

Kurzbericht „Das Belegarztwesen im sektorenübergreifenden Wettbewerb: Versorgungsspektrum, Interdependenzen und Versorgungsunterschiede“

Volkert, A.¹ & Scholten, N¹

¹Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR), Universität zu Köln

Hintergrund

Das Belegarztwesen fungiert als mögliche sektorenübergreifende Versorgungsform zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungsektor. Nach SGB V § 121 ist der Belegarzt ein Vertragsarzt, der Patienten teil- oder vollstationär im Krankenhaus behandelt, jedoch nicht am Krankenhaus angestellt ist. Er nutzt die Infrastruktur des Krankenhauses, ohne dem Krankenhaus unterstellt zu sein. Die belegärztlichen Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet (§ 121 Abs. 3 SGB V), das Krankenhaus wiederum rechnet gesonderte belegärztliche Fallpauschalen für die nichtärztlichen Leistungen ab (§ 18 Abs. 2 KHEntgG).

Belegärzte stehen als im Krankenhaus tätige (Vertrags-)Ärzte für ein Beispiel sektorenübergreifender Versorgung in Deutschland und gelten als mögliche Lösung von Schnittstellenproblemen zwischen ambulantem und stationärem Sektor [1]. Neben der Schaffung gleicher Rahmenbedingungen für Versorger, kann die Kooperation von Vertragsärzten und Krankenhäusern als Maßnahme für den Abbau der Sektorengrenze hin zu einer verbesserten Patientenversorgung dienen [2]. Des Weiteren gilt der Belegarzt als notwendig zur flächendeckenden Sicherstellung der stationären Versorgung [3]. Durch den potentiellen Ärztemangel wird die wohnortnahe stationäre Versorgung in einigen Fachgebieten als gefährdet angesehen [1]. Für Krankenhäuser können Belegabteilungen zur Sicherstellung des Leistungsspektrums attraktiv sein, wenn sie eigene Hauptabteilungen nicht mehr wirtschaftlich betreiben können. Im Gegensatz zu Hauptabteilungen weisen Belegabteilungen geringere Fixkosten auf und können daher seitens der Krankenhäuser leichter aufrechterhalten werden [3]. Insbesondere kleinere Krankenhäuser, die typisch belegärztliche Fachdisziplinen abdecken, weisen anteilig eine hohe Insolvenzgefahr auf [4]. Da Belegabteilungen im Vergleich zu Hauptabteilungen zum Erhalt nicht auf eine permanent hohe Auslastung angewiesen sind, weisen sie eine hohe Flexibilität auf und können auch in Regionen mit geringerer Nachfrage zur

Aufrechterhaltung der Versorgung in diversen Disziplinen eingesetzt werden. Trotz möglicher Vorteile einer nahtlosen Versorgung über die sektoralen Grenzen hinweg, sowie der möglichen Deckung des zukünftig steigenden regionalen Versorgungsbedarfs, bestehen seitens der Krankenhäuser kaum (monetäre) Anreize zum Erhalt oder der Förderung belegärztlicher Abteilungen [5, 6]. Die abnehmenden Fallzahlen in Belegabteilungen und die Abnahme der Belegärzte insgesamt in den letzten Jahren bestätigen dies [3, 7].

Das Ziel des Forschungsvorhabens ist es, die Bedeutung des Belegarztwesens aus versorgungsperspektivischer und auf organisationaler Ebene, mittels der Daten aus den gesetzlich strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser, darzustellen.

Methoden

Die Analyse basiert auf den Daten der gesetzlich strukturierten Qualitätsberichte der Jahre 2012 bis 2017. Diese beinhalten Informationen über die Struktur- und das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und deren Fachabteilungen. Beispielsweise wird angegeben, welche Diagnosen gestellt und welche Prozeduren die Abteilung durchgeführt hat, sowie welches Personal auf der Abteilungsebene vorhanden ist.

Die Verknüpfung der Datensätze erfolgte nach Bereinigung von Typographiefehlern in der Namens- und den Adressvariablen und der Zusammenfassung von fachabteilungsspezifischen Daten und der Löschung von Verbundberichten über den Abgleich von „Institutionenkennzeichen“ und „Standortnummer“. Die Daten wurden darüber hinaus mit INKAR-Daten (Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung) verknüpft um bevölkerungs- und versorgungsspezifische Determinanten auf Kreisebene zu berücksichtigen.

