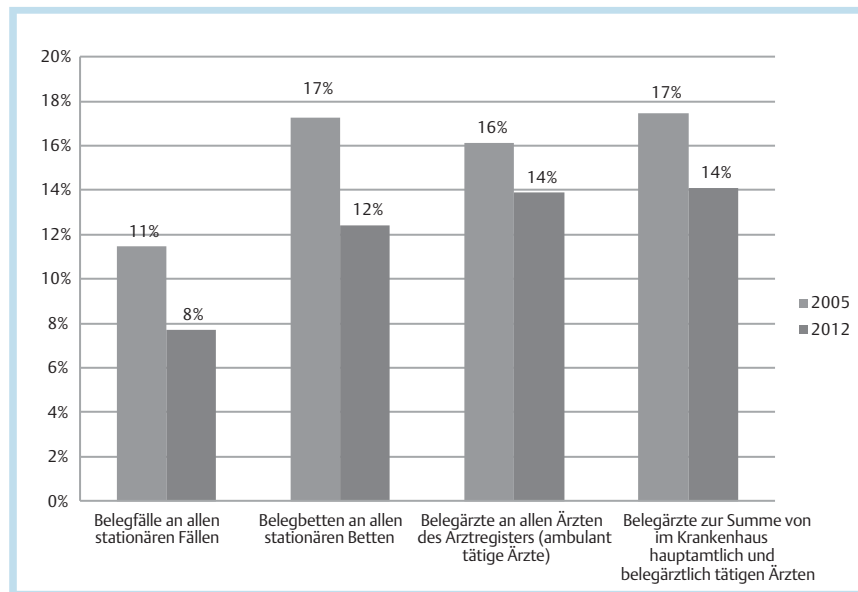


Abb. 1 Belegärztliche Versorgungsanteile zu ausgewählten Kennziffern (nach Fallzahlen, Bettenzahl, Belegarztzahl zu ambulant tätigen Ärzten und Ärzten am Krankenhaus) zu Major Diagnostic Categories (MDC) bzw. Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen mit relevantem belegärztlichem Versorgungsanteil 2005 und 2012. Quelle: [6 – 8], eigene Berechnungen.

chem Fokus betroffen (☉ **Abb. 3**). In der Nuklearmedizin wahrte die belegärztliche Versorgung ihren relativen Bettenanteil. In der Neurochirurgie stiegen die Gesamtbettenzahl und der Bettenanteil sogar an.

2.3.Ärzte nach Gebiets- und Schwerpunktbezeichnung mit belegärztlichem Fokus

In insgesamt 8 Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen liegt der Anteil der Belegärzte an allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten im Jahr 2005 über 5% (☉ **Abb. 4**). Die Zahl der Vertragsärzte und angestellten Ärzte dieser Fächer lag 2012 bei 36 837 (2005: 34 213), das entspricht für beide Jahre einem Anteil von 26% aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Die Zahl der Belegärzte in Fächern mit be-

legärztlichem Fokus belief sich in 2012 auf 5 199 nach 5 520 im Jahr 2005; damit gehört der weit überwiegende Teil aller Belegärzte zu einem dieser Fächer. Die in absoluten Zahlen vergleichsweise große Gruppe der belegärztlichen Internisten (2012 und 2005 rd. 350) findet aufgrund der Unterschreitung des Schwellenwerts für belegärztlichen Fokus keinen Eingang in die Betrachtung.

Die Zahl der hauptamtlich in Krankenhäusern tätigen Ärzte in den 8 Fächern mit belegärztlichem Fokus ist von 2005 auf 2012 von 26 092 auf 31 198 (+20%) gestiegen, ihr Anteil liegt, bezogen auf alle hauptamtlich in Krankenhäusern tätigen Ärzte, in beiden Jahren bei 20%. Die Gruppenstärke der Summe aus Belegärzten und hauptamtlich tätigen Ärzten (im folgenden „Ärzte am Krankenhaus“) für Fächer mit belegärztlichem Fokus betrug im Jahr 2005 31 612 und 2012 36 317.

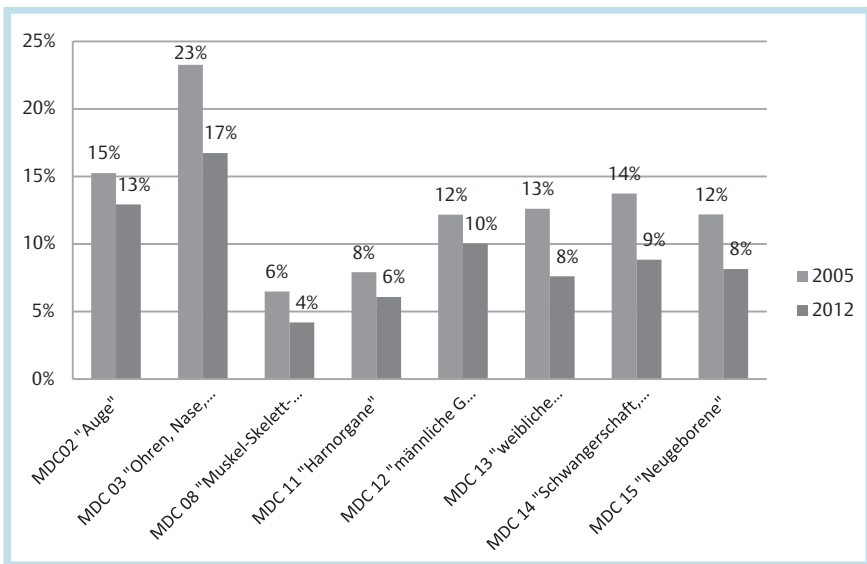


Abb. 2 Auf belegärztliche Versorgung entfallende Fallzahlanteile an allen Fällen für Major Diagnostic Categories (MDC) mit relevantem belegärztlichem Versorgungsanteil 2005 und 2012. Quelle: [6], eigene Berechnungen

