

Belegärztliche Versorgung: Historie, Entwicklungsdeterminanten und Weiterentwicklungsoptionen

Abschlussbericht

Anke Walendzik¹, Michael Noweski¹, Natalie Pomorin², Jürgen Wasem¹

¹Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen

²Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement - EsFoMed GmbH

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	7
Executive Summary.....	10
1 Hintergrund und Ziele des Projekts.....	19
2 Rechtliche und empirische Grundlagen.....	20
2.1 Gesetzliche und untergesetzliche Grundlagen des Belegarztwesens.....	20
2.1.1 Vertragsgestaltung.....	23
2.1.2 Leistungsumfang.....	23
2.1.3 Vergütung.....	24
2.1.3.1 Vergütung der belegärztlichen Leistungen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Vergütung.....	24
2.1.3.2 Vergütung der durch das Krankenhaus erbrachten Leistungen nach dem DRG-System	28
2.1.4 Ambulante Bedarfsplanung.....	29
2.1.5 Krankenhausplanung.....	29
2.2 Weitere Versorgungsformen an den Sektorengrenzen der ambulanten und stationären Versorgung.....	30
2.2.1 Im Krankenhaus angestellte Vertragsärzte.....	30
2.2.2 Honorararztmodell.....	30
2.2.3 Kritische Würdigung.....	32
2.2.4 Ambulante Operationen nach §115b SGB V.....	33
2.2.5 Kooperationen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach §116b Abs. 4 SGB V.....	36
2.2.6 Praxiskliniken nach § 122 SGB V.....	38
2.2.7 Integrierte Versorgung nach § 140a ff. SGB V.....	39
2.3 Datenlage zur belegärztlichen Versorgung in Deutschland.....	40
2.3.1 Datenerhebung.....	40
2.3.2 Deskriptive Daten zur belegärztlichen Versorgung.....	41
2.3.2.1 Gesundheitsberichterstattung des Bundes.....	41
2.3.2.2 Statistisches Bundesamt.....	48
2.3.2.3 Kassenärztliche Bundesvereinigung.....	52
2.3.2.4 Datenauswertungen DKG und GKV-SV.....	64
2.4 Krankenhausplanerische Grundlagen der belegärztlichen Versorgung in Deutschland.....	66
3 Belegärztliche Versorgung im Ausland.....	68

3.1	USA	68
3.2	Österreich	71
3.3	Schweiz	76
3.4	England	79
4	Expertenbefragung	80
4.1	Datenerhebung	81
4.2	Datenauswertung	82
4.3	Bedeutung belegärztlicher Versorgung	82
4.4	Regionalität	82
4.5	Alternative Versorgungsformen	83
4.6	Varianz belegärztlicher Versorgung	84
4.6.1	Als gelungen bewertete Modelle	84
4.6.2	Als misslungen bewertete Modelle	84
4.7	Vorteile belegärztlicher Versorgung	85
4.7.1	Versorgungspolitische Vorteile	85
4.7.2	Vorteile für den Vertragsarzt	86
4.7.3	Vorteile für das Krankenhaus	86
4.8	Limitationen belegärztlicher Versorgung	87
4.8.1	Versorgungspolitische Limitationen	87
4.8.2	Limitationen aus Sicht des Vertragsarztes	88
4.8.3	Limitationen aus Sicht des Krankenhauses	89
4.9	Zukunft belegärztlicher Versorgung	90
4.9.1	Erfolgskriterien	90
4.9.2	Voraussetzungen der Wiederbelebung	91
4.9.3	Reformmaßnahmen	91
4.9.4	Neue Versorgungsmodelle	94
5	Kriteriologie zur Bewertung belegärztlicher Versorgungsmodelle	95
6	Reformmodelle für die belegärztliche Versorgung in Deutschland	99
6.1	Vorüberlegungen zur Modellentwicklung	99
6.2	Liberales Modell	100
6.2.1	Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit	100
6.2.2	Leistungsumfang	101
6.2.3	Vergütung	101
6.2.4	Bereitschaftsdienst	102

6.2.5	Qualitätssicherung.....	102
6.2.6	Krankenhausplanung.....	102
6.3	Reguliertes Modell	102
6.3.1	Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit	103
6.3.2	Leistungsumfang	104
6.3.3	Vergütung.....	104
6.3.4	Bereitschaftsdienst.....	105
6.3.5	Qualitätssicherung.....	105
6.3.6	Krankenhausplanung.....	105
7	Kriteriengestützte Beurteilung des Status Quo der belegärztlichen Versorgung und der zwei Alternativmodelle zur Regulierung der belegärztlichen Versorgung.....	106
7.1	Kriterium Versorgungsqualität: Effektive Versorgung	106
7.2	Kriterium Versorgungsqualität: Patientensicherheit	107
7.3	Kriterium Versorgungsqualität: Behandlungscoordination	108
7.4	Kriterium Wirtschaftlichkeit: Behandlungseffizienz.....	109
7.5	Kriterium Wirtschaftlichkeit: Anreiz-/Teilnahmekompatibilität	110
7.6	Kriterium Patientenorientierung.....	111
7.7	Kriterium Zufriedenheit medizinischer Leistungserbringer	112
7.8	Kriterium Adaptionfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen	113
7.9	Kriterium Transparenz und Regulierbarkeit.....	114
7.10	Kriterium Realisierbarkeit.....	115
7.11	Gesamtbeurteilung.....	116
8	Literaturverzeichnis.....	120

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Belegärzte nach Region 2006-2016	43
Abbildung 2: Anzahl der Belegärzte nach Fachabteilung 2006-2016.....	45
Abbildung 3: Anzahl der Belegärzte nach Krankenhausträgerschaft 2006-2016.....	46
Abbildung 4: Anzahl der Belegärzte nach der Größe des Krankenhauses 2006-2016.....	47
Abbildung 5: Anzahl der belegärztlichen Behandlungen GKV-Versicherter 2006-2016	48
Abbildung 6: Anzahl reiner Belegkrankenhäuser 2006-2016.....	49
Abbildung 7: Fallzahlen reiner Belegkrankenhäuser 2006-2016	50
Abbildung 8: Anzahl der Belegbetten nach Fachabteilung 2006-2016	52
Abbildung 9: Anzahl Belegärzte 2007-2016	53
Abbildung 10: Anzahl an Belegärzten je Fachabteilung mit bis 10 Betten 2007-2016	55
Abbildung 11: Anzahl von Belegärzten je Fachabteilung mit 10-20 Betten 2007-2016	57
Abbildung 12: Anzahl von Belegärzten nach Fachabteilung mit über 20 Betten 2007-2016	59
Abbildung 13: Anzahl Belegärzte nach KV-Region	60
Abbildung 14: Anzahl Belegärzte auf Kreisebene	61
Abbildung 15: Anzahl Belegärzte nach Fachbereichen 2010-2016	61
Abbildung 16: Anzahl Belegfällen nach Fachbereichen 2010-2016	62
Abbildung 17: Anzahl an Belegfällen nach speziellen Fachbereichen, 2010-2016	63
Abbildung 18: Anteil an Belegfällen an allen Fällen der Belegärzte eines Fachbereichs	63
Abbildung 19: Abgerechnete GOPs in Belegarztfällen nach Fachbereich.....	64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergütungsregelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur belegärztlichen Versorgung	25
Tabelle 2: Überblick über die Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung 2018 .	28
Tabelle 3: Anteil kalkulierter DRGs an allen DRGs bei belegärztlicher Versorgung 2016	29
Tabelle 4: Prozentualer Anteil der Honorarärzte nach Fachgebieten.....	31
Tabelle 5: Ambulante Operationsfälle im Bereich der GKV	34
Tabelle 6: GKV-Ausgaben für ambulante Operationen.....	34
Tabelle 7: Ausgaben für Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern und durch Vertragsärzte nach § 116b SGB V.....	38
Tabelle 8: Übersicht der verfügbaren Daten für die Untersuchung der belegärztlichen Versorgung ..	40
Tabelle 9: Anzahl Belegärzte nach Region 2006-2016	42
Tabelle 10: Anzahl Belegärzte nach Fachabteilung 2006-2016.....	44
Tabelle 11: Anzahl Belegärzte nach Krankenhausträgerschaft 2006-2016.....	46
Tabelle 12: Anzahl Belegärzte nach Krankenhausgröße 2006-2016	47
Tabelle 13: Anzahl belegärztlicher Behandlungen GKV-Versicherter 2006-2016.....	48
Tabelle 14: Anzahl reiner Belegkrankenhäuser 2006-2016	49
Tabelle 15: Fallzahlen reiner Belegkrankenhäuser 2006-2016	50
Tabelle 16: Anzahl der Belegbetten nach Fachabteilung 2006-2016.....	51
Tabelle 17: Gesamtanzahl Belegärzte 2007-2016.....	53
Tabelle 18: Anzahl Belegärzte nach Fachabteilung mit bis zu 10 Betten 2007-2016.....	54
Tabelle 19: Anzahl der Belegärzte je Fachabteilung mit 10-20 Betten 2007-2016.....	56
Tabelle 20: Anzahl der Belegärzte je Fachabteilung mit mehr als 20 Betten 2007-2016	58
Tabelle 21: CM und Fallzahlen Beleg-DRGs.....	64
Tabelle 22: PCCL bei den häufigsten Beleg-DRGs 2016.....	65
Tabelle 23: Verteilung US-amerikanischer Ärzte nach Eigentümerstatus und Praxistyp	70
Tabelle 24: Verteilung US-amerikanischer Ärzte nach Praxisgröße	71
Tabelle 25: Interviews nach Organisationstyp	81
Tabelle 26: Basis-Kriterienkatalog des Commonwealth Fund zur Bewertung von Gesundheitssystemen	95
Tabelle 27: In der wissenschaftlichen Literatur genutzte Kriterien zur Bewertung von Gesundheitssystemen und der Organisation gesundheitlicher Leistungserbringung	96
Tabelle 28: Kriteriologie der vorliegenden Studie.....	97
Tabelle 29: Bewertung der Veränderungen durch die Einführung des jeweiligen Regulierungsmodells im Vergleich zum Status Quo	117

Abkürzungsverzeichnis

AOP-Vertrag	Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus
AOZ	Ambulante Operationszentren
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
ASV	ambulant spezialfachärztliche Versorgung
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ASV-RL	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BA	Belegabteilung
BÄK	Bundesärztekammer
BGH	Bundesgerichtshof
BMV-Ä	Bundsmantelvertrag Ärzte
CM	Casemix
Destatis	Statistisches Bundesamt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	diagnosis related group
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EBM	Einheitlichen Bewertungsmaßstab
eLA	erweiterter Landesausschuss
ergEBA	ergänzter Bewertungsausschuss
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE-Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GIT	Gastrointestinale Erkrankungen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnungspositionen
GRG	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung
HDG	Hauptdiagnosegruppe
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IV	Invalidenversicherung
KA-AZG	Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz
KAKuG	Kuranstaltengesetz
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KV	Kassenärztlichen Vereinigung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LDF	leistungs- und diagnoseorientierte Fallgruppen
LG	Leistungsgruppen
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MedBG	Medizinalberufegesetz
MEL	medizinische Einzelleistungen
MKG	Mund-Kiefer-Gesicht
MV	Militärversicherung
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖGGP	österreichischer Großgeräteplan
OGH	Oberster Gerichtshof
ÖKAP	österreichischer Krankenanstaltenplan

OKP	obligatorische Krankenpflegeversicherung
OPS	operative Prozeduren
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PKA	Praxiskostenabgeltung
PKG	Deutsche Praxisklinikgesellschaft
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz
PRIKRAF-G	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz
PsychEntgG	Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
PZI	problemzentriertes Interview
RVO	Reichsversicherungsordnung
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung
SpiG	Spitalgesetz
SpilIV	Spitalliste
STABS	Standardbewertungssystem
TBC	Tuberkulose
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
UV	Unfallversicherung
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VEZL	Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Vlbg SpG	Vorarlberger Gesetz über Heil- und Pflegeanstalten

Executive Summary

1. Die belegärztliche Versorgung ist eine der ältesten sektorenübergreifenden Versorgungsformen mit den klassischen Vorteilen des Vermeidens von Informationsverlusten an der ambulant-stationären Sektorengrenze und von unnötigen Doppelungen von Prozeduren. Trotzdem ist im Rahmen der derzeitigen Regulierung ein stetiger quantitativer Rückgang belegärztlicher Versorgungsangebote zu verzeichnen. Vor diesem Hintergrund hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und das Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH mit einer Untersuchung der Historie, Entwicklungsdeterminanten und Weiterentwicklungsdeterminanten der belegärztlichen Versorgung beauftragt.
2. Folgende *Ziele* wurden mit der vorliegenden Studie adressiert:
 - die Analyse der quantitativen Entwicklung und des Status Quo der belegärztlichen Versorgung
 - die Analyse der Rahmenbedingungen, Handlungsbarrieren und Anreizkonstellationen, die diese Entwicklung bedingen
 - die Entwicklung von Weiterentwicklungsoptionen unter Berücksichtigung von ausgewählten Modellen in anderen Ländern
 - die Bewertung dieser Weiterentwicklungsoptionen anhand von mit relevanten Stakeholdern erörterten Kriterien.
3. *Methodisch* nimmt die Studie ihren Ausgangspunkt in einer Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen und einer Aufbereitung der Datenlage bzgl. der belegärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung alternativer Versorgungsmodelle. Basierend auf einer teilsystematischen Literaturrecherche wurden Regulierungsmodelle aus vier Ländern in Bezug auf möglicherweise übertragbare Erkenntnisse auf die Situation im GKV-System untersucht. Eine weitere teilsystematische Literaturrecherche zu Entwicklungsdeterminanten der belegärztlichen Versorgung in Deutschland und möglichen alternativen Regulierungsvorschlägen diente als Grundlage der Konzeptionierung einer leitfadengestützten Expertenbefragung aus den wesentlichen Stakeholdergruppen. In der Befragung von 39 Experten aus 35 Organisationen wurden folgende Leitfragen adressiert:
 - Was sind Vorteile/Nachteile der belegärztlichen Versorgung?
 - Welche Modelle belegärztlicher Versorgung sind gelungen/misslungen?
 - Was sind die Alternativen zur belegärztlichen Versorgung?
 - Welche Reformmaßnahmen sollten Gesetzgeber/Selbstverwaltung ergreifen?