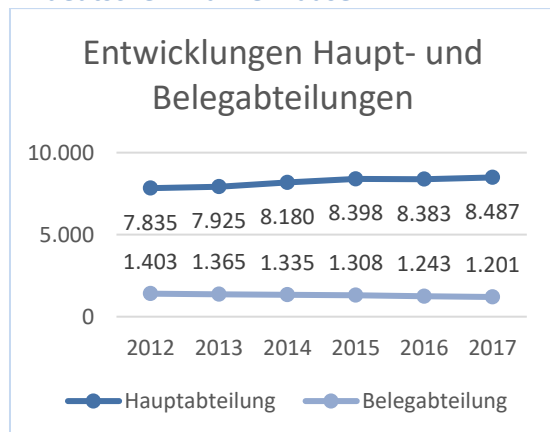
Zunächst wurde die Entwicklung von Abteilungsarten (Haupt-, Beleg-, nicht-bettenführende Abteilung) im Analysezeitraum betrachtet. Die verschiedenen Abteilungsarten wurden hinsichtlich

ihrer durchgeführten Leistungen (Diagnosen, stationäre und ambulante Prozeduren (OPS-Codes)) und ihrer Versorgungsschwerpunkte miteinander verglichen. Es erfolgt eine Stratifizierung über Fachgebiete und Bundesländer. Für die multivariaten logistischen Regressionsanalysen zur Schließung der Abteilungen und die Berechnung der Regressionsmodelle wurden nur Fachabteilungen der belegärztlich häufig tätigen Fachgebiete Urologie, Orthopädie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Augenheilkunde beibehalten. Um die tatsächliche Schließung von (Beleg-) Abteilungen zu betrachten wurden nur Abteilungen betrachtet, deren Krankenhaus im gesamten Analysezeitraum bestand.

Ergebnisse

Insgesamt zeigt sich auch in den Daten der Qualitätsberichte ein Rückgang der Belegabteilungen zwischen 2012 und 2017.

Abbildung 1: Entwicklung der Abteilungsarten in deutschen Krankenhäusern



In den Bundesländern Bayern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz, sind anteilig noch relativ viele Belegabteilungen vorhanden. Dem Rückgang der Belegabteilungen entsprechend konnte sowohl für ambulante und stationäre Prozeduren, sowie für in Krankenhäusern gestellte belegärztlich Diagnosen ein Rückgang festgestellt werden. Es existieren jedoch große Unterschiede hinsichtlich der Bundesländer und Fachgebiete. Im Fachgebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ist das Versorgungsvolumen, das durch Belegabteilungen erbracht wird am größten. Neben der Betrachtung der erbrachten Leistungen wurde analysiert, ob Belegabteilungen der alleinige stationäre Versorger in ihrem Kreis sind.

Insbesondere in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde gibt es einen hohen Anteil an Kreisen, in denen eine belegärztliche Fachabteilung die stationäre Versorgung abdeckt.

Tabelle 1: Stationäre Versorger in den Stadt- und Landkreisen

Kreise mit...		...Versorgung durch Hauptabteilung	...nur belegärztlicher Versorgung	keine Daten	Gesamt
Urologie	n	232	79	91	402
	%	58	20	23	
Orthopädie	n	198	33	171	402
	%	49	8	43	
Gynäkologie	n	338	31	33	402
	%	84	8	8	
HNO	n	126	216	60	402
	%	31	54	15	
Augenheilkunde	n	83	111	208	402
	%	21	28	52	

Die Betrachtung des Versorgungsspektrums von Belegabteilungen in Form der am häufigsten durchgeführten stationären Prozeduren und der zehn am häufigsten angegebenen Versorgungsschwerpunkte lässt den Schluss zu, dass sich Haupt- und Belegabteilungen dahingehend nicht stark unterscheiden. In allen belegärztlich häufig vertretenen Fachgebieten werden ähnliche Prozeduren und ähnliche Versorgungsschwerpunkte angegeben. Dennoch decken Hauptabteilungen insgesamt ein größeres Versorgungsspektrum ab, als Belegabteilungen.

Im multivariaten Modell, werden Einflussfaktoren auf die Schließung von Belegabteilungen analysiert. Insgesamt sind von den 646 Belegabteilungen 197 nicht über den gesamten Analysezeitraum im Datensatz enthalten. Die Ergebnisse des Modells zeigen, dass der Lehrstatus eines Krankenhauses den Erhalt einer Belegabteilung begünstigt. Weitere krankenhausspezifische Variablen hatten keinen signifikanten Einfluss, wenn gleich es systematische Unterschiede zwischen Krankenhäusern gibt. Darüber hinaus hat eine hohe Ärzteversorgung im Kreis einen schwach positiven Effekt auf die Schließung von Belegabteilungen. In den fachgebietspezifischen Modellen hatte es zudem einen Einfluss auf die Schließung von Abteilungen, wenn im gleichen Kreis eine

Hauptabteilung desselben Fachgebietes ansässig ist.