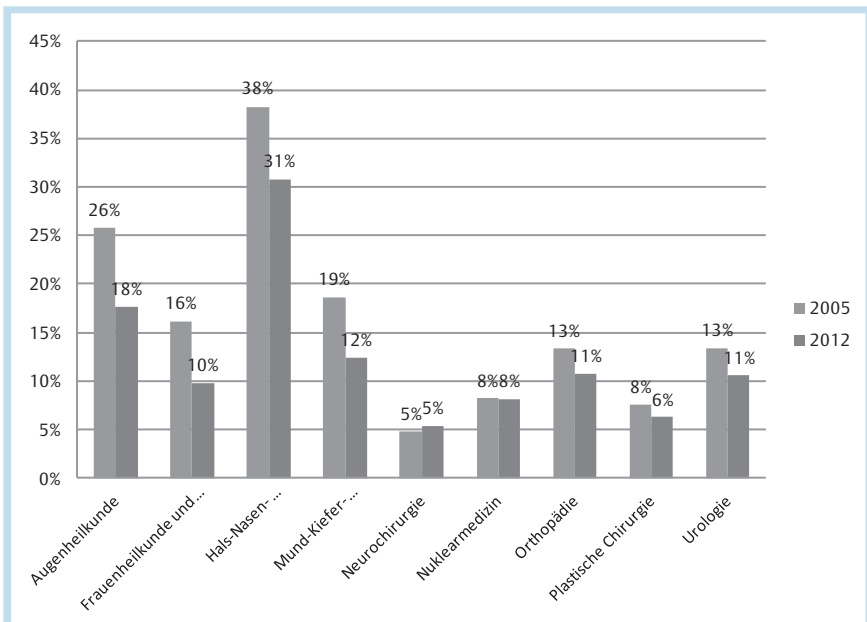


Abb. 3 Anteile Belegbetten an allen Krankenhausbetten der Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen mit relevantem belegärztlichem Versorgungsanteil 2005 und 2012. Quelle: [7], eigene Berechnungen.

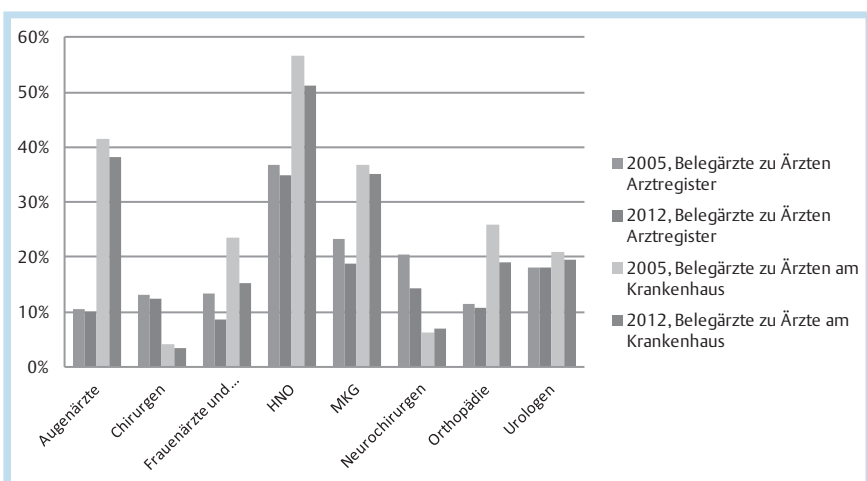


Abb. 4 Anteile der Belegärzte an allen vertragsärztlichen Ärzten sowie an allen Ärzten am Krankenhaus (hauptamtlich tätige Ärzte und Belegärzte) nach Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen mit relevantem belegärztlichem Versorgungsanteil 2005 und 2012. Quelle: [7, 8], eigene Berechnungen.

Die Entwicklung des Anteils der Belegärzte an den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und an Ärzten am Krankenhaus für Fächer mit belegärztlichem Fokus zeigt **Abb. 1**. Über alle Fächer mit belegärztlichem Fokus fiel der Anteil der Belegärzte in der vertragsärztlichen Versorgung um 14% von 16% (2005) auf 14% (2012). Bezogen auf alle Ärzte am Krankenhaus war der Anteil der Belegärzte noch stärker rückläufig: Er fiel um 19% von 17% auf 14%. Das Bild in den einzelnen Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen ist dabei uneinheitlich (**Abb. 4**). Der Anteil der Belegärzte an den Vertragsärzten wie den am Krankenhaus tätigen Ärzten der jeweiligen Fächer ist für HNO-Medizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen und Urologen hoch. Ein Drittel bis ein Viertel der ambulant tätigen Ärzte war zugleich in der Klinik tätig.

Diskussion



Würdigung der Datenquellen und des methodischen Vorgehens

Die herangezogenen Datenquellen verwenden abweichende Abgrenzungen. Der Ausweis der Fallzahlen orientiert sich an Hauptdiagnosegruppen (MDC), während die Statistiken zu Betten- und Arztzahl entlang der Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen aufgebaut sind. Nur 2 MDC (Augenheilkunde (MDC02) und Urologie (MDC11)) zeigen eine weitgehend eindeutige Zuordnung zu einer Gebietsbezeichnung; urologische Leistungen sind jedoch zusätzlich Gegenstand anderer MDC (MDC 12 und 13). Alle anderen MDC lassen sich nicht eindeutig zuordnen: Zum einen können innerhalb einer MDC Leistungen verschiedener Gebietsbezeichnungen gelistet sein (Beispiel: MDC 03 umfasst Leistungen aus der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und der Hals-Nasen-Ohren-Medizin). Zum anderen können Leistungen einer Gebiets- und Schwerpunktbezeichnung auf mehrere MDC verteilt sein (Beispiel: Chirurgie, Orthopädie oder Neurochirurgie). Die abweichenden Abgrenzungen dürften mit Ursache dafür sein, dass die Neurochirurgie zwar einen belegärztlichen Fokus zu den Merkmalen Betten- und Arztzahl aufweist, nicht jedoch zur Fallzahl. Eine fachspezifische stringente Gesamtschau der verschiedenen Kennziffern ist nur für das Fach Augenheilkunde möglich. Für die anderen Fächer unterliegt die Zusammenführung der Daten einer Unschärfe. Im Sinne der Hauptfragestellung des Papiers – Aufzeigen der aggregierten Entwicklung der belegärztlichen Versorgung entlang wesentlicher Kenngrößen – ist diese aber tolerierbar.