Aufbauend auf international verwendeten Kriteriologien zur Bewertung von Gesundheitssystemen und ihrer Teilsysteme wurde ein Vorschlag von Kriterien zur Bewertung der Regulierung der belegärztlichen Versorgung konzipiert und anschließend an eine Diskussion in einem Stakeholder-Workshop finalisiert. Basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherchen, der Länderanalysen und der Leitfadeninterviews wurden zwei alternative Regulierungsmodelle für die belegärztliche Versorgung konzipiert und anschließend im Vergleich mit dem Status Quo anhand der entwickelten Kriteriologie bewertet.

4. Die Studie erarbeitet folgende *rechtliche Rahmenbedingungen* als wesentlich für das Belegarztwesen heraus:
 - a. Die belegärztliche Versorgung gehört zu den wenigen sektorenübergreifenden Versorgungsformen, die bereits bei Inkrafttreten des SGB V im Jahr 1989 – basierend auf einer Vorgängerregelung in der Reichsversicherungsordnung (§ 368g Abs. 6 RVO) – normiert war (§ 121 Abs. 2 SGB V). Danach sind Belegärzte „nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.“ Regelungen zur Ausgestaltung finden sich in §§ 39, 40 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä). Krankenhausrechtlich finden sich entsprechende Regelungen in § 18 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Ausgehend von den gesetzlichen und untergesetzlichen Normen ist der Belegarztvertrag des Belegarztes mit dem Krankenhaus die Basis der Ausübung der belegärztlichen Tätigkeit.
 - b. Durch die Zuordnung des Belegarztwesens zum ambulanten ärztlichen Sektor gilt hier der Erlaubnisvorbehalt nach § 135 Abs. 1 SGB V, d.h. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können nur dann zu Lasten der GKV in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entsprechende Richtlinienempfehlungen abgegeben hat. Darüber hinaus können sich indirekte Beschränkungen des Leistungsumfangs durch die Vergütungsregelungen ergeben, insoweit entsprechende Gebührenordnungspositionen (GOP) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztlichen Leistungen (EBM) nicht aufgenommen wurden.
 - c. Die Vergütung der Leistungen des Belegarztes und des Krankenhauses erfolgt jeweils getrennt innerhalb der zwei Vergütungssysteme des ambulanten und des stationären Bereichs. Im ambulanten Bereich sind die Regelungen aufgrund der Gestaltungsspielräume der Gesamtvertragspartner regional unterschiedlich, basierend auf Empfehlungen und Regelungen der Bundesebene; charakteristisch ist die Vergütung nach tatsächlichem Leistungsanfall außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. Im stationären Bereich erfolgt die Vergütung nach spezifischen DRGs für Belegabteilungen, deren jeweilige Höhe losgelöst auf einer eigenen Datenbasis belegärztlicher Versorgung kalkuliert bzw. aus den DRGs für Hauptabteilungen abgeleitet wird.
 - d. In der ambulanten Bedarfsplanung führt die belegärztliche Tätigkeit eines Arztes nicht zur Veränderung der Verhältniszahlen für die Planungsregionen. Allerdings können unter bestimmten Umständen auch bei Überversorgung und Zulassungsbegrenzung im Fachgebiet Ärzte als belegärztlich tätige Vertragsärzte zusätzlich auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkt zur Versorgung zugelassen werden. In der Krankenhausplanung der Bundesländer ist eine etwaige Berücksichtigung belegärztlicher Tätigkeit und, sofern berücksichtigt, die Regulierungstiefe regional sehr unterschiedlich ausgestaltet.
5. Zur Vorbereitung der Weiterentwicklungsoptionen untersucht die Studie *weitere Versorgungsformen an den Sektorengrenzen* als potenzielle Alternativen zu belegärztlichen Versorgungsstrukturen. Hierfür analysiert werden:
 - im Krankenhaus angestellte Vertragsärzte

- Honorarärzte
 - Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
 - Kooperationen im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V
 - Praxiskliniken nach § 122 SGB V
 - Besondere Versorgung, insbesondere integrierte Versorgung nach § 140a SGB V.
6. Die Studie unternimmt eine umfassende *Analyse der Datenlage* zur belegärztlichen Versorgung in Deutschland. Ausgewertet werden öffentlich zugängliche Daten sowie Daten, die GKV-Spitzenverband, DKG und KBV eigens für diese Studie ausgewertet bzw. zur Verfügung gestellt haben. Im Ergebnis zeigt sich:
- Die Versorgungsdichte mit Belegärzten ist zwischen den Bundesländern sehr unterschiedlich. Dies gilt auch bei einer Betrachtung auf kleinräumiger Ebene (Kreisebene). Die Zahl der Belegärzte sinkt allerdings in allen Ländern in den letzten 10 Jahren (2006 bis 2016).
 - Abgesehen von der Urologie, bezieht sich der Rückgang auch auf alle ärztlichen Fachgebiete. Dem entspricht, dass die Zahl der Belegbetten in den Krankenhäusern in allen Fachgebieten rückläufig ist, am stärksten in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
 - Belegärzte sind besonders stark in freigemeinnützigen Krankenhäusern vertreten. Sowohl in diesen als auch in öffentlichen und privaten Krankenhäusern ist die Zahl der Belegärzte in den letzten 10 Jahren rückläufig.
 - Belegärzte sind besonders stark in sehr kleinen Krankenhäusern tätig, besonders gering ausgeprägt ist ihre Tätigkeit in großen Krankenhäusern der Maximalversorgung.
 - Die Zahl belegärztlicher Behandlungen von GKV-Versicherten hat sich in den letzten 10 Jahren nahezu halbiert. In den meisten Fachgebieten sind die Fallzahlen gesunken. Dem entspricht ein Rückgang der in der vertragsärztlichen Versorgung abgerechneten Gebührenordnungsziffern für belegärztliche Leistungen.
 - Auch die Anzahl reiner Belegkrankenhäuser und die darin erbrachten Fallzahlen haben sich in den letzten 10 Jahren ungefähr halbiert.
 - Gemessen mit dem Schweregradindikator PCCL-Level der DRG-Systematik weisen bei den häufigsten belegärztlichen DRGs die belegärztlichen Abteilungen einen etwas geringeren Schweregrad auf als die Fachabteilungen ohne Belegärzte. Dies gilt, wenn alle belegärztlichen DRGs betrachtet werden, allerdings nicht durchgängig.
7. Der im Rahmen der Studie durchgeführte *internationale Vergleich* hat die Länder USA, Österreich, Schweiz und England in den Blick genommen und kommt hierbei zu folgenden wesentlichen Ergebnissen:
- a. In den USA hat das traditionelle Belegarztmodell als „Voluntary Medical Staff Model“ nach wie vor eine hohe Relevanz für die Versorgung, befindet sich jedoch im Umbruch, insbesondere durch Bildung größerer Organisationsformen, die den veränderten Anforderungen der

Krankenhäuser und veränderten Präferenzen auch der ärztlichen Leistungserbringer Rechnung tragen.

- b. In *Österreich* ist belegärztliche Versorgung nur an privaten Krankenhäusern möglich, und umgekehrt sind die meisten Privatkrankenhäuser Belegeinrichtungen. Insoweit steht die belegärztliche Versorgung nur im Rahmen von Zusatzversicherungen bzw. Privatliquidation zur Verfügung. Die im Übrigen in niedergelassener Privatpraxis tätigen Belegärzte rechnen ihre Leistungen in der Regel direkt mit dem Privatversicherer ab.
 - c. Auch die *Schweiz* kennt das Belegarztwesen, dort vornehmlich in privaten Kliniken mit einem öffentlichen Versorgungsauftrag; zudem bestehen kleinere reine Belegkliniken. Die belegärztlichen Leistungen werden im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt. Der Belegarzt erhält vom Krankenhaus einen Anteil an der DRG, der in seiner Höhe im individuell verhandelten Belegarztvertrag fixiert ist.
 - d. In *England* gibt im Bereich des National Health Service (NHS) keine so genannte „doppelte Facharztschiene“. Ambulante und fachärztliche Versorgung findet im Krankenhaus statt. Den an den öffentlichen Krankenhäusern angestellten Fachärzten (Consultants) ist es möglich, daneben belegärztlich in Privatkliniken zu arbeiten. Dabei handelt es sich um Leistungen außerhalb des NHS. Erforderlich ist in der Regel, dass der Consultant von privaten Versicherungsunternehmen anerkannt ist.
8. Ziel der *Experteninterviews* aus Organisationen des Gesundheitssystems, die in der belegärztlichen Versorgung involviert sind, war es, die Problemwahrnehmung der Handelnden zu klären, Einflussvariablen zu identifizieren und Kausalbeziehungen zwischen Systemelementen und Entwicklungstrends zu erkennen. Die Experteninterviews kamen zu folgenden wesentlichen Ergebnissen:
- Die *Bedeutung* der belegärztlichen Versorgung wurde über alle interviewten Experten und Organisationen hinweg als vergleichsweise gering und rückläufig eingeschätzt. Hierfür wurden verschiedene Ursachen gesehen, so der Trend zur Ambulantisierung der Medizin oder die Konkurrenz durch andere Versorgungsformen (u.a. Honorar- und Konsiliarärzte).
 - Aus *versorgungspolitischer Sicht* wurde das Belegarztsystem kontrovers bewertet. Grundsätzlich durchweg positiv wurde aus dieser Perspektive bewertet, dass der Patient im Krankenhaus schnittstellenarm vom selben Facharzt behandelt wird, wie in der ambulanten Versorgung. Kritisch wurde demgegenüber u.a. angemerkt, dass Belegärzte nicht gut in das Qualitätsmanagement des Krankenhauses integriert seien und sie nur temporär beim Patienten im Krankenhaus anwesend seien. Zudem gäbe es kein Vier-Augen-Prinzip bei Diagnosestellung und Behandlung, und der Belegarzt weise sich selbst die Behandlungsfälle zu.
 - Als *Vorteil für den behandelnden Arzt* wird beschrieben, dass er die Möglichkeit habe, ein deutlich breiteres Spektrum von Behandlungen anzubieten, als es in der Niederlassung und im ambulanten Operieren möglich wäre. Allerdings wurde angemerkt, dass durch den Erlaubnisvorbehalt Teile des möglichen Tätigkeitsprofils versperrt seien und am Krankenhaus mögliche moderne Medizin bei dieser Ausübungsform ärztlicher Tätigkeit nicht realisiert werden könne. Teilweise wurde die Tätigkeit als Belegarzt auch hinsichtlich der Einkommenserzielungschancen als attraktiv beschrieben. Dies wurde andererseits allerdings auch in Frage

gestellt; in diesem Kontext wurde auch die Frage der Haftpflichtprämien thematisiert. Vor dem Hintergrund sich ändernder Vorstellungen von Work-Life-Balance wurden auch die Präsenzzeiten im Krankenhaus zusätzlich zur Arbeit in der Praxis sowie die Notfallbereitschaften als unattraktiv beschrieben.