Tabelle 2: Logistisches Regressionsmodell

Unabhängige Variablen	Modell II	
	OR	KI
Fachgebiet		
<i>Urologie</i>	Referenz	
<i>Orthopädie</i>	1,22	[0,48;3,17]
<i>Gynäkologie</i>	1,61	[0,81;3,20]
<i>HNO</i>	1,14	[0,62;2,11]
<i>Augenheilkunde</i>	1,42	[0,64;3,11]
Größe des Krankenhauses		
<i>weniger als 100 Betten</i>	Referenz	
<i>100 bis 200 Betten</i>	1,05	[0,48;2,26]
<i>200 bis 500 Betten</i>	1,66	[0,75;3,66]
<i>mehr als 500 Betten</i>	2,58 [†]	[0,84;7,92]
Trägerschaft		
<i>öffentlich</i>	Referenz	
<i>freigemeinnützig</i>	0,75	[0,49;1,17]
<i>privat</i>	1,01	[1,00;1,03]
Lehrstatus		
<i>kein Lehrkrankenhaus</i>	Referenz	
<i>Lehrkrankenhaus</i>	0,09***	[0,05;0,67]
Ärzteversorgung im Kreis	1,01**	[1,00;1,02]
Regionstyp		
<i>städtische Kreisregion</i>	Referenz	
<i>mittelstädtische Kreisregion</i>	1,041	[0,60;1,8]
<i>ländliche Kreisregion</i>	0,92	[0,46;1,8]
Zufällige Effekte		
Krankenhaus	1,49 (0,19)***	
Kreis	1,18 (0,94)***	

Legende: [†]p<0.1; *p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001.

Es wird nur das komplette hierarchische Modell dargestellt.

Fazit und Diskussion

Die Analysen bestätigen die Ergebnisse vorangegangener Forschungsarbeiten in Hinblick auf den Rückgang belegärztlicher Strukturen und dadurch bedingt auch den Rückgang belegärztlicher Leistungen und den Anteil dieser am Versorgungsgeschehen. Dieser Rückgang kann jedoch nicht zwangsläufig mit einer Substitution dieser Versorgungsstrukturen in Hauptabteilungen oder in nicht bettenführenden Abteilungen erklärt werden. Darüber hinaus sind die Entwicklungen nicht unabhängig von Fachgebiet und Bundesland zu betrachten. Generell wird in den Fachgebieten Urologie, Orthopädie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Augenheilkunde noch ein nennenswerter Versorgungsanteil über belegärztliche Abteilungen erbracht. Bei Betrachtung der Verbreitung belegärztlicher Abteilungen auf der Ebene der Stadt- und Landkreise fällt auf, dass in

den belegärztlich häufig tätigen Fachgebieten, wie der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie der Augenheilkunde, Belegabteilungen nicht selten alleiniger stationärer Versorger im Kreis sind. Somit tragen sie in einigen Fachgebieten noch maßgeblich zum Erhalt der stationären Versorgung bei. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse deuten nicht darauf hin, dass Belegabteilungen in ländlichen Kreisregionen eine geringere Wahrscheinlichkeit haben zu schließen, als Belegabteilungen in städtischen Kreisregionen. Obwohl krankenhausspezifische Faktoren insgesamt Einfluss auf eine Schließung von Belegabteilungen haben, waren die untersuchten Variablen Hausgröße und die Trägerschaft keine signifikanten Einflussfaktoren. Einzig der Lehrstatus des Krankenhauses beeinflusst die Chance der Abteilung, eher erhalten zu bleiben.

Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung: Sondergutachten 2012. Bonn/Berlin 2012.
2. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Gutachten 2018. Bonn/Berlin 2018.
3. Hahn U, Schalkhäuser K, Neumann A, Mussinghoff P, Schmickler S: Fall-, Betten- und Arztlzahlen in Haupt- und Belegabteilungen seit 2005 – Entwicklung und Einflussfaktoren für die Entwicklung des Belegarzteswesens. *Gesundh ökon Qual manag* 2016; 21(01): 30–9.
4. Augurzky B, Kreienberg R, Mennicken R: Zukunft der stationären Versorgung in Gynäkologie und Geburtshilfe. *Gynäkologie* 2015; 48(7): 495–500.
5. Hahn U, Mussinghoff P: Ökonomische Anreize belegärztlicher im Vergleich zu alternativen Versorgungsformen aus den Perspektiven von Krankenhaus und Vertragsarzt/Belegarzt sowie aus gesundheitssystemischer Sicht. *Gesundh ökon Qual manag* 2017; 22(05): 244–54.
6. Walendzik A, Noweski M, Pomorin N, Wasem J: Belegärztliche Versorgung: Historie, Entwicklungsdeterminanten und Weiterentwicklungsoptionen. <http://hdl.handle.net/10419/197997>.
7. Nagel E, Neukirch B, Schmid A, Schulte G: Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland: Gutachten im Auftrag des Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2017.