Die Qualität der Datenquellen ist zudem unterschiedlich zu beurteilen: Die Datenquellen des InEK (Fallzahlen) und des Statistischen Bundesamtes (Bettenzahlen) basieren auf jährlichen Vollerhebungen nach § 17b Abs. 8 KHG bzw. Krankenhausstatistikgesetz (KHStatV). Demgegenüber wird das Arztregister nur anlassbezogen aktualisiert; daraus resultiert vermutlich eine Überschätzung der Zahl der Belegärzte. Während die Aufnahme einer belegärztlichen Tätigkeit zwingend eine Meldung bei der KV voraus setzt, gibt es keinen Automatismus, wenn eine belegärztliche Tätigkeit aufgegeben wird. Das Ausmaß der Unschärfe dieser Datenquelle ist nicht abschätzbar.

Belegärztliche Versorgung mit Verlusten

Die Analyse der absoluten und relativen Kenngrößen zu belegärztlicher Versorgung nach Fallzahl, Bettenzahl und Arztzahl zeigt weitgehend einheitlich eine rückläufige Entwicklung der belegärztlichen Versorgung als Ganzes und für jede MDC bzw.

Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung mit belegärztlichem Fokus (**Abb. 1**). Die Analyse bestätigt damit die Literatur, in der bislang ausschließlich auf der Basis von Daten zu Bettenzahlen argumentiert wurde [2, 3, 12]. Die Verlustraten sind je nach Kenngrößen unterschiedlich: Besonders hoch sind die relativen Verluste mit über 30% bei Fallzahlen und Bettenzahlen, gefolgt vom Anteil an im Krankenhaus tätigen Ärzten und dem Anteil an den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten (**Abb. 1**), wobei die beiden Kennziffern zu Arztzahlen aufgrund der Überschätzung der Zahl der Belegärzte die Entwicklung nicht trennscharf abbilden.

Nach allen Kennziffern ist die Versorgungsrelevanz der belegärztlichen Versorgung im Jahr 2012 damit zwar deutlich geringer als 2005 bei Erhalt einer Versorgungsrelevanz für bestimmte Regionen und Fächer: Insgesamt wurden 2012 knapp 700 000 Patienten (**Tab. 2**) in über 17 000 Betten von insgesamt rd. 5600 Belegärzten versorgt. Die belegärztliche Versorgung ist in den Flächenstaaten der westlichen Bundesländer konzentriert und muss dort im Kontext einer flächendeckenden Versorgung diskutiert werden (**Tab. 1**). In anderen Teilen Deutschlands – speziell in den östlichen Bundesländern – hingegen war das Belegarztwesen nie etabliert und stellt so auch heute keinen festen Bestandteil der Versorgungsorganisation dar [13].

MDC bzw. Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen mit belegärztlichem Fokus im Sinne der in dieser Arbeit herangezogenen Abgrenzung sind mehrheitlich Organfächer (**Abb. 2**), konkret die Fächer HNO-Medizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Urologie, Gynäkologie und Orthopädie. Querschnittsfächer wie z. B. die Innere Medizin haben einen geringeren belegärztlichen Anteil, auch wenn die absoluten Zahlen an Betten und Ärzten aufgrund der Größe der Fächer hoch sind. Nach Kennziffer und Entwicklung weisen die Fächer mit belegärztlichem Schwerpunkt deutliche Unterschiede auf (**Abb. 2**, **Tab. 2**). Mögliche Ursachen für die abweichenden Entwicklungen nach MDC bzw. Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden in der Literatur nur vereinzelt diskutiert und im Folgenden dann auch genannt. Eine detaillierte Auseinandersetzung zu Ursachen der abweichenden Entwicklung nach Fächern bleibt Folgeuntersuchungen vorbehalten.

In einigen Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen war und ist die belegärztliche Versorgung nach allen Kenngrößen prägend für das Versorgungsgeschehen (**Abb. 2**, **4**), allen voran HNO und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, in Teilen gilt dies auch für die Augenheilkunde und die Urologie. Die Urologie zeigt die günstigste Entwicklung nach allen drei Kenngrößen: Als einziges Fach konnte sie einen absoluten Fallzahlzuwachs in der dem Fach eindeutig zuzuordnenden MDC 12 realisieren; in der für das Fach nur bedingt trennscharfen Gesamtbetrachtung von MDC 12 und MDC 11 ist der Fallzahlverlust deutlich unterdurchschnittlich. Die Belegärzte unter den Ophthalmologen haben sich ebenfalls vergleichsweise gut behauptet, die Verlustraten sind entweder unterdurchschnittlich (Fallzahl, Arztzahl) oder entsprechen dem auch für Hauptabteilungen maßgeblichen Trend (Betten). Die belegärztlich starken Fächer haben sich zudem mit unterdurchschnittlichen Verlusten vergleichsweise gut behauptet, andere wie Gynäkologie, Geburtshilfe oder Orthopädie weisen zu allen Kenngrößen weit überdurchschnittliche Verlustraten auf. Die mit Abstand ungünstigste Entwicklung realisieren die Belegärzte der Frauenheilkunde und Gynäkologie: Bezogen auf die Kenngrößen Fallzahlen, Bettenzahl und Arztzahl wiesen sie Rückgänge von -35% (Belegarztzahl) bis -54% (Bettenzahl) auf. Der Versorgungsanteil kombiniert aus MDC 13 und MDC 14 ist in nur 7 Jahren

Tab. 2 Stationäre Fallzahl nach Abteilungstypen (Hauptabteilung, Belegabteilung) sowie Anteil der auf Belegabteilungen entfallenden Fälle für 2005 und 2012 der 8 Major Diagnostic Categories (MDC) mit relevantem belegärztlichen Versorgungsanteil.