- *Vorteile für Krankenhäuser* können mit Belegabteilungen verbunden sein, etwa wenn aufgrund geringer Fallzahlen nicht mehr wirtschaftliche Hauptabteilungen in Belegabteilungen umgewandelt werden. Auch kann sich die Nachsorge durch den Belegarzt im ambulanten Setting für das Krankenhaus als vorteilhaft erweisen. Andererseits wurde etwa die Einbindung des Belegarztes in die Strukturen und Prozesse im Krankenhaus als nicht immer unproblematisch beschrieben. Auch wurden die konkreten Vergütungsregelungen für die Krankenhäuser für belegärztliche Leistungen mehrfach als *unattraktiv* beschrieben.
 - Soweit die Experten eine „Wiederbelegung“ des Belegarztwesens als möglich ansahen, wurden insbesondere folgende *Gegenstandsbereiche möglicher Veränderungen* adressiert: Das Tätigkeitsspektrum sollte durch Übergang vom Erlaubnis- zum Verbotsvorbehalt ausgeweitet werden, so dass im Grundsatz sämtliche im Krankenhaus möglichen Interventionen vom Belegarzt durchgeführt werden könnten. Hinsichtlich der Qualitätssicherung belegärztlicher Leistungen sollte eine stärkere Integration in die Abläufe des Krankenhauses bewirkt werden und für Belegärzte und Krankenhausärzte vergleichbare Regelungen z.B. in Bezug auf Mindestmengen normiert werden. Zudem werden Reformen der Vergütung belegärztlicher Leistungen insbesondere für die Krankenhäuser angemahnt, z.B. durch die Abschaffung der Unterscheidung der DRGs nach Haupt- und Belegabteilungen. Zahlreiche genannte als notwendig angesehene Veränderungen sprengen dabei den engen Rahmen belegärztlicher Tätigkeit und adressieren Aspekte sektorübergreifender Versorgung generell oder noch weitergehend andere als reformbedürftig angesehene Fragestellungen im Gesundheitswesen.
9. Eine Bewertung von Status Quo sowie möglichen Veränderungen bei der belegärztlichen Versorgung kann nur im Zusammenhang mit der Erreichung von Gestaltungszielen erfolgen. Die vorliegende Studie hat hierfür – auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse eines hierfür mit Stakeholdern durchgeführten Workshops – die folgenden *Bewertungskriterien* formuliert:
- Versorgungsqualität: Dabei werden der Versorgungsqualität drei Subkriterien zugeordnet: effektive Versorgung, Patientensicherheit und Behandlungscoordination,
 - Wirtschaftlichkeit mit den Subkriterien der Behandlungseffizienz und der Anreizkompatibilität,
 - Zufriedenheit der Leistungserbringer,
 - Adaptionfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen,
 - Transparenz und Planbarkeit,
 - gesundheitspolitische und rechtliche Realisierbarkeit.
10. Für eine mögliche Weiterentwicklung der belegärztlichen Versorgung in Deutschland werden in dieser Studie zwei *alternative Reformmodelle* entworfen:
- ein liberales Versorgungsmodell und

- ein reguliertes Versorgungsmodell.

Weitergehende Modelle, die über die belegärztliche Versorgung hinaus z.B. die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung umfassend neu regeln wollen, werden vorliegend nicht thematisiert. Beide Modelle werden hinsichtlich folgender Dimensionen entwickelt:

- Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit,
- Leistungsumfang,
- Vergütung,
- Bereitschaftsdienst,
- Qualitätssicherung,
- Krankenhausplanung.

11. Das *liberale Versorgungsmodell* basiert auf der Annahme, dass wenige grundsätzliche Vorgaben ausreichen und die konkrete Ausgestaltung der belegärztlichen Tätigkeit weitgehend durch die individuellen Vertragspartner erfolgen kann. Das liberale Modell ist insbesondere durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Für die Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit wird der Facharztstatus als ausreichend angesehen.
- Hinsichtlich des Leistungsumfangs für die belegärztliche Tätigkeit gilt der Verbotsvorbehalt.
- Zur Vergütung wird einerseits ein Modell entwickelt, bei dem das Krankenhaus einheitlich kalkulierte DRGs auch für belegärztliche Fälle erhält. Das Krankenhaus vergütet in diesem Modell den Belegarzt für seine Leistungen aus der DRG, worüber jeweils freie Vereinbarungen zwischen Krankenhaus und Belegarzt geschlossen werden.
Alternativ wird ein Modell konzipiert, bei dem zusätzlich die Vergütungen für grundsätzlich ambulant erbringbare Leistungen im Sinne von Hybrid-DRGs für alle Erbringungsformen vereinheitlicht werden.
- Es werden keine Veränderungen in Bezug auf die Regelungen zu den Bereitschaftsdiensten der Belegärzte im Krankenhaus vorgeschlagen.
- Auch werden keine zusätzlichen Regelungen zu Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgeschrieben.
- Im liberalen Modell gibt es keine Vorgaben für den Ausweis bzw. die explizite Berücksichtigung von Belegabteilungen in der Krankenhausplanung der Länder.

12. Das *regulierte Versorgungsmodell* geht davon aus, dass es neben angemessenen ökonomischen Anreizen für die Marktteilnehmer im Gesundheitssystem weiterer gezielter Planungs- und Steuerungsmaßnahmen bedarf, um versorgungspolitische Ziele zu erreichen. Dazu wird insbesondere vorgesehen:

- Die Erweiterten Landesausschüsse nach § 116b SGB V sollen aufgrund der Betroffenheit des ambulanten und des stationären Bereichs die Zuständigkeit für die Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit übernehmen. Regelmäßig sind nur Kooperationen von drei Ärzten gleicher Fachrichtung zur belegärztlichen Versorgung zuzulassen, für strukturschwache Regionen sind

ggfs. Sonderregelungen vorzusehen. Persönliche Mindestmengen (unter Beachtung gleichlanger Spieße mit Krankenhausärzten), Nachweise von auf die angestrebte belegärztliche Tätigkeit bezogener Fortbildung sowie Kooperationserfordernisse können vom G-BA für die Zulassung vorausgesetzt werden. Die Sonderzulassung nach § 103 Abs. 7 SGB V wird abgeschafft.

- Hinsichtlich des Leistungsumfangs für die belegärztliche Tätigkeit gilt auch im regulierten Modell der Verbotsvorbehalt. Die Erbringung von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Leistungen) durch den Belegarzt wird an die Weiterbildungserlaubnis des Belegarztes im ausgeübten Fachgebiet in einem festzulegenden Mindestumfang gebunden.
 - Die Vergütung der Belegärzte wird in einer ersten Variante auch im regulierten Modell aus dem DRG-System finanziert. Der vom Krankenhaus an den Belegarzt zu zahlende Vergütungsanteil der jeweiligen DRGs wird vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) einheitlich ermittelt. Bei NUB-Leistungen wird die Vergütung des entsprechenden ärztlichen Leistungsanteils individuell zwischen Belegarzt und Krankenhaus verhandelt. In einer zweiten Vergütungsvariante werden die DRGs für belegärztliche Leistungen zwar auch einheitlich – ohne Unterscheidung zwischen Haupt- und Belegabteilung – kalkuliert, allerdings unter Abzug der vom InEK ermittelten belegärztlichen Leistungsanteile an die Krankenhäuser vergütet. Die Vergütung der Belegärzte wiederum erfolgt weiterhin über den EBM; Ausnahme sind hier die mit dem Krankenhaus zu verhandelnden belegärztlichen Anteile an NUB-Leistungen für die zu diesen Leistungen berechtigten Belegärzte mit erweiterter Zulassung. In beiden Varianten ist zu prüfen, inwieweit eine Vergütungsposition analog zur schweizerischen Praxiskostenabgeltung für Belegärzte geschaffen werden sollte.
 - Auch im regulierten Modell werden keine Veränderungen in Bezug auf die Regelungen zu den Bereitschaftsdiensten der Belegärzte im Krankenhaus vorgeschlagen.
 - Die Krankenhäuser werden verpflichtet, die Belegärzte in die Prozesse des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und des klinischen Risikomanagements gemäß G-BA-Richtlinie zu integrieren.
 - Die Krankenhausplanung bezieht verpflichtend die Unterscheidung in Haupt- und Belegabteilung mit ein, um lenkend auf den regionalen Einsatz belegärztlicher Versorgung einwirken zu können.
13. Die Studie führt eine *Bewertung von Status quo und den zwei Reformmodellen* hinsichtlich der erarbeiteten Beurteilungskriterien durch. Bei der Beurteilung des Status Quo im Kontext seiner Regulierung ist dabei die quantitative Abwärtsbewegung dieser Versorgungsform im derzeitigen Regulierungskontext zu berücksichtigen. Demgegenüber ist davon auszugehen, dass von beiden Reformmodellen insbesondere aufgrund der geänderten Vergütungsregelungen und des Übergangs zum Verbotsvorbehalt Anreize für eine positive quantitative Entwicklung der belegärztlichen Tätigkeit ausgehen. Wesentliche Ergebnisse der Analyse sind:
- a. Hinsichtlich der *Versorgungsqualität* mit Blick auf die *Effektivität der Versorgung* bewirkt der zu erwartende Ausbau der belegärztlichen Versorgung in beiden Reformmodellen, dass die im Status quo realisierbaren Vorteile der Schnittstellenarmut der belegärztlichen Versorgung besser genutzt werden können. Der Übergang zum Verbotsvorbehalt führt in den Reformmodellen dazu, dass eine effektive Behandlungsauswahl gestärkt werden kann; allerdings

besteht auch das Risiko, dass nicht auf ihre Effektivität überprüfte Methoden zum Einsatz kommen können. Im regulierten Modell leistet die Koppelung des breiteren Zugangs zum medizinischen Fortschritt durch die Anknüpfung der Erbringung von NUB an qualitative Voraussetzungen einen stärkeren Beitrag zur Stärkung der Effektivität der Versorgung.

- b. In Bezug auf die *Patientensicherheit* als zweite Dimension der *Versorgungsqualität* kann für den Status Quo wie beide Reformmodelle der Facharztstatus als Vorteil angeführt werden. Mit dem im liberalen Modell breiteren Zugang zu NUB können eher Risiken für die Patientensicherheit einhergehen als im diesen Zugang stärker an Voraussetzungen bindenden regulierten Modell. Auch die stärkeren Vorgaben für den Bereitschaftsdienst wirken im regulierten Modell in diese Richtung.
- c. Hinsichtlich der *Behandlungskoordination* zwischen ambulanter und stationärer Versorgung als weiterer Dimension der *Versorgungsqualität* weisen Status quo wie Reformmodelle den Vorteil der Informationsübermittlung „in persona“ auf, bei offenbar unterschiedlich gelingender Koordination mit dem Leistungsteil des Krankenhauses. Das regulierte Modell setzt auf Ausbau der Koordination mit dem Krankenhaus, das liberale Modell hingegen auf die Entfaltung der Wirkung entsprechender Anreize.
- d. Bezüglich des Kriteriums der *Wirtschaftlichkeit* im Sinne der *Behandlungseffizienz* gibt es sowohl Argumente für (Vermeidung von Doppeluntersuchungen) als auch gegen (spezifische angebotsinduzierte Nachfrage) eine effiziente Leistungserbringung durch die belegärztliche Versorgungsstruktur. Daten für einen Vergleich der relativen Effizienz belegärztlicher Versorgung mit der traditionellen stationären Versorgung liegen nicht vor. In beiden vorgeschlagenen Reformmodellen gibt es keine grundsätzlich andere Betrachtungsweise. Soweit die als Vergütungsvariante angesprochenen Hybrid-DRGs realisiert werden, ergeben sich zusätzliche Effizienzvorteile durch eine Steuerung in die ambulante Versorgung.
- e. Das Kriterium der *Wirtschaftlichkeit* verstanden als *Anreiz-/Teilnahmekompatibilität* ist im Status Quo offenbar nur begrenzt gegeben, wie die sinkende Zahl von an der belegärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern zeigt, wofür Vergütungsaspekte (u.a. ggn. Hauptabteilungen abgesenkte DRGs) ebenso wie organisationsstrukturelle Aspekte relevant sind. Die in beiden Reformmodellen vorgesehenen Änderungen im Leistungsumfang und im Vergütungsmodell stärken die Teilnahmeinteressen der Krankenhäuser. Die sinkende Zahl von Belegärzten ist demgegenüber nicht primär auf materielle Fehlanreize zurückzuführen, vielmehr stehen Aspekte wie Einschränkungen des Tätigkeitsspektrums und Bereitschaftsdienste eher im Vordergrund. Hier kann die im regulierten Modell vorgesehene höhere Vernetzungsnotwendigkeit im Rahmen des Zulassungsverfahrens ggfs. tendenziell zur Abnahme der negativen Anreize aus Ansprüchen an die private Lebensgestaltung führen. Die Überlegungen gelten entsprechend für das Kriterium *Zufriedenheit der Leistungserbringer*.
- f. *Patientenorientierung* der belegärztlichen Versorgung wird im Status quo u.a. durch die Möglichkeit freier Arztwahl auch im Krankenhaus gesehen, was allerdings mit einer Einschränkung der Krankenhauswahl einhergeht. Es ergeben sich hier in beiden Reformszenarien keine grundsätzlich neuen Aspekte.
- g. In Bezug auf die *Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen* lässt der Status quo Raum z.B. für die Anpassung an veränderte Berufsvorstellungen durch Vernetzung von niedergelassenen Ärzten und die Bildung größerer Einheiten.

Demgegenüber ist aktuell etwa eine Anpassung an die Bedarfe einer alternden Bevölkerung im Rahmen konservativer belegärztlicher Leistungen ebenso wenig möglich wie eine systematische Steuerung der belegärztlichen Versorgung in Bezug auf ländliche Gebiete mit drohender Unterversorgung im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder. Dies gilt weitgehend auch für das liberale Modell, welches allerdings durch den erweiterten Leistungsumfang eine bessere Anpassung an den jeweiligen Patientenbedarf ermöglicht. Dem gegenüber werden im regulierten Modell sowohl die Anpassung des regionalen Angebots an entsprechende Bedarfe als auch die Anpassung an veränderte Berufsvorstellungen niedergelassener (potenzieller) Belegärzte stärker durch gezielte regionale Steuerung der Länder regulativ unterstützt.

- h. Hinsichtlich der Kriterien *Transparenz* und *Regulierbarkeit* wird im Status quo die Übersicht über und die Evaluierbarkeit belegärztlicher Leistungen durch die doppelte Zuständigkeit in der Abrechnung über das DRG-System und über den EBM erschwert. Im liberalen Modell entfallen die doppelten Zuständigkeiten im Rahmen der Vergütung; im regulierten Modell gilt dies nur für eine der beiden skizzierten Vergütungsvarianten. Im Status quo ist die Transparenz über die Qualität belegärztlicher Tätigkeit gering. Im regulierten Modell können Parameter der Strukturqualität auch arztbezogen durch die lebenslange Arztnummer vergleichbar für Beleg- und Krankenhausärzte erhoben und damit transparent werden.
 - i. Beim Kriterium der *Realisierbarkeit* ist zu berücksichtigen, dass beim liberalen Modell insbesondere Widerstand der Krankenkassen hinsichtlich des leichteren Zugangs zum Belegarztwesen in Verbindung mit der Einführung des Verbotsvorbehaltes zu erwarten ist. Dies gilt für das regulierte Modell in geringerem Umfang. Das regulierte Modell könnte auf Kritik bei den Krankenhäusern wegen der stärkeren Eingriffe in die Krankenhausplanung führen, auch drohen hier grundsätzliche Widerstände der Länder mit Blick auf das föderale System. Die Vergütungsregelungen dürfen den Krankenhäusern entgegen kommen.
14. Eine zusammenfassende Gesamtbeurteilung von Status Quo und den zwei Regulierungsmodellen ist auf wissenschaftlicher Basis nicht möglich, da hierzu eine Gewichtung der angewandten Bewertungskriterien erfolgen müsste. Aus Stakeholderperspektive wird diese interessensabhängig unterschiedlich ausfallen. Letztlich ist erst der Gesetzgeber legitimiert, eine Gewichtung vorzunehmen, um ggfs. zu einer rechtlichen Umsetzung zu kommen. Im Haupttext wird in einer abschließenden Tabelle (Tabelle 29) eine ordinale Bewertung der Veränderungen durch die Einführung des jeweiligen Regulierungsmodells im Vergleich zum Status Quo nach den einzelnen Kriterien vorgenommen. Der Bewertung sind jeweils die wichtigsten Einflüsse regulativer Veränderungen zugeordnet, die die Autoren zu dieser Bewertung bewogen haben. Ein Teil der Bewertungen beruht auch auf erwarteten Anreizwirkungen der Modelle in Hinblick auf eine Erweiterung des Angebots an belegärztlicher Versorgung.

1 Hintergrund und Ziele des Projekts

Die belegärztliche Versorgung wird durch Vertragsärzte in Krankenhäusern für vollstationäre Leistungen erbracht. Während die stationären Leistungen nach einer (um den ärztlichen Vergütungsanteil bereinigten) B-DRG abgerechnet werden, wird die ärztliche Leistung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet.

Durch diese differenzierte Zuordnung ergeben sich wesentliche Implikationen wie z.B.

- im Bereich der Erbringung von Leistungen im Rahmen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Erlaubnisvorbehalt im Bereich des EBM, Verbotsvorbehalt im DRG-System
- im Bereich der Art der Berücksichtigung der Belegärzte in der Planung von Versorgungskapazitäten: jeweilige Form der Berücksichtigung der belegärztlichen Leistungen in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und der hiermit verbundenen stationären Kapazitäten in der Krankenhausplanung der Länder
- im Bereich der jeweiligen Qualitätssicherungssysteme

Insgesamt geht der Umfang der belegärztlichen Versorgung in den letzten Jahren kontinuierlich zurück. Diese Entwicklung kann im Zusammenhang mit negativen Anreizen aus den Rahmenbedingungen im Bereich der vertragsärztlichen Leistungserbringer und/oder der Krankenhäuser gesehen werden. Die Belegarztverbände stellen hierzu fest, dass viele „klassische“ Belegärzte verstärkt als Honorarbelegärzte tätig werden. Die unattraktiven Rahmenbedingungen könnten mittelfristig dazu führen, dass diese Strukturvariante der stationären Versorgung aus dem Versorgungsangebot verschwindet.

Gleichzeitig stellt die belegärztliche Versorgung allerdings eine Form sektorenübergreifender Versorgung mit schnittstellenarmen Übergängen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung dar und adressiert damit ein konstitutionelles Problem des deutschen Gesundheitssystems, die Schnittstellenprobleme bei der Patientenversorgung in mehreren Versorgungssektoren (statt vieler: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012). Durch die Betreuung aus einer Hand können Patienten ohne Informations- und Abstimmungsverluste zwischen den Sektoren wechseln. Es stellt sich auch die Frage, inwieweit die belegärztliche Versorgung eine Anschlussoption für kleinere insbesondere ländliche Krankenhäuser in ambulante Strukturen darstellen könnte, wie es in verschiedenen Ländern bereits praktiziert wird.

Aus diesem Spannungsfeld leitet sich die Themenstellung dieses Projekts ab, das Rahmenbedingungen und Entwicklungsoptionen der belegärztlichen Versorgung analysiert und basierend auf identifizierten Handlungsbarrieren mittels einer kriteriengestützten Validierung aus gesundheitspolitischer Perspektive Gestaltungsempfehlungen ableitet.

Ziel des vorliegenden Projektes ist

- die Analyse der quantitativen Entwicklung und des Status Quo der belegärztlichen Versorgung
- die Analyse der Rahmenbedingungen, Handlungsbarrieren und Anreizkonstellationen, die diese Entwicklung bedingen

- die Entwicklung von Weiterentwicklungsoptionen unter Berücksichtigung von ausgewählten Modellen in anderen Ländern
- die Bewertung dieser Weiterentwicklungsoptionen anhand von mit relevanten Stakeholdern erörterten Kriterien.

Im hier folgenden Projektbericht wird entsprechend in Kapitel 2 zunächst der Status Quo aus rechtlicher und aus empirischer Perspektive analysiert. Zusätzlich wird die belegärztliche Versorgung in den Kontext weiterer und zum Teil konkurrierender Versorgungsformen gestellt.

Kapitel 3 untersucht die Gesundheitssysteme aus vier Ländern – USA, Österreich, Schweiz und England – auf mögliche Gestaltungsbeiträge für die Regulierung belegärztlicher Versorgung

In Kapitel 4 werden die Ergebnisse einer umfassenden leitfadengestützten Expertenbefragung zur Einschätzung der belegärztlichen Versorgungsform, ihrer Vor- und Nachteile und ihrer Entwicklungsperspektiven dargestellt.

Wesentlicher Inhalt von Kapitel 5 sind Methodik und Ergebnis der Entwicklung einer Krieriologie zur Bewertung des Status Quo und alternativer Regulierungsoptionen für die belegärztliche Versorgung.

Basierend auf den vorangegangenen Analysen werden in Kapitel 6 zwei alternative Regulierungsoptionen für die belegärztliche Versorgung der Zukunft entwickelt, die den Rahmen zwischen einer liberalisierten stärker auf Marktmechanismen vertrauenden und einer im Sinne gesundheitspolitischer Zielsetzungen reformierten und ausgeprägten Regulierung aufspannen.

Kapitel 7 nimmt schließlich eine Bewertung des Status Quo und der zwei alternativen Regulierungsmodelle mit Hilfe der Krieriologie vor.

2 Rechtliche und empirische Grundlagen

Zur Identifizierung des Status Quo des Belegarztwesens in Deutschland als Ausgangsgrundlage für die Entwicklung von Reformansätzen bedarf es zunächst der Auseinandersetzung mit den rechtlichen Rahmenbedingungen und der quantitativen Entwicklung dieser Versorgungsform.

2.1 Gesetzliche und untergesetzliche Grundlagen des Belegarztwesens

Die belegärztliche Versorgung gehört zu den wenigen sektorenübergreifenden Versorgungsformen, die bereits bei Inkrafttreten des SGB V im Jahr 1989 kodifiziert waren. Entsprechende Paragrafen wies bereits die bis dahin gültige Reichsversicherungsordnung (§ 368 Abs. 6 RVO) auf.

In § 121 Abs. 2 SGB V (gleichlautend in § 39 BMV-Ä und § 31 Abs. 1 EKV-Ä) ist der Begriff des Belegarztes wie folgt definiert:

„Belegärzte im Sinne dieses Gesetzbuchs sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.“

Der Belegarzt ist also weiterhin freiberuflich tätig und ist in medizinischen Fragen nicht weisungsgebunden. Die Formulierung „ihre Patienten“ unterstreicht die Intention des Gesetzgebers: Der Patient wird nicht vom Krankenhaus behandelt, sondern verbleibt auch während des stationären Aufenthaltes in der Obhut des Vertragsarztes.

In § 18 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) findet sich Näheres zu belegärztlichen Leistungen. Dazu zählen:

„1. seine persönlichen Leistungen,

2. der ärztliche Bereitschaftsdienst für Belegpatienten,

3. die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,

4. die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses“

Für den Leistungsumfang bzw. die Art der zu erbringenden Leistungen gelten die gleichen Regeln wie in der vertragsärztlichen Versorgung, d.h. es gilt der so genannte „Erlaubnisvorbehalt“ nach § 135 Abs. 1 SGB V, wonach neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erst nach einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu ihrem therapeutischen und diagnostischen Nutzen sowie ihrer medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht werden dürfen.

Die Vergütung der belegärztlichen Tätigkeit war zunächst eindeutig nur im Rahmen der ambulanten ärztlichen Vergütung vorzunehmen. Dementsprechend legt der Gesetzgeber in § 121 SGB V Abs. 3 fest:

„Die belegärztlichen Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die Vergütung hat die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen. Hierzu gehören auch leistungsgerechte Entgelte für

1. den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten und

2. die vom Belegarzt veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden.“

Nachdem der Regierungsentwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) noch die Planung enthielt, die belegärztliche Vergütung nunmehr im Rahmen ins DRG-Systems einzupreisen und damit aus der ambulanten Gesamtvergütung herauszulösen (Deutsche Bundesregierung 2006), wurde letztlich im GKV-WSG 2007 stattdessen in § 121 SGB V in einem neuen Abs. 4 ein Auftrag an den Bewertungsausschuss, also für die ambulante ärztliche Vergütung, formuliert, Regelungen zur angemessenen Vergütung der belegärztlichen Leistungen zu treffen. Ergebnis der entsprechenden Aufgabener-

fällung des Bewertungsausschusses war die Einführung des Kapitels 36 im EBM („Belegärztliche Operationen, Anästhesien und belegärztliche postoperative Überwachung. Konservativ belegärztlicher Bereich“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016).

Im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde schließlich ein Abs. 5 in den § 121 SGB V eingefügt, der eine weitere Wahlmöglichkeit bzgl. der Vergütung der belegärztlichen Leistungen öffnete, nämlich über Honorarverträge mit dem Krankenhaus anstelle der EBM-Vergütung über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Gleichzeitig wurde dem § 18 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ein Abs. 3 eingefügt: „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 Fallpauschalen für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent ab.“ Aus § 39 Absatz 2 BMÄ ist abzuleiten, dass Belegärzte auf Basis des Honorarvertragsmodells nach § 121 Abs. 5 SGB V stationäre Leistungen in einer Belegabteilung erbringen dürfen, wenn sie ihrer KV Meldung darüber machen. Die KV übermittelt diese Daten an die Verbände der Kostenträger.