	Fallzahl Hauptabteilung			Fallzahl Belegabteilung			Anteil Belegabteilung an Gesamt		
	2005	2012	Δ	2005	2012	Δ	2005	2012	Δ
MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	283 554	321 932	14 %	51 032	47 801	-6 %	15 %	13 %	-15 %
MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	599 049	682 175	14 %	181 532	137 091	-24 %	23 %	17 %	-28 %
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	2 138 845	2 601 731	22 %	147 950	113 741	-23 %	6 %	4 %	-35 %
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	576 176	781 514	36 %	49 441	50 486	2 %	8 %	6 %	-23 %
MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	211 642	208 784	-1 %	29 329	23 254	-21 %	12 %	10 %	-18 %
MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	425 958	386 779	-9 %	61 406	31 864	-48 %	13 %	8 %	-40 %
MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	728 932	752 194	3 %	115 989	72 869	-37 %	14 %	9 %	-36 %
MDC 15 Neugeborene	597 325	614 608	3 %	82 930	54 479	-34 %	12 %	8 %	-33 %
Summe	5 561 481	6 349 717	14 %	719 609	531 585	-26 %	11 %	8 %	-33 %

Quelle [6], Tabelle C1 – 1-2 und C-2 – 1-3, eigene Berechnungen.

von 13 % auf 8 % geschrumpft. Als mögliche Ursachen werden deutlich angestiegene Haftpflichtprämien diskutiert [14, 15]. Auch die belegärztliche Orthopädie hat im Zeitablauf überdurchschnittliche Verluste nach Betten und Fallzahlen realisiert. Es heißt, dass in den letzten Jahren in der Orthopädie das Honorararztwesen gegenüber dem Belegarztwesen an Bedeutung gewonnen hat und zudem reine Belegkliniken geschlossen wurden, Daten dazu wurden jedoch bislang nicht vorgelegt [13].

Zwei kleine und innovative Fächer haben in den letzten Jahren ihren belegärztlichen Tätigkeitsumfang ausbauen können: In der Neurochirurgie haben sich die Zahlen von Belegbetten und Belegärzten positiv entwickelt, Aussagen zu Fallzahlen sind jedoch aufgrund fehlender Trennschärfe des Fallpauschalenkatalogs nicht möglich. Auch die belegärztlichen Nuklearmediziner wiesen bezogen auf die Parameter Bettenzahl und Arztlzahl einen positiven Trend auf.

Fallzahlzuwachs in Hauptabteilungen, Fallzahlreduktion in Belegabteilungen

Auffällig ist, dass die Fallzahlen in der belegärztlichen Versorgung stark rückläufig sind, während sie in den Hauptabteilungen ansteigen (☉ Tab. 1). Mögliche Ursachen für die divergente Entwicklung werden im Folgenden diskutiert.

Verschiedene Quellen vertreten die Auffassung, dass für die in Belegabteilungen typischerweise versorgten Patienten im Zuge des medizinisch-technischen Fortschritts eine ambulante Versorgung möglich geworden ist [2, 16], und daher die belegärztliche Fallzahl rückläufig ist. Es spricht einiges dafür, dass die – berufspolitisch gewünschte – Verlagerung aus der stationären in eine ambulante Versorgung eher von Belegabteilungen als von Hauptabteilungen ausgeht. Der Belegarzt ist Vertragsarzt und verfügt in der Regel auch über ein ambulantes Operationszentrum, der belegärztliche Operationssaal hat für ihn die frühere Bedeutung als zentraler Kristallisationspunkt für chirurgische Tätigkeit verloren [4, 17]. Hingegen verfügen Krankenhäuser nicht flächende-

ckend über die Möglichkeit zu ambulanten Operationen [2], eine stationäre Erbringung wird zudem durch das Krankenhausentgeltgesetz begünstigt.

Auf die Belegärzte wirken deutliche Anreize, Patienten aus der stationären in die ambulante Versorgung zu verlagern [16]: Belegärzte erhalten als Vertragsärzte ihr Honorar nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). In vielen Fallkonstellationen unterschreitet die Vergütung für die belegärztliche Versorgung die Vergütung bei ambulanter Erbringung. Augenmedizinische belegärztliche Operationen lösen nur 60 % der Vergütung für eine ambulante Operation im eigenen Operationszentrum aus [18]. Die niedrigere Vergütung wird damit begründet, dass dem Belegarzt bei Versorgung in der Klinik keine Kosten für (vom Krankenhaus gestelltes) Personal, Räumlichkeiten oder auch Verbrauchsartikel entstehen [1]. Nicht berücksichtigt wird dabei, dass stationäre Patienten in der Regel einen höheren Schweregrad bzw. mehr Komorbiditäten aufweisen. Zusammen mit den erforderlichen Wegen zum Krankenhaus löst dies eine höhere zeitliche Inanspruchnahme des Arztes aus [5]. Der vielfach vorgetragene Aussage, dass die zu (niedrige) Vergütung von Belegärzten der wichtigste Grund für die abnehmende Bedeutung des Belegarztwesens ist und es existenziell bedroht [1, 5], wird an keiner Stelle und von keiner Seite widersprochen. Aus der Perspektive des Belegarztes müssen andere Gründe für die Aufrechterhaltung dieses Leistungsspektrums im Vordergrund stehen: Dies könnte der Wunsch sein, für die eigenen Patienten ein möglichst umfassendes Versorgungsspektrum abzubilden, als Weiterbildungsstätte tätig werden zu können oder von der Tätigkeit am Krankenhaus auch in der Außenwirkung als ambulante Einrichtung zu profitieren [19]. In Fächern mit starkem belegärztlichem Fokus gehört diese Form der Tätigkeit auch zum Selbstverständnis und erleichtert Ärzten die Entscheidung für den Übergang von der Klinik in die ambulante Versorgung.