Der Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) definiert übereinstimmend mit dem SGB V in § 39 (Belegärzte) Abs. 1 Belegärzte als „nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die berechtigt sind, Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.“ Gemäß § 39 Abs. 3 BMÄ darf die stationäre Leistungserbringung nicht das Schwergewicht der Gesamttätigkeit des Vertragsarztes bilden. Dieser muss im erforderlichen Maße der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen. Weiter bestimmt § 39 Absatz 4 BMÄ, dass die Belegarztanerkennung auch für mehrere Krankenhäuser möglich ist. Gemäß § 39 Absatz 6 ist der Belegarzt verpflichtet, für die Belegabteilung einen Bereitschaftsdienst für akute medizinische Bedarfe bei seinen Patienten zu organisieren. Den Bereitschaftsdienst kann der Belegarzt selbst leisten oder ein anderer Arzt außerhalb seiner Dienstzeit. Die persönliche Anwesenheit im Krankenhaus ist erforderlich.

Belegärzte müssen nach §40 BMÄ durch die regional zuständige KV zugelassen sein. Diese Zulassung in Form des sogenannten „Zulassungsbescheid“ erfolgt nicht bundeseinheitlich, sondern von KV zu KV verschieden. So enthält in Bayern die Zulassung nur die Genehmigung zur Führung von Belegbetten, während in anderen KVen eine feste Anzahl von Betten genannt wird (z.B. Niedersachsen, Saarland etc.). Dies ist insofern von Relevanz, da laut einem BSG Urteil für die Abrechnung von Belegpatienten die Anzahl der genehmigten Belegbetten entscheidend ist (BSG, Urteil vom 29.11.2017, B 6 KA 33/16 R). Ferner erfordert diese Zulassung gemäß § 40 Abs. 1 BMV-Ä eine Belegabteilung entsprechender Fachrichtung an einem Krankenhaus in räumlicher Nähe zur Praxis sowie Erklärung des Krankenhauses nach § 40 Abs. 3. Das LSG Schleswig-Holstein entschied in einem Urteil vom 23.11.1999 (L 6 Ka 18/99), dass räumliche Nähe dann gegeben ist, wenn der Belegarzt die Belegabteilung von seiner Praxis und von seiner Wohnung aus unter normalen Bedingungen in 30 Minuten erreichen kann (Deutsches Ärzteblatt 2000, S. A-1482). Weitere Bestimmungen über die Festlegungen des BMV-Ä hinaus werden in den Gesamtverträgen auf der Ebene der KV-Region durch die KVen einerseits und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen andererseits getroffen.

2.1.1 Vertragsgestaltung

Der Belegarztvertrag des Belegarztes mit dem Krankenhaus legt den vertraglichen Rahmen fest, der die gemeinsame Versorgung der Patienten im notwendigen Umfang sicherstellt (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2016). Hierzu existieren Musterverträge, die 2008 von den Vorständen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer verabschiedet und in einer Broschüre herausgegeben wurden (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. unter Mitwirkung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2008). Die 2. Aktualisierte Auflage dieser Musterverträge erfolgte 2016 in einer Publikation der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) alleine und dokumentiert keine weitere gemeinsame Verabschiedung (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2016). Die Musterverträge liegen hier in zwei Grundformen, nämlich für den niedergelassenen Vertragsarzt und für den in einem MVZ angestellten Arzt vor, wobei jeweils Varianten für das kooperative Belegarztwesen nach § 121, Abs. 1 S. 2 vorhanden sind, bei dem Belegärzte einer Fachrichtung die Betreuung ihrer Belegpatienten koordiniert übernehmen. Zusätzlich sind Vertragsvarianten vorgestellt im Falle der Vereinbarung der Zahlung des Belegarzthonorars nach § 18 KHEntG durch das Krankenhaus. Inhalte der Belegarztverträge sind insbesondere Vereinbarungen über Rechte und Pflichten des Belegarztes, Qualitätssicherung und finanzielle Regelungen.

Die Belegarztverträge zwischen Krankenhaus und Belegarzt liefern die Grundlage für den so genannten „gespaltenen“ Arzt-Krankenhaus-Vertrag des Patienten. Dabei handelt es sich auf der einen Seite um einen Vertrag des Patienten mit dem Belegarzt über die belegärztlichen Leistungen, andererseits um einen Vertrag mit dem Krankenhaus über die übrigen Versorgungsleistungen, insbesondere Pflege und Unterbringung.

Die belegärztliche Tätigkeit wird dabei unterschieden nach Versorgung von Patienten:

1. in Belegbetten von Hauptabteilungen gleicher Fachrichtung: hier nutzt der Belegarzt (während seiner Abwesenheit) für die Versorgung die Sicherheit und Notfallbetreuung das Komplement einer (ohnehin vorhandenen) vollstationären Ausrüstung,
2. in Belegabteilungen in Häusern mit Haupt- und Belegabteilungsstrukturen: hier hält der Belegarzt (meist im Verbund mit fachgleichen Belegarztkollegen) eigene Versorgungsstrukturen für die Betreuung seiner Patienten vor. Nur im Falle seiner Abwesenheit greift er auf das (fachfremde) ärztliche Personal zurück,
3. in Belegabteilungen in reinen Belegkrankenhäusern: die hier tätigen Belegärzte belegen überwiegend interdisziplinär und organisieren eine interdisziplinäre Versorgung. Es handelt sich bei dieser Organisationsform häufig um private (und/oder) kirchliche Träger.

2.1.2 Leistungsumfang

Durch die Zuordnung des Belegarztwesens zum ambulanten ärztlichen Sektor gilt hier der Erlaubnisvorbehalt nach § 135 Abs. 1 SGB V, d.h. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können nur dann zu Lasten der GKV in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entsprechende Richtlinienempfehlungen abgegeben hat. Darüber hinaus können sich indirekte Beschränkungen des Leistungsumfangs durch die Vergütungsregelungen ergeben (s.u.).

2.1.3 Vergütung

Die Vergütung der Leistungen des Belegarztes und des Krankenhauses erfolgt jeweils getrennt innerhalb der zwei Vergütungssysteme des ambulanten und des stationären Bereichs.

2.1.3.1 Vergütung der belegärztlichen Leistungen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Vergütung

Wie oben beschrieben, erfolgt die Vergütung der belegärztlichen Leistungen grundsätzlich aus der ambulanten Gesamtvergütung über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV). Hierzu wurde in Erfüllung des oben erwähnten Auftrags des Gesetzgebers im GKV-WSG das Kapitel 36 „Belegärztliche Leistungen“ in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eingestellt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016). Belegärztliche Leistungen werden hier eingeteilt in belegärztliche Operationen und den belegärztlich-konservativen Bereich. Im Abschnitt der belegärztlichen Operationen ist explizit nicht die Vergütung der präoperativen Leistungen der Vorbereitung einer Operation enthalten, die außerhalb Kapitel 36 abgebildet ist, jedoch die Vergütung der OP-Leistungen selber, der Anästhesie und der postoperativen Überwachung. Die ambulante postoperative Behandlung wird ebenfalls nicht im Rahmen dieses Kapitels vergütet. Der Schwerpunkt des Abschnitts zum belegärztlich-konservativen Bereich liegt auf internistischen Behandlungen.

In Anhang 2 des EBM sind seit 1997 die operativen Prozeduren (OPS) aufgelistet, die Entsprechungen in den Gebührenordnungspositionen (GOP) der Kapitel 31 (Ambulantes Operieren) und 36) des EBM haben, so dass sich aus den OPS unmittelbar die anzuwendenden GOP ergeben. Hier wird von belegärztlicher Seite bemängelt, dass auch einige nicht dem Erlaubnisvorbehalt unterliegenden GOP, wie z.B. im urologischen Bereich die Harnleiterneueinpflanzung und die Blasenteilresektion nicht enthalten seien.

Die Vergütung der belegärztlichen Leistungen des Kapitels 36 EBM und einiger weniger weiterer belegärztlicher Leistungen aus anderen Kapiteln des EBM (Radiojodtherapie, Geburtshilfe, systemische Fibrinolyse arterieller oder venöser Thrombosen) erfolgt in der Regel extrabudgetär entsprechend auch der aktuell letzten Empfehlung des Erweiterten Bewertungsausschusses für das Jahr 2018 (Erweiterter Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V 2017).

Die einzelnen kassenärztlichen Vereinigungen haben in der Regel Verträge mit allen Krankenkassen(-verbänden) ihrer Region jeweils einzeln oder getrennt abgeschlossen, die auch eine Teilvergütung einzelner EBM-GOP, reduziert um die technischen Leistungen, die im Belegarztfall das Krankenhaus erbringt, festlegen. In einigen KVen sind zusätzliche regionale GOP insbesondere als Bereitschaftsdienstpauschale des Belegarztes mit den Kassen vereinbart, einige stellen im Rahmen des Vertrags über die Gesamtvergütung mit den Kassen auf regionaler Ebene alle belegärztlichen Leistungen, also über die Empfehlung des Erweiterten Bewertungsausschusses hinaus, extrabudgetär, in eigenen Fällen werden darüber hinaus belegärztliche Leistungen mit einem Zuschlagspunktwert gefördert. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die einzelnen Maßnahmen in den KVen. Die Informationen in dieser Tabelle wurden den Homepages der KVen und Antworten auf Anfragen an die KVen über nicht publizierte Inhalte entnommen. Informationslücken bzw. inaktuelle Informationen sind insofern nicht völlig auszuschließen.

Tabelle 1: Vergütungsregelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur belegärztlichen Versorgung

Kassenärztliche Vereinigung	extrabudgetäre GOP-Bereiche	Punktwertschläge	zusätzliche regionale Leistungen	weitere Besonderheiten
Baden-Württemberg	Kapitel 36 EBM, 13311, 17370 und 08410 bis 08416 (belegärztl. Geburtshilfe), regionale GOP 99600	1,525 Cent auf alle belegärztlichen Leistungen	Postoperativer Behandlungskomplex nach belegärztlichen Operationen aus Abschnitt 36.2 EBM, GOP 99600: 20,38 €	
Bayern	Kapitel 36 EBM, 13311, 17370 und 08410 bis 08416 (belegärztl. Geburtshilfe)	nein	Bereitschaftsdienstpauschale Ersatzkassen 3,07 €, Primärkassen 2,56 €	Leistungsfonds für belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV mit Quotierungsuntergrenze 85%, jedoch in den letzten Jahren Auszahlung immer zu 100%
Berlin	Kapitel 36 EBM, 13311, 17370 und 08410 bis 08416 (belegärztl. Geburtshilfe)	nein	Bereitschaftsdienstpauschale 3,10 € pro Patienten und Pfl egetag	
Brandenburg	alle belegärztlichen Leistungen	nein	Bereitschaftsdienstpauschale 3,10 € pro Patienten und Pfl egetag	
Bremen	Kapitel 36 EBM, 13311, 17370 und 08410 bis 08416 (belegärztl. Geburtshilfe)	nein		Bereitstellungsvolumen belegärztliche Begleitleistungen, Mindestpunktwert halber regionaler Punktwert
Hamburg	Kapitel 36 EBM, 13311, 17370 und 08410 bis 08416 (belegärztl. Geburtshilfe), Wegepauschale im Rahmen der ersten Visite eines Patienten im Krankenhaus	nein	Bereitschaftsdienstpauschale 3,07 € pro Patienten und Pfl egetag	

Hessen	alle belegärztl- lichen Leistungen	0,9445 Cent auf Leistungen Kap. 36 EBM, 0,3693 Cent auf GOP 13311, 17370 und Kapitels 8.4 EBM(Geburts- hilfe)		
Mecklenburg- Vorpommern	Kapitel 36 EBM, 13311, 17370 und 08410 bis 08416 (belegärztl. Ge- burtshilfe)	nein		
Niedersachsen	Kapitel 36 EBM, 13311, 17370 und 08410 bis 08416 (belegärztl. Ge- burtshilfe)	nein	Bereitschaftsdienst- pauschale 2,42€ je Pati- enten und Pflgetag	ärztlicher Bereit- schaftsdienst, im Vor- wegabzug innerhalb der MGV
Nordrhein	Kapitel 36 EBM, 13311, 17370 und 08410 bis 08416 (belegärztl. Ge- burtshilfe), Bereit- schafts- dienstpauschale	nein	Bereitschaftsdienst- pauschale 2,42€ je Pati- enten und Pflgetag	
Rheinland-Pfalz	Kapitel 36 EBM, 13311, 17370 und 08410 bis 08416 (belegärztl. Ge- burtshilfe)	nein		
Saarland	Kapitel 36 EBM, 13311, 17370 und 08410 bis 08416 (belegärztl. Ge- burtshilfe)	nein		

Sachsen	Kap. 36, 13311, 17370 EBM und Geburtshilfe (GO-Pen 08410 bis 08416 EBM), weiterhin Leistungen der Belegarztvereinbarung Sachsen die Pauschalerstattungen der Abschnitte V 40.3, 40.4, 40.5, 40.17 die Pauschalerstattung nach der GOP 80230, die Pauschalerstattung nach der GOP 40170 (ärztlicher Bereitschaftsdienst) sowie die auf die ärztlichen Anteile reduzierten belegärztlichen Leistungen.	nein	GOP 40170 Bereitschaftsdienst: 2,56 €, Ersatzkassen 3,10 € je Patienten und Pflegetag, GOP 80230 Telefonkosten für Rücksprache 0,06 € pro Gebühreneinheit	
Sachsen-Anhalt	Kapitel 36 EBM, 13311, 17370 und 08410 bis 08416 (belegärztl. Geburtshilfe)	nein		innerhalb der MGV erbrachte belegärztliche Leistungen aus Vorwegabzügen der vorigen Quartale, nur bei Überschreitung Quotierung
Schleswig-Holstein	alle belegärztlichen Leistungen	nein	Bereitschaftsdienstpauschale 3,10 € je Patienten und Pflegetag	
Thüringen	Kap. 36 EBM, 13311, 17370 und 08410 bis 08416 sowie belegärztliche Begleitleistungen nach Belegarztvertrag,	nein	Bereitschaftsdienstpauschale 3,10 € pro Patienten und Pflegetag	gesonderte Belegarztvereinbarung mit über die üblichen extrabudgetären Leistungen hinausgehenden Leistungen, wird derzeit überarbeitet
Westfalen-Lippe	Kapitel 36 EBM, 13311, 17370 und 08410 bis 08416 (belegärztl. Geburtshilfe)	nein	Keine	

An der Stelle sei bereits darauf hingewiesen, dass das Belegarztwesen im Hinblick auf die ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach §116b Abs. 4 SGB V (vgl. Kap. 2.2.5) im Übrigen noch nicht angepasst ist. Im ambulanten Setting kann der Belegarzt z.B. im Rahmen der onkologischen Versorgung unter Einhaltung der vorgegebenen Qualifikationen teilnehmen. Sobald der Patient eine stationäre Versorgung benötigt, verlässt er die ASV Konditionen. Unklar ist bislang die Bedeutung der stationären Versorgung durch den Belegarzt.

2.1.3.2 Vergütung der durch das Krankenhaus erbrachten Leistungen nach dem DRG-System

Die Vergütung der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen erfolgt nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) im Rahmen des DRG-Systems. Die diagnosebezogenen Pauschalen werden im Auftrag der Selbstverwaltungspartner (DKG, GKV-SV und Verband der Privaten Krankenversicherung) durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf der Basis von derzeit durch 240 so genannte Kalkulationskrankenhäuser erhobenen Daten jährlich kalkuliert. Dabei werden die einzelnen DRGs getrennt berechnet für Haupt- und Belegabteilungen.

Insgesamt wurden für das Jahr 2018 824 DRGs für Belegabteilungen festgelegt (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2018). Davon wurden jedoch nur 58 DRGs eigenständig auf der Basis von 38.880 Datensätzen belegärztlicher Fälle kalkuliert. In diesem Zusammenhang sei auch auf die unterschiedlichen Organisationsformen belegärztlicher Tätigkeit hingewiesen (vgl. 2.1.1), die insofern von Bedeutung sind, als sie durchaus unterschiedliche Kostenstrukturen aufweisen, deren Berücksichtigung nicht proportional in die InEK-Kalkulation der Beleg-DRGs eingeht; insbesondere die Daten der reinen Belegkrankenhäuser sind hierbei unterrepräsentiert. Die Bewertungsrelationen bei diesen DRGs lagen für 2018 im Schnitt ca. 32,8 % unter denen der entsprechenden DRGs der Hauptabteilungen (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2017). Die übrigen Beleg-DRGs werden auf Basis einer so genannten normativ-analytischen Ableitung aus den Hauptabteilungs-DRGs berechnet. Dazu wird zunächst die entsprechende DRG der Hauptabteilung um die Arztkosten, also die Kosten des Belegarztes und in Varianten ggfs. auch des Beleganästhesisten und der Beleghebamme korrigiert und sodann ggfs. ein Zu- oder Abschlag aufgrund von Abweichungen der mittleren Verweildauer zwischen Haupt- und Belegabteilung hinzugefügt. Die Bewertungsrelationen bei den so ermittelten Beleg-DRGs liegen im Schnitt 14,7% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Kalkulationsmethodik der belegärztlichen DRGs in 2018.

Tabelle 2: Überblick über die Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung 2018

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch Verweildauer-Anpassung	437
Nur Abzug Arztkosten	329
Eigenständig kalkulierte DRGs	58
Insgesamt	824

Quelle: (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2017)

Hinsichtlich des Verhältnisses von kalkulierten zu normativ-analytisch ermittelten Beleg-DRGs veranschaulicht nachfolgende Tabelle einer eigens für vorliegendes Gutachten durch die DKG erstellten Auswertung auf Basis des DRG-Kataloges 2018 und der Abrechnungsdaten des Jahres 2016, dass fallzahlorientiert über 60 % der abgerechneten Beleg-DRGs für das Jahr 2016 kalkuliert worden sind.

Tabelle 3: Anteil kalkulierter DRGs an allen DRGs bei belegärztlicher Versorgung 2016

DRG Belegabteilung (BA)	Fälle
Summe kalkulierter DRGs BA	335.659
Summe aller DRGs BA	546.203
Anteil kalkulierter DRGs BA	61,45%

Quelle: (DKG 2018)

Wird für die Belegabteilung die Vergütungsvariante des § 121 Abs. 5 SGB V gewählt, so unterliegt die Vergütung des Honorarbelegarztes durch das Krankenhaus keiner direkten Regulierung, sondern wird im Rahmen seines Belegarztvertrags vereinbart. Jedoch kann das Krankenhaus hier, wie oben bereits beschrieben, nur 80% der Vergütung basierend auf der DRG der Hauptabteilung abrechnen.

Alle Belegpatienten können Wahlleistungsvereinbarungen mit dem Krankenhaus abschließen, die sich auf die Unterbringung und Verpflegung sowie auf wahlärztliche Leistungen beziehen können. Belegärzte können jedoch keine wahlärztlichen Leistungen berechnen, da nach § 17 Abs. 3 KHEntgG nur angestellte und beamtete Ärzte des Krankenhauses dazu berechtigt sind. Im Falle der privaten Abrechnung der direkten belegärztlichen Leistungen mit einem Patienten berechnet der Belegarzt seine Vergütung nach GOÄ. Dies ist jedoch bei (ggfs. privat zusatzversicherten) GKV-Versicherten nur unter sehr eingeschränkten Bedingungen möglich. Nach § 18 Abs. 8 S.3 BMV-Ä dürfen hier Leistungen nur dann privat abgerechnet werden, „wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt“. Wird in der belegärztlichen Abteilung des Krankenhauses die Vergütungsvariante des Honorarbelegarztes gewählt, so entfällt dessen eigene Abrechnung nach GOÄ gegenüber dem Patienten.

2.1.4 Ambulante Bedarfsplanung

In der ambulanten Bedarfsplanung führt die belegärztliche Tätigkeit eines Arztes nicht zur Veränderung der Verhältniszahlen für die Planungsregion, d.h. es wird davon ausgegangen, dass die Belegärzte – entsprechend den Festlegungen des BV-Ä - ihren jeweiligen ambulanten Versorgungsauftrag vollständig erfüllen. Allerdings können auch bei Überversorgung und Zulassungsbegrenzung im Fachgebiet nach § 103 Abs. 7 SGB V Belegärzte dann zusätzlich auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkt zugelassen werden, wenn ein Krankenhaus der Region bei einer zuvor erfolgten Ausschreibung eines belegärztlichen Vertrags keinen in der Region niedergelassenen Vertragspartner finden konnte. Insofern kann es in solchen Fällen auch dazu kommen, dass trotz einer Überversorgung nach den Kriterien der ambulanten Bedarfsplanung weitere Vertragsärzte einer Fachrichtung zugelassen werden.

2.1.5 Krankenhausplanung

Die Grundlage der stationären und demzufolge auch belegärztlichen Versorgung im Krankenhaus bildet die Krankenhausplanung. Diese wird nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) durch das jeweilige Landesrecht bestimmt. Folglich existieren starke Variationen in den Krankenhausplänen der einzelnen Bundesländer (vgl. Kap. 2.4).

2.2 Weitere Versorgungsformen an den Sektorengrenzen der ambulanten und stationären Versorgung

Zur Würdigung von Einflussfaktoren auf die Entwicklung des Belegarztwesens und zur Identifizierung von Vor- und Nachteilen werden im Folgenden weitere Versorgungsformen an den Sektorengrenzen als potenzielle Alternativen zur belegärztlichen Versorgungsstrukturen untersucht.

2.2.1 Im Krankenhaus angestellte Vertragsärzte

Vertragsärzte dürfen grundsätzlich neben der Tätigkeit in der eigenen Praxis als angestellter Arzt im Krankenhaus tätig werden. Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) regelt in § 20 Abs. 2:

„Für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar.“

Nach allgemeiner Rechtsauffassung darf der Vertragsarzt nur insoweit im Krankenhaus tätig werden, als er weiterhin in ausreichendem Maße der ambulanten Versorgung zur Verfügung steht. Das BSG stellt dazu in einem Urteil vom 30.01.2002 (Az: B 6 KA 20/01 R) im Zusammenhang mit der Zulassung angestellter Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung in eigener Praxis durch Ermächtigung fest, dass die zeitliche Inanspruchnahme des Zulassungsbewerbers durch ein Beschäftigungsverhältnis grundsätzlich nicht mehr als ein Drittel der üblichen wöchentlichen Arbeitszeit, also ca. 13 Wochenstunden, betragen darf. Weitere Voraussetzung der Ermächtigung und Zulassung von im Krankenhaus angestellten Ärzten sind für bereits zugelassene und niedergelassene Vertragsärzte nicht von Belang. Es ist jedoch festzuhalten, dass Niedergelassene in einem Umfang von bis zu 13 Wochenstunden am Krankenhaus angestellt sein dürfen. Diese Regelung wird praktisch genutzt, insbesondere auf der Ebene der Chefärzte. So gibt es Chefärzte, die auf Basis einer Ermächtigung die meiste Zeit in eigener Praxis tätig sind und nur noch im Umfang von bis zu 13 Wochenstunden im Krankenhaus arbeiten, wie auch ohne Ermächtigung zugelassene in eigener Praxis niedergelassene Vertragsärzte, die im Umfang von bis zu 13 Wochenstunden im Krankenhaus als Chefarzt tätig sind.

Auch im Krankenhaus angestellte Vertragsärzte müssen bei einer vollumfänglichen Zulassung nach § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV an ihrem Vertragsarztsitz den Patienten persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung stehen (§ 17 Abs. 1a Satz 1 BMV-Ä). Bei einem Teilversorgungsauftrag nach § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV sind mindestens 10 Stunden vorgeschrieben (§ 17 Abs. 1a Satz 2 BMV-Ä).

2.2.2 Honorararztmodell

Unter Honorarärzten werden gemäß der gemeinsamen Definition der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Fachärztinnen und Fachärzte verstanden, die in medizinischen Einrichtungen zeitlich befristet und freiberuflich auf Honorarbasis tätig sind (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer 2011; BÄK 2016). Diese Definition umfasst alle Ärzte, die

haupt- oder nebenberuflich ärztliche Dienstleistungen erbringen ohne am Ort der Leistungserbringung als abhängig Beschäftigter angestellt zu sein oder in einem direkten Vertragsverhältnis bzw. in einem öffentlich-rechtlichen Verhältnis zu den zu behandelnden Patienten zu stehen. Honorarärzte können in Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen eingesetzt werden und lassen sich in drei Untergruppen einteilen. Konsiliarärzte werden nur in Einzelfällen (nicht systematisch) und lediglich beratend vom behandelnden Krankenhausarzt hinzuzogen und führen diagnostische und therapeutische Maßnahmen durch. Wie der Konsiliararzt ist auch der Kooperationsarzt aufgrund eines Kooperationsvertrags befugt, regelhaft diagnostische sowie therapeutische Maßnahmen zu erbringen. Vertretungsärzte werden fast ausschließlich zur vorübergehenden Verstärkung oder Vertretung des ständigen Personals eingesetzt und unterliegen im Hinblick auf Ihre Leistungserbringung keinen Beschränkungen.

Die genaue Zahl der Honorarärzte in Deutschland ist unbekannt. Laut Schätzungen und Hochrechnungen des Bundesverbandes der Honorarärzte e.V. schwankt die Anzahl zwischen 1.500 bis 6.000 Ärzten, wobei nicht zwischen einer Haupt- oder Nebentätigkeit unterschieden wird (Bundesverband der Honorarärzte e.V. 2018). Ergebnisse der Honorararztstudie aus 2010 sowie vom Bundesverband der Honorarärzte durchgeführter interner Befragungen unter Verbandsmitgliedern in 2013 und 2016 geben zudem einen Einblick in die Fachgebiete, in denen Honorarärzte schwerpunktmäßig eingesetzt werden (Bundesverband der Honorarärzte e.V. 2018).