Neben der Verlagerung aus der stationären in die ambulante Versorgung muss jedoch auch die Verlagerung von vormalig beleg-

ärztlichen in hauptamtliche Abteilungen diskutiert werden. So ist auffällig, dass viele der in der Tabelle E3b der InEK-Begleitforschung aufgeführten häufigsten belegärztlichen DRGs sich auch in der entsprechenden Liste für Hauptabteilungen (E3a) [20] finden und der Versorgungsrelevanz dieses Abteilungstyps entsprechend eine deutlich höhere Fallzahl aufweisen. Ein Wandereffekt zwischen den Abteilungstypen könnte auch durch die Umwandlung von Belegabteilungen in Hauptabteilungen unter Verpflichtung von Honorarärzten induziert sein [21]. Aus Sicht des Krankenhaussträgers ist eine Leistung in der Hauptabteilung finanziell deutlich attraktiver als eine belegärztliche Versorgung: Der Mindeumsatz des Krankenhauses je belegärztlichen DRG liegt zwischen 10 % und 50 % [22]. Noch uninteressanter ist eine ambulante Erbringung durch das Krankenhaus [2]. Beide Effekte – Verlagerung aus der stationären in die ambulante Versorgung sowie Wanderbewegung hin zu Hauptabteilungen – sollten Gegenstand einer weiterführenden Untersuchung sein.

Die künstliche Kappung des von Belegärzten darstellbaren stationären Leistungsspektrums wird als weitere Ursache für die rückläufige Entwicklung des Belegarztwesens diskutiert [18]: Der Belegarzt erhält sein Honorar nach EBM; zahlreiche stationäre Prozeduren sind im EBM jedoch nicht abgebildet [5, 23], das belegärztliche Leistungsspektrum wird damit auf die im EBM abschließend gelisteten Prozeduren beschränkt. Weder in der Literatur noch in der berufspolitischen Diskussion werden versorgungsrelevante Aspekte – weil etwa Belegärzte die nicht gelisteten Prozeduren nicht erbringen könnten – für diese indirekte Leistungsbeschränkung genannt. Tatsächlich werden die Limitationen der Gebührenordnung auch anderweitig umgangen: In der Augenheilkunde wurden in den letzten Jahren Selektivverträge zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen und Vertragsärzten zu Leistungen bzw. Prozeduren abgeschlossen, die nicht im EBM nicht abgebildet sind [18]. Vertragsärzte werden zudem von Krankenhäusern als (nebenberufliche) Honorarärzte in Hauptabteilungen verpflichtet und erbringen dort Leistungen, die sie als Belegärzte nicht darstellen können [21].

Intermediär „Belegarztwesen“: Partner- und Kooperationsherausforderungen

Das Belegarztwesen ist als Intermediär zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor weder in dem einen noch in dem anderen fest verankert. Daraus resultieren zum einen fehlende institutionelle Unterstützung von sektorengelunden Vertretern, aber auch Probleme in der Kooperation.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) orientiert politische Positionen vor allem an Hauptabteilungen [24], (Recherche auf der Seite www.dkgev.de), ein Einsatz von Vertragsärzten als Honorarärzte oder als Teilzeitangestellte wird primär im Kontext der Sicherung der Arbeitsfähigkeit von Hauptabteilungen begrüßt [25]. Die Einschätzung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) muss die Auswirkungen belegärztlicher Leistungen auf das Gesamtbudget berücksichtigen. Zwar werden belegärztliche operative Leistungen nach Kapitel 36 des EBM extrabudgetär finanziert, andere belegärztliche Leistungen fallen jedoch in die gedeckelte Gesamtvergütung und konkurrieren damit mit dem sonstigen von den KVen verantworteten Leistungen [3, 5]. Trotzdem hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in der Vergangenheit wiederholt versucht, die belegärztliche Versorgung finanziell und organisatorisch abzusichern [1]; allerdings war sie damit nicht erfolgreich.

Eine belegärztliche Tätigkeit stellt für Krankenhaus und Belegarzt zusätzliche Anforderungen dar. Der Belegarzt muss sich den ad-

ministrativen und arbeitsorganisatorischen Gegebenheiten der Klinik unterordnen [1, 3]. Krankenhäuser führen an, dass Belegärzte nicht im gleichen Umfang zu stationärer Notfallversorgung herangezogen werden können wie Ärzte in hauptamtlicher Funktion [26], umgekehrt stellt die Rufbereitschaft gerade für Ärzte der nachwachsenden Generation eine Hürde dar. Das Phänomen, dass junge Ärzte eher keine selbständige Tätigkeit anstreben, wirkt sich auch in der belegärztlichen Versorgung aus. So berichtet der Berufsverband der Belegärzte, dass die Mitgliederzahl der Belegärzte schrumpft, da zwar einerseits aus Altersgründen Mitglieder ausscheiden, aber andererseits keine jungen nachrücken. Eine belegärztliche Abteilung aufrechtzuerhalten ist insbesondere dann problematisch, wenn die Belegärzte aus unterschiedlichen Praxen kommen. Anders ist die Erfahrung von großen ambulanten vertragsärztlichen Zentren, die mit mehreren aus dem Zentrum stammenden Ärzten eine Belegabteilung betreiben: Ihre Erfahrungen sind überwiegend positiv [19, 27]. Krankenhäuser führen an, dass sie die Qualitätssicherung leichter gewährleisten können, wenn Personal im Krankenhaus fest angestellt und somit den Weisungen des Krankenhauses unterstellt ist [28]. Aber auch Belegärzte haben ein unmittelbares eigenes Interesse an guter Qualität. Eine Studie, die Unterschiede in den Qualitätsniveaus nach Abteilungstyp zeigt, existiert nicht.

Gründe für das Belegarztwesen

Die Relevanz des Belegarztwesens als (funktionierende) intersektorale Versorgungsform wird vielfach und von nahezu allen Akteuren in Gesundheitswesen, Politik und Wissenschaft bestätigt [2, 14, 16, 29]. Die Argumente lauten, dass Belegärzte typischerweise – anders als Hauptabteilungen – ihre eigenen Patienten behandeln, die Identität des Arztes im Behandlungsprozess ist gewährleistet [1, 30]. Zudem bleibe die freie Arztwahl erhalten [24]. Die hohe Wertschätzung der Kontinuität in der Patientenversorgung wird am Beispiel der Geburtshilfe offenkundig, gilt aber auch bei der Versorgung älterer chronisch kranker Menschen [14, 31]. Diese kontinuierliche Betreuung durch einen Arzt über Versorgungsgrenzen hinweg steigert die Zufriedenheit der Patienten und den Erfolg der Maßnahmen [1, 32].

Belegärztliche Abteilungen leisten einen Beitrag zur flächendeckenden stationären Versorgung: Eine Belegabteilung ist aufgrund geringerer Fixkosten auch dann vertretbar, wenn eine Hauptabteilung z. B. aufgrund der geringen Besiedlungsdichte wirtschaftlich nicht darstellbar ist [24]. Daher überrascht es nicht, dass der Prozentsatz an Kliniken mit Belegabteilungen im Verhältnis zum belegärztlichen Versorgungsanteil nach Fällen (2012 4 % über alle MDCs) mit über 40 % hoch ist. Belegabteilungen sind überwiegend an kleineren (ländlichen) Allgemeinkrankenhäusern [33] in den Flächenstaaten der westlichen Bundesrepublik angesiedelt [6].

Ein weiterer Vorteil für das Belegarztwesen: Er ist eine Andockmöglichkeit für ambulante Einrichtungen am Krankenhaus. Eine Erhebung in der Augenheilkunde zeigt den sektorenintegrierenden Effekt [19, 34]: Die befragten großen vertragsärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren siedeln – an die Belegarztabteilung andockend – auch ihre ambulanten konservativen und ambulant operativen Standorte am Krankenhaus an und schaffen damit eine integrierte Versorgungsstruktur über die ganze Breite des Fachs als „Shop in Shop“ am Krankenhaus. Die Versorgung ist räumlich und medizinisch fachlich konzentriert, die Voraussetzung zur Vermeidung von Abbrüchen in der Betreuung optimiert.

Alternativen zum Belegarztwesen

Die belegärztliche Versorgung ist die älteste Form der Kooperation an der Sektorengrenze [24, 35], in jüngerer Zeit sind jedoch neue Instrumente zur sektorenübergreifenden Versorgung vom Gesetzgeber geschaffen worden, die von Krankenhäusern zum Teil auch schon umgesetzt werden [2, 36]. Dazu zählen ambulantes Operieren nach § 115b, teilstationäre Behandlung nach § 39 SGB V, die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V, Ermächtigungen nach § 116 und § 116a SGB V bis zu Ambulanzen mit unterschiedlichem Fokus (Geriatric 118a SGB V, Sozialpädagogik § 119 SGB V etc.). Mit Ausnahme des ambulanten Operierens zeigen die wenigen vorliegenden Erhebungen und Daten, dass Krankenhäuser bei der Nutzung von Möglichkeiten zur sektorenübergreifenden Versorgung erst noch am Anfang stehen [2, 11, 37, 38].

Gelegentlich werden Honorarärzte als Alternative zum Belegarztsystem diskutiert. Schätzungen gehen von 4500 bis 5000 Honorarärzten aus [39], ihre Zahl liegt damit nur wenig unter der der Belegärzte. Jedoch unterscheiden sich die Gruppenzusammensetzungen erheblich: Laut Erhebungen des Verbandes der Honorarärzte kamen über 75% der befragten Honorarärzte aus dem Bereich Anästhesie und Allgemeinmedizin/Innere Medizin und damit aus Fächern, die keinen belegärztlichen Fokus haben [40]. 50% der Befragten waren hauptberuflich als Honorarärzte tätig; ihnen fehlt die Einbettung in die ambulante Versorgung und damit ein wesentliches Merkmal des Belegarztes. Das aus Patientenperspektive wesentliche Merkmal, dass der Belegarzt eigene Patienten behandelt, gilt für Honorarärzte nur eingeschränkt. Der Honorararzt wird primär im Auftrag und für Patienten des Krankenhauses tätig; eine Behandlungskontinuität aus der ambulanten in die stationäre Versorgung und zurück in die ambulante Versorgung gehört nicht zu den Strukturmerkmalen dieser Versorgung [39], ist aber grundsätzlich vorstellbar, wenn ein Vertragsarzt aus einer Belegtätigkeit in die (nebenberufliche) Honorararztstätigkeit wechselt. Die Bewertung eines solchen Wechsels ist unter Vertragsärzten heftig umstritten [5, 41, 42], während Krankenhäuser grundsätzlich positiv dazu eingestellt sind [43]. Zudem stößt der Einsatz von Honorarärzten auf Umsetzungsschwierigkeiten: In mehreren Sozialgerichtsurteilen wurde festgestellt, dass Krankenhausleistungen nur von im Krankenhaus angestellten Ärzten erbracht werden können [41, 44]. Dem Beleghonorarsystem in der aktuellen Ausgestaltung wird zudem keine gute wirtschaftliche Prognose attestiert, das Vergütungsvolumen gilt als unattraktiv für Krankenhäuser [3, 45, 46]. Bislang fehlt eine systematische Aufbereitung und Diskussion zur Beurteilung von Alternativen zum Belegarztwesen unter den Gesichtspunkten der Versorgung, der Patienteninteressen und der gesundheitsökonomischen Vorteilhaftigkeit.