Tabelle 4: Prozentualer Anteil der Honorarärzte nach Fachgebieten¹

Fachgebiet	2010	2013	2016
Anästhesie	38,0	54,0	46,0
Allg. Med. / Innere	20,0	22,0	22,0
Chirurg. / operative	10,0	9,0	13,0
Gyn. / Ge- burtshilfe	9,0	3,0	4,0
Psychiatrie / Neurologie	1,0	5,0	6,0
Radiologie	5,0	5,0	7,0

Quelle: (Bundesverband der Honorarärzte e.V. 2018)

Zur Erbringung der Leistungen wird zwischen dem betreffenden Leistungserbringer und der medizinischen Einrichtung ein Kooperationsvertrag bzw. Dienstvertrag (§ 611BGB) abgeschlossen, der Bestimmungen zum Einsatzfeld, den zu erbringenden Leistungen und Entgelt bzw. Honorar enthält.

Mit dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom 21.07.2012 (PsychEntgG) wurde §2 Abs.1 Krankenhausentgeltgesetz (KH EntgG) insoweit geändert, als dass Krankenhäusern das Recht eingeräumt wurde, ihre Leistungen

¹ Angaben stellen gemittelte und gerundete Daten aus den Ergebnissen der Honorararztstudie sowie Befragungen des Bundesverbandes der Honorarärzte e.V. dar

durch nicht am Krankenhaus fest angestellte Ärzte erbringen zu lassen. In der Folge ist es Honorarärzten seither gestattet allgemeine voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen für gesetzlich versicherte Patienten zu erbringen. Darüber hinaus waren Honorarärzte zunächst auch dazu befugt, privatärztliche Leistungen zu erbringen. Hierzu wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen Honorararzt und Krankenhaus über die Vergütung privatärztlicher Leistungen vereinbart. In diesen Vereinbarungen wurden dem Honorararzt i.d.R. analog zu Chefarztverträgen Privatliquidationsrechte eingeräumt und Beteiligungsvergütungen vereinbart. Im Hinblick auf die Erbringung von Wahlleistungen durch Honorarärzte wurde in Folge des BGH Urteils vom 16.10.2014 – III ZR85/14 die Möglichkeit zur Einräumung von Privatliquidationsrechten für Honorarärzte durch Wahlleistungsvereinbarungen oder Zusatzvereinbarungen beschnitten, so dass Honorarärzte seitdem in stationären Einrichtungen keine Wahlleistungen erbringen dürfen (Jenschke 2015). In der Urteilsbegründung werden als Hauptargument gegen die Erbringung von Wahlleistungen durch Honorarärzte die Bestimmungen des §17 Abs. 3 KHEntG herangezogen, wonach lediglich angestellte bzw. beamtete Ärzte des Krankenhauses oder durch den angestellten Wahlarzt beauftragte externe Leistungserbringer (externe Wahlartzkette) von der Wahlartzkette erfasst werden und über ein Liquidationsrecht verfügen (BGH, Urtl. v. 16.10.2014).

Im Hinblick auf die Bestimmung des Honorars für die Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen haben sich unterschiedliche Ansätze etabliert. So kann die Vergütung von Honorarärzten DRG-bezogen erfolgen oder es kann ein Angestelltenhonorar vereinbart werden. Eine Kombination aus beiden Elementen in Form eines festen Honorars und einer zuzüglichen DGR-bezogenen Vergütung wird ebenfalls angewendet (Heller 2016). Die Höhe der gewährten Honorare betreffend hat die in 2010 durchgeführte Honorararztstudie ergeben, dass bei einem Einsatz in der stationären Krankenversorgung oder in Medizinischen Versorgungszentren ein durchschnittliches Bruttostundenhonorar von ca. 71€ bzw. 58€ erreicht wird (Teske, Schäfer und Ollenschläger 2010).

Belegärzte unterscheiden sich in zentralen Punkten von Honorarärzten. Zum einen erbringen sie Leistungen aufgrund unmittelbarer Vertragsbeziehungen zu Ihren Patienten und somit aufgrund eines eigenen Leistungserbringerstatus. Die von Ihnen erbrachten Leistungen sind somit nicht dem Leistungsauftrag der stationären Einrichtung zurechenbar. Zudem erhalten Belegärzte kein Honorar vom Krankenhaus, sondern rechnen die von Ihnen erbrachten Leistungen gegenüber der Kassennärztlichen Vereinigung ab. Insofern unterscheiden sich die belegärztliche und die honorarärztliche Tätigkeit stark voneinander.

2.2.3 Kritische Würdigung

Das Honorararztmodell stellt insbesondere für Krankenhausträger eine Möglichkeit dar, das Leistungsspektrum der Einrichtung zu erweitern ohne einen Arzt fest anzustellen. Zudem entsteht beim Einsatz von Honorarärzten im Vergleich zu Belegärzten ein finanzieller Vorteil für den Krankenhausträger, da die DRG basierte Abrechnungsmöglichkeit über Hauptabteilungs-DRGs im Vergleich zu Belegabteilungs-DRGs zu höheren Deckungsbeiträgen führt und somit finanziell vorteilhafter ist. Für den Honorararzt wiederum besteht der Anreiz zum einen in der zusätzlichen Vergütung über Honorararztvereinbarungen und insbesondere Wahlleistungsvereinbarungen und zum anderen in den flexiblen Arbeitsbedingungen. Aus der Systemperspektive heraus stellen Honorararztmodelle einen weiteren Ansatz zur besseren Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung dar. Nichtsdestotrotz stehen sie derzeit aufgrund zahlreicher Bedenken im Hinblick auf Ihren arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Status im Fokus von Diskussionen.

Im Hinblick auf den sozialversicherungsrechtlichen Status von Honorärärzten zeichnet sich durch zahlreiche Judikate in der jüngsten Vergangenheit immer stärker ab, dass die Einführung der honorarärztlichen Tätigkeit in §2 Abs 1. KHEntG zwar die Vergütungsansprüche von Krankenhausträgern, aber nicht den arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Status von Honorärärzten regelt. In der sozialrechtlichen Rechtsprechung zeichnet sich immer eindeutiger ab, dass sich Honorärärzte aufgrund ihrer Eingliederung in die Aufgaben und die Arbeitsabläufe der stationären Einrichtung im Rahmen von Statusfeststellungsverfahren der Einzugsstelle der Deutschen Rentenversicherung (DRV Bund) nach §107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, entgegen Ihrer selbstständigen Tätigkeit im Krankenhaus, als abhängig Beschäftigte qualifizieren. Für den Krankenhausträger kann eine solche Feststellung zu einer Erfüllung des Straftatbestands des Vorenthaltens und Veruntreuens von Arbeitsentgelt bzw. Sozialversicherungs- und Lohnsteuerabgaben (§266a StGB) führen (Eufinger 2017). Diese unter dem Schlagwort „Scheinselbstständigkeit“ firmierende Problematik führt dazu, dass das Honorararztmodell zunehmend in Frage gestellt wird.

Daneben bestehen ebenfalls Bedenken, die sich aus dem BGH Urteil zum Verbot der Abrechnung von Wahlleistungen durch Honorärärzte ableiten. Demnach führen die derzeit eingesetzten Wahlleistungs- oder Zusatzvereinbarungen zur Privatliquidation von Wahlleistungen für Honorärärzte zu Verstößen gegen §17 Abs. 3 KHEntG, welcher ein Liquidationsrecht zur Abrechnung von Wahlleistungen lediglich für angestellte oder beamtete Krankenhausärzte vorsieht. In der Folge kann ein Verstoß des Krankenhausträgers gegen die Vorgaben des §17 Abs. 3 KHEntG dazu führen, dass der Straftatbestand des Betrugs nach §263 StGB erfüllt ist.

Zu allerletzt birgt das Honorararztmodell auch im Hinblick auf den Straftatbestand der Korruption im Gesundheitswesen nach §§299a, 299b StGB gewisse Risiken. Das 2016 in Kraft getretene Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, sieht bei Vorliegen von Bestechlichkeit Freiheits- und Geldstrafen vor. Grundsätzlich ist die Zuweisung von Patienten gegen Entgelt gemäß §31 Abs. 1 MBO sowie §73 Abs. 7 SGBV strafbar (Zuweiserprämie). Verbunden mit der §299a können niedergelassene Honorärärzte, die für ihre Tätigkeit im Krankenhaus eine unangemessen hohe Vergütung (Honorar) erhalten, bei bevorzugter Einweisung in das Krankenhaus des Auftraggebers den Straftatbestand des §299a StGB erfüllen. Dabei kann zur Feststellung einer unangemessenen Honorarhöhe als Vergleichsmaßstab die tarifliche Grundvergütung festangestellter Klinikärzte herangezogen werden. Gleichzeitig geht auch der Geschäftsführer des Krankenhauses, bei Abschluss eines solchen Honorararztvertrags, als Vorteilsgeber ein Strafbarkeitsrisiko nach §299a StGB ein.

In der Gesamtbetrachtung des Honorararztmodells führen die genannten rechtlichen Risiken dazu, dass Krankenhausträgern vermehrt vom Abschluss von Honorararztvereinbarungen abgeraten wird. Als Alternative besteht die Möglichkeit zur Anstellung von Honorärärzten im Krankenhaus und somit einer Umwandlung der selbstständigen Tätigkeit in ein Angestelltenarbeitsverhältnis (Eufinger 2017). Trotzdem stellen Honorärärzte derzeit ein konkurrierendes Model zum Belegarztwesen dar.

2.2.4 Ambulante Operationen nach §115b SGB V

Das ambulante Operieren wurde erstmals durch das am 01.01.1993 in Kraft getretene „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (GSG)“ eingeführt. Definiert ist ambulantes Operieren als „Eingriff, bei dem der Patient die Nacht vor und nach dem Eingriff zu

Hause verbringt“ (Rüggeberg, 2006). Dementsprechend sind ambulante Operationen nicht auf bestimmte Organisationsformen begrenzt, sondern können durch für die ambulante Erbringung von Leistungen zugelassene Fachärzte im ambulanten sowie auch stationären Bereich, also in Einzel- und Gemeinschaftspraxen, Praxiskliniken, Ambulanten Operationszentren (AOZ) oder Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), erbracht werden.

Tabelle 5: Ambulante Operationsfälle im Bereich der GKV

Jahr	Abrechnungsfälle/ Leistungsfälle
2000	5.351.853
2001	5.244.572
2002	5.273.372
2003	5.566.314
2004	5.670.979
2005	6.850.365
2006	7.320.066
2007	7.569.975
2008	7.914.873
2009	7.860.791
2010	8.289.211
2011	8.445.078
2012	8.357.971
2013	8.222.755
2014	8.420.586
2015	8.639.087
2016	8.617.332

Quelle: (DESTATIS, Robert Koch Institut 2018)

Tabelle 6: GKV-Ausgaben für ambulante Operationen

Jahr	Ambulante Operationen außerhalb von Krankenhäusern (in Mio. Euro)	Ambulante Operationen in Krankenhäusern (in Mio. Euro)
2000	665,7	84,2
2001	794,9	131,3
2002	908,9	160,2
2003	932,5	211
2004	936,1	357,4
2005	988,7	400,3
2006	1.367,70	458,5
2007	1.518,00	536,5

2008	1.592,10	599,3
2009	1.542,40	627,1
2010	1665,6	618,7
2011	1.672,60	616,9
2012	1.699,30	598
2013	1.747,60	595,1
2014	1.777,30	612,1
2015	1.886,20	649,7
2016	1.951,30	643,9

Quelle: (Bundesministerium für Gesundheit 2018)

Die Betrachtung der mengen- und wertmäßigen Entwicklung von ambulanten Operationen zeigt, dass zwischen 2000 und 2016 die Fallzahlen sowie auch Ausgaben merklich angestiegen sind. Im Hinblick auf die Leistungsfälle hat in diesem Zeitraum eine Zunahme um 61% von 5.351.853 auf 8.617.332 stattgefunden. In Bezug auf die Ausgaben für ambulante Operationen innerhalb und außerhalb von Krankenhäusern ist festzustellen, dass die Ausgaben im ambulanten Krankenhaussektor stärker angestiegen sind als die Ausgaben im ambulanten Bereich. So haben sich die Ausgaben für ambulante Operationen außerhalb von Krankenhäusern verdreifacht wohingegen sich die Ausgaben für ambulante Operationen in Krankenhäusern versiebenfacht haben. Trotz des stärkeren Anstiegs der Ausgaben in Krankenhäusern bewegen sich diese in 2016 im Vergleich zum ambulanten Sektor mit 643,9 Mio. Euro auf einem sehr viel niedrigeren Niveau, so dass ausgabenbezogen der ambulante Bereich außerhalb von Krankenhäusern die größte Relevanz aufzeigt.