Fazit

Das Belegarztwesen ist in schwierigen Fahrwassern: Entlang der Kennziffern Fallzahl, Bettenzahl und Arztlzahl lässt sich die abnehmende Bedeutung dieser Versorgungsstruktur zeigen. Die für das Belegarztwesen als Ganzes maßgeblichen Gründe für die rückläufige Entwicklung sind zahlreich, sie sind jedoch alle nicht Ausdruck einer Entscheidung gegen das Belegarztwesen. Vielmehr wirkt die rückläufige Entwicklung wie ein unbeabsichtigter Nebeneffekt der jeweils für den ambulanten respektive stationären Sektor isoliert gesetzten Anreizstrukturen. Im Einzelnen handelt es sich um die Wirkungen der Gebührenordnungen für

ambulante Versorgung und für Krankenhausleistungen, der künstlichen Verknappung des für Belegärzte darstellbaren Leistungsspektrums, fehlender institutioneller Unterstützung und von Kooperationsproblemen an der Sektorengrenze. Zusätzlich kommen fachspezifische Effekte für die verschiedenen Fächer zum Tragen.

Es wirkt paradox, dass einerseits die Trennung der Versorgungssektoren als eines der wichtigen strukturellen Probleme des deutschen Gesundheitswesens bezeichnet und intensiv nach Lösungsansätzen zur Überwindung der Schnittstelle gesucht wird, aber andererseits die einzige langfristig etablierte Form der sektorenübergreifenden Versorgung, das Belegarztwesen, kaum Beachtung findet. Es fehlt nahezu völlig an einer wissenschaftlichen, gesundheitspolitischen, gesundheitsökonomischen und versorgungsbezogenen Auseinandersetzung zum Belegarztwesen. Als Basis für eine aktive Gestaltung der Versorgungsstrukturen an der Sektorengrenze ist eine das Belegarztwesen einbeziehende übergreifende, fachliche Auseinandersetzung überfällig.

Autorenerklärung

U. Hahn ist Geschäftsführerin eines augenärztlichen Zusammenschlusses, dem auch Belegärzte angehören (OcuNet). K. Schalkhäuser ist Vorstand des Bundesverbands der Belegärzte. A. Neumann und S. Schmickler sind als Belegärzte tätig. P. Musinghoff ist Verwaltungsleiter eines augenärztlichen Zentrums mit Belegärzten.

Institute

- ¹ OcuNet Gruppe, Düsseldorf
- ² Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universität Witten/Herdecke
- ³ Bundesverband der Belegärzte, München
- ⁴ Bundesverband für Ambulantes Operieren, Bonn
- ⁵ Praxisklinik München-West, Orthopädie und Chirurgie
- ⁶ Augenabteilung am St. Franziskus-Hospital, Münster
- ⁷ Augen-Zentrum-Nordwest, Augenpraxis Ahaus

Literatur

- 1 Schalkhäuser K. Die belegärztliche Versorgung in Deutschland; 2009. Available from: <http://www.bundesverband-belegaerzte.de/download/files/1259156115-1674/download/Analyse.doc>
- 2 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Bonn: 2012
- 3 Clade H. Belegärzte: Zerrieben zwischen ambulant und stationär. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108 (5): A200–A202
- 4 Reuscher A. Die ambulanten OP-Zentren. In: Biermann H editor Augenheilkunde in Deutschland, Bericht zur Lage eines Faches. Köln: Biermann Verlag GmbH; 2008: 115–118
- 5 Spies F, Roth KM. Ansichten und Einsichten: „Die Abwicklung der Belegärzte ist politisch gewollt“. Hessisches Ärzteblatt 2013; 9: 690–692
- 6 InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Begleitforschung gem. §17b Abs. 8 KHG. In: InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, editor Siegburg: jährliche Erscheinungsweise
- 7 Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser; Fachserie 12 Reihe 6.1. Wiesbaden: jährliche Erscheinungsweise
- 8 Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung, jährlich
- 9 InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Fallpauschalen-Katalog. In: InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, editor Siegburg: jährliche Erscheinungsweise

- 10 InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Daten zum G-DRG-System; Auswertung der Datenbereitstellung gem. §21 KHEntgG zum Zweck der Begleitforschung gem. §17b Abs. 8 KHG. In: InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, editor Siegburg; 2013
- 11 Statistisches Bundesamt. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Fachserie 12 Reihe 6.4. In: Statistisches Bundesamt, editor Wiesbaden: jährliche Erscheinungsweise
- 12 Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2011; Fachserie 12 Reihe 6.1. Wiesbaden: 2012
- 13 *Heppt P.* Kooperation als Erfolgsbasis; Der Honorararzt aus Sicht des Belegarztes. Berlin: 2010, Available from: www.bdc.de.
- 14 Bundesregierung. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 17/10513 – Die belegärztliche Geburtshilfe in Deutschland. In: Bundesgesundheitsministerium, editor Berlin: Bundesdruckerei; 2012
- 15 *Stricker BH.* Ärzteschaft: Belegärzte in der Geburtshilfe werden zur Rarität. Berlin: Deutsches Ärzteblatt; 2014, [14. März 2014]; Available from: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57958/Belegaerzte-in-der-Geburtshilfe-werden-zur-Raritaet>
- 16 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn/Berlin: 2014
- 17 *Amelung V, Bucholtz N, Brümmer A et al.* Sehen im Alter; Versorgungsstrukturen und -herausforderungen in der Augenheilkunde. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2012
- 18 *Hahn U, Neuhaun T, Mehnert D et al.* Fallzahlen und Erlöse in ophthalmologischen Haupt- und Belegabteilungen Entwicklungen seit 2005. der Ophthalmologe 2014, Epub ahead of print.
- 19 *Bucholtz N, Hahn U, Chase D et al.* Sektorengrenzen erfolgreich überwinden: Eine empirische Untersuchung am Beispiel der ambulanten Augen Chirurgie. Monitor Versorgungsforschung 2014; 1: 34 – 39
- 20 InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Daten zum G-DRG-System, Auswertung der Datenbereitstellung gem. §21 KHEntgG zum Zwecke der Begleitforschung gem. §17b Abs. 8 KHG. In: InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, editor Siegburg jährliche Erscheinungsweise
- 21 *Sellschopp C.* Die Vorteile liegen auf der Hand: Honorarärzte aus Sicht des Chirurgen und Geschäftsführers einer Privatklinik. Berlin: 2010, Available from: www.bdc.de
- 22 InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Abschlussbericht: Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012. In: InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, editor Siegburg; 2012
- 23 Kassenärztliche Bundesvereinigung. Einheitlicher Bewertungsmaßstab Stand 2012. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung editor Einheitlicher Bewertungsmaßstab. Berlin: 2012
- 24 *Blum G, Bourmer H, Brauckmann H. et al.* Patient und Belegarzt; der Beitrag der Belegärzte zur Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung. Verband der Ärzte Deutschlands Hartmannbund e.V., editor Mainz: Verlag Kirchheim + Co; 1974
- 25 *Teske A.* Honorararztstudie; Mehr Geld und mehr Flexibilität. Deutsches Ärzteblatt 2010; 107 (22): C953 – C954
- 26 *Weddehage I.* Stationäre Notfallversorgung. Das Krankenhaus 2007; 01: 45 – 47
- 27 *Hahn U.* Sektorenübergreifende Verzahnung der augenmedizinischen Versorgung mit Wurzeln in der ambulanten Medizin – Portrait der OcuNet Zentren und der OcuNet Gruppe. In: Amelung VE, Eble S, Hildebrand H editors Innovatives Versorgungsmanagement – Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Berlin: 2011: 233 – 240
- 28 *Wienke A.* BSG untersagt externe Kooperationen bei ambulanten Operationen. Laryngo-Rhino-Otol 2012; 91: 646 – 647
- 29 *Meißner M, Rieser S.* 115. Deutscher Ärztetag; Kooperative Versorgungsstrukturen. Deutsches Ärzteblatt 2009; 109 (22-23): A1136 – A1140
- 30 *Schmitz RW.* Honorar- und belegärztliche Tätigkeit des niedergelassenen Chirurgen. Passion Chirurgie 2011; 1 (10): 04_1
- 31 *Wille E, Erdmann D.* Gesundheitspolitischer Stellenwert einer flächendeckenden ambulanten Facharztversorgung – Entwicklung und Perspektiven; Gutachten im Auftrag des Deutschen Facharztverbandes e.V./Potsdamer Runde e.V. Berlin: Nomos Verlag; 2010
- 32 *Sellschopp C.* Hat die belegärztliche Versorgung eine Zukunft? Berlin: 2006, Available from: www.bdc.de
- 33 *Augurzky B, Gülker R, Krolop S et al.* Krankenhaus Rating Report 2010, Licht und Schatten. RWI Materialien. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung; 2010
- 34 *Hahn U, Bucholtz N, Chase D et al.* Sektorenübergreifende Kooperation: Es gibt sie schon. Umsetzung und Versorgungsrelevanz am Beispiel der ambulanten Augen Chirurgie. Gesundheits- und Sozialpolitik 2013; 6: 54 – 59
- 35 *Brüggemann M.* Infrastrukturelle Aspekte des Belegarztwesens in der Bundesrepublik Deutschland. e.V B-S-SdN-VdnÄD editor Köln: 1987
- 36 *Jansen C.* Überwindung DER Sektorengrenze; Dauerbaustelle des Gesetzgebers. Deutsches Ärzteblatt 2012; 109 (26): A1363 – A1366
- 37 Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. Foliensatz_Krankenhausstatistik_STAND: 2013-01-23 (pdf, 353 KB); 2013
- 38 Kassenärztliche Bundesvereinigung. Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren 3. Quartal 2007 bis 3. Quartal 2011. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2012, Available from: <http://www.kbv.de/koop/8791.html>
- 39 *Clade H.* Honorarärzte: Erweiterter Einsatz auf rechtlich schwankendem Boden. Rheinisches Ärzteblatt 2014; 2: 21 – 23
- 40 *Schäfer N.* Fakten – Daten – Meilensteine; Honorarärzte in Deutschland. Berlin: 2014, Available from: <http://www.bv-honoraraerzte.de/live/bv-honoraraerzte/content/e160/e6323/140112FAKTENHA.pdf>.
- 41 *Flintrop J.* Honorararztwesen in Deutschland; Zeit für pragmatische Lösungen. Deutsches Ärzteblatt 2013; 110 (47): C2246 – C2250
- 42 *Schalkhäuser K.* Es gibt Perspektiven für die Zukunft; Leserbrief zum Artikel von Harald Clade "Zerrieben zwischen ambulant und stationär" in DÄ 5/11. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108 (11): A581 – A582
- 43 *Roos C, Gersch S.* Honorararztverträge; Vielseitig einsetzbar. Deutsches Ärzteblatt 2010; 107 (33): A1595 – A1596
- 44 *Pflugmacher I.* LSG Stuttgart, Honorarärzte erneut infrage gestellt. Deutsche Ärztezeitung 2013, 10.06.2013
- 45 *Roos C, Gersch S.* Belegarztwesen; Honorarverträge – worauf Ärzte achten müssen. Deutsches Ärzteblatt 2010; 107 (12): A571 – A572
- 46 *Neubauer G.* Die ökonomische Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2014; 19: 26 – 35