Regelungen zum ambulanten Operieren durch Krankenhäuser sowie niedergelassene Vertragsärzte sind in § 115b Abs. 1 SGB V kodifiziert und in einheitlichen dreiseitigen Verträgen der Selbstverwaltung konkretisiert.

Leistungserbringer, die Leistungen nach § 115b SGB V erbringen möchten, benötigen hierzu eine Zulassung. Niedergelassene Vertragsärzte benötigen eine Genehmigung ihrer jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Krankenhäuser müssen an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen sowie an die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss eine maschinenlesbare Mitteilung entrichten, in der alle ambulant zu erbringenden Leistungen aufgeführt sein müssen. Für den Zulassungsausschuss ist diese Mitteilung insofern relevant, als dass ambulante Operationen im Rahmen der ambulanten Bedarfsplanung Berücksichtigung finden.

Die Vergütungsgrundlagen sowie das Leistungsspektrum ambulant erbringbarer Leistungen gemäß § 115 b SGB V werden durch den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einem Vertrag (AOP-Vertrag) geregelt. Die aktuellste Fassung des AOP-Vertrags wurde mit Wirkung zum 16.05.2014 geschlossen (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014). Anhang des AOP-Vertrags ist ein Katalog in dem alle ambulant durchführbaren Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe aufgeführt sind. Aufgrund der sich jährlich ändernden Operationsprozeduren und deren Abrechnungsregelungen (OPS-Codes) wird dieser Katalog kontinuierlich angepasst und liegt in seiner aktuellsten Version für das Jahr 2018 vor (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung 2018).

Der Katalog verpflichtet dabei nicht zur ambulanten Erbringung der aufgeführten Leistungen, sondern unterscheidet zwischen Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden dürfen und Leistungen, die ambulant sowie auch stationär erbracht werden können. Die endgültige Entscheidung zur ambulanten Erbringung einer Leistung obliegt dabei weiterhin der fallbezogenen Beurteilung durch den jeweiligen Leistungserbringer, wobei zu gewährleisten ist, dass der betreffende Patient auch nach der Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung durch den operierenden Arzt medizinisch sowie pflegerisch angemessen versorgt wird. Bei in der Regel ambulant zu erbringenden Leistungen kann dabei unter Vorliegen definierter Tatbestände gemäß §3 Abs. 3 des AOP-Vertrags eine stationäre Erbringung von Leistungen begründet werden. Zudem muss die Erbringung der Leistung durch einen niedergelassenen Vertragsarzt unter Verwendung eines Überweisungsscheins veranlasst werden.

Im Hinblick auf die Vergütung regelt der AOP-Vertrag, dass als Abrechnungsrundlage gemäß §87 Abs. 1 SGB V der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) Anwendung findet, wobei Leistungen nach §115b SGB V in Kapitel 31 des EBM abgebildet sind. Die GOPs ergeben sich wie im Falle des Kapitels 36 (s.o.) aus der Zuordnung zu den OPS-Codes aus Anhang 2 des EBM. Die betreffenden Leistungen werden in der Regel extrabudgetär, also außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit einem festen Punktwert vergütet. Der tatsächlich anzuwendende Punktwert wird jedoch i.d.R. gemäß §7 des AOP-Vertrags auf der Landesebene von den Gesamtvertragspartnern festgelegt (regionaler Punktwert). Im Hinblick auf die Vergütung von Sachkosten bestehen zusätzliche Regelungen die auf § 44 Abs. 6 des Bundesmantelvertrags fußen und in § 9 des AOP-Vertrags detailliert aufgeführt sind. Die Abrechnungsbeträge sind für Krankenhäuser sowie auch niedergelassene Ärzte einheitlich. Die Abrechnung erfolgt für niedergelassene Vertragsärzte über die Kassenärztlichen Vereinigungen und für Krankenhäuser direkt mit den Krankenkassen.

Der AOP-Vertrag wird in erster Linie dazu genutzt einheitliche Rahmenbedingungen für Leistungen nach § 115b SGBV im niedergelassenen wie auch Krankenhausbereich zu schaffen.

Die Qualitätssicherung erfolgt für Vertragsärzte sowie das Krankenhaus gleichermaßen und ist gemäß den Vereinbarungen nach §135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren geregelt. Sie regelt die fachlichen, organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen nach Kapitel 31.2 des EBM und die Leistungen der definierten Leistungen nach § 115 SGB V.

2.2.5 Kooperationen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach §116b Abs. 4 SGB V

Durch das zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) als neue sektorenübergreifende Versorgungsform eingeführt. Hierzu wurde der durch das GKV-Modernisierungsgesetz eingeführte § 116b SGB V, welcher die „Ambulante Behandlung im Krankenhaus“ regulierte, neugefasst. Ziel der ASV ist es die Diagnostik und Therapie von Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen (z. B. onkologische und rheumatologische Erkrankungen), seltenen Erkrankungen (z. B. Marfan-Syndrom oder Tuberkulose) sowie die Versorgung mit hochspezialisierten Leistungen im Rahmen einer sektorübergreifenden Versorgungsform anzubieten. Die Behandlung im Rahmen der ASV erfolgt ambulant und abgestimmt durch interdisziplinäre ASV-Teams bestehend aus niedergelassenen sowie Krankenhausärzten, die

spezielle Qualifikationen und Ausstattungen aufweisen müssen. Die Besonderheit der ASV besteht darin, dass diese die einzige sektorübergreifende Versorgungsform darstellt, für die durch den Gesetzgeber einheitliche Rechtsvorschriften und Vergütungsgrundsätze geschaffen wurden. Für onkologische Erkrankungen besteht zudem ein Kooperationsgebot, so dass Vertragsärzte und Krankenhausärzte dazu angehalten sind, die Patienten gemeinsam zu versorgen. Details zu berechtigten Leistungserbringern, personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen sowie Qualitätssicherungsvorgaben regelt dabei der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 116b Abs. 4 SGB V in der Richtlinie zur ASV (ASV-RL), die am 20. Juli 2013 in Kraft getreten ist (Gemeinsamer Bundesausschuss 2013). Um an der ASV teilzunehmen müssen ASV-Teams in einem Anzeigeverfahren an den erweiterten Landesausschuss (eLA) die Erfüllung der gemäß ASV-RL jeweils geltenden Anforderungen und Voraussetzungen nachweisen. Der eLA hat zwei Monate Zeit, den Antrag zu prüfen. Wenn innerhalb dieser Frist ein zustimmender Bescheid ergeht, bzw. keine Ablehnung erfolgt, kann das Team an der ASV-Versorgung teilnehmen.

Da die Genehmigungen nach § 116b SGB V (alt) noch maximal drei Jahre nach Inkrafttreten des jeweiligen G-BA-Beschlusses für die einzelnen ASV-Indikationen fortgalten, mussten Altverträge nicht aufgekündigt werden, sondern konnten in die Neufassung des §116b SGB V überführt werden.

Im Hinblick auf die Vergütung ist vom Gesetzgeber ein einheitlicher Vergütungsrahmen für die ASV vorgesehen. Hierzu sollen der GKV-Spitzenverband, die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine eigene Vergütungssystematik entwickeln; allerdings ist hier vom Gesetzgeber keine Frist vorgegeben. Vorgesehen sind dabei diagnosebezogene Pauschalen deren Systematik vom ergänzten Bewertungsausschuss (ergEBA) festgelegt werden soll. Bis zum Beschluss einer einheitlichen Vergütungssystematik, also übergangsweise, erfolgt die Vergütung der ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen auf der Grundlage des EBM. Hierzu wurde spezifisch für ASV Leistungen das neue EBM Kapitel 50 geschaffen, so dass Praxis- und Klinikärzte einheitlich und nach festen Preisen der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden, wobei die Vergütung extrabudgetär und somit ohne Mengenbegrenzung erfolgt. Leistungen die derzeit nicht Teil des EBM sind werden bis zur Überführung durch die Gebührenordnung für Ärzte (GÖÄ) vergütet. In Bezug auf die Abrechnung bestehen ebenfalls Besonderheiten. So können Leistungserbringer die Abrechnung ihrer Leistungen über die jeweilige Krankenkasse oder KV durchführen und jedes Mitglied eines ASV-Teams muss seine Rechnungen einzeln abrechnen.

Derzeit gibt es für folgende Erkrankungen die Möglichkeit zu der Behandlung in der ASV: Tuberkulose und atypische Mykobakteriose (TBC, seit 24. April 2014), Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GIT, seit 26. Juli 2014), Gynäkologische Tumoren (seit 10. August 2016), Pulmonale Hypertonie (seit 1. Juni 2016), Marfan-Syndrom (seit 30. Juni 2015) und Mukoviszidose (seit 18. März 2017). Laut des ASV Evaluationsberichts aus dem Jahr 2017 welches durch den GKV Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft erstellt wurde, gab es zum 29. März 2017 insgesamt 71 ASV-Teams, davon 24 TBC-Teams, 45 GIT-Teams und jeweils ein Team für pulmonale Hypertonie und gynäkologische Tumore (GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft 2017). Zudem betrug die Anzahl der an die ASV- Servicestelle gemeldeten Ärzte bundesweit 2.301. Im Hinblick auf die regionale Verteilung der ASV-Teams ergab der Bericht zudem, dass vier KV-Bezirke über kein ASV-Team verfügten (Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Thüringen), wohingegen die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Westfalen-Lippe mit jeweils 14 Teams zusammen ca. 40 % aller ASV-Teams ausmachten.

Tabelle 7: Ausgaben für Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern und durch Vertragsärzte nach § 116b SGB V

Jahr	Ausgaben für ASV in Krankenhäusern (in Mio. Euro)	Ausgaben für ASV durch Vertragsärzte (in Mio. Euro)
2013	176,6	3,4
2014	171,3	0,6
2015	201,7	1,6
2016	208,0	3,4

Quelle: (Bundesministerium für Gesundheit 2018)

Die GKV Ausgaben für die ASV betreffend ist festzustellen, dass seit der Neuordnung des §116b SGB V ein kontinuierlicher Ausgabenanstieg stattgefunden hat, wobei die Ausgabenzuordnung im Krankenhausbereich nur schwer von den §116 b SGB V (alt) Verträgen abzugrenzen ist, da Übergangsfristen für Altverträge galten, die in manchen Indikationen, wie z.B. TBC und GIT, erst zum 24. April.2017 bzw. 26. Juli 2017 endeten. Zudem wurden §116 b SGB V (neu) Verträge erstmalig in 2015 abgerechnet, so dass zur Beurteilung der Ausgabensituation nach der Neuordnung des §116b SGB V ausschließlich die Jahre ab 2015 zugrunde gelegt werden können. Demnach sind die ASV Ausgaben im Krankenhausbereich zwischen 2015 (201,7 Mio.) und 2016 (208 Mio.) gemäß KV 45 um 3% gestiegen. Die Ausgaben für die ASV durch Vertragsärzte haben sich im gleichen Zeitraum von 1,6 Mio. auf 3,4 Mio. Euro verdoppelt.

2.2.6 Praxiskliniken nach § 122 SGB V

Der Begriff Praxisklinik wurde mit dem Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen vom 20. Dezember 1988 (GRG) eingeführt und ist in § 115 SGB V kodifiziert. Dabei handelt es sich bei einer Praxisklinik laut Legaldefinition in § 115 Abs. 2 SGB V um eine Einrichtung, in der Versicherte durch die Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden und somit um eine sektorenübergreifende Versorgungsorganisation. Im Hinblick auf die konkrete Ausgestaltung der Praxiskliniken ist in § 115 Abs. 1 SGB V vorgesehen, dass die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Landeskrankengesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land dreiseitige Verträge abschließen. Zudem ist in § 115 Abs. 3 SGB V ergänzend geregelt, dass bei Nichtzustandekommen dreiseitiger Verträge die Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V auf Antrag einer der Vertragsparteien Vertragsinhalte festsetzen kann. Ergänzend zur Schiedsregelung wurde zudem vorgesehen, dass Landesregierungen bei einem Nichtzustandekommen von Verträgen bis zum 31. Dezember 1990, Rechtsverordnungen (§ 115 Abs. 4 SGB V) erlassen können, um die Vertragsinhalte festlegen. Trotz der beschriebenen Bemühungen des Gesetzgebers zur Sicherstellung der Einführung von Praxiskliniken wurden dreiseitige Verträge nur einzeln und sehr schleppend abgeschlossen, und in Bundesländern ohne dreiseitige Verträge keine Rechtsverordnungen erlassen, so dass mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 25. März 2009 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte gebildete Spitzenorganisation (Deutsche Praxisklinikgesellschaft e.V. (PKG)) mit der Vereinbarung eines Rahmenvertrags beauftragt wurden, der einen Katalog von in Praxiskliniken ambulant oder stationär durchführbaren stationersetzenden Leistungen beinhalten

sollte (§ 122 SGB V). Trotz der gesetzlichen Vorgabe kamen die in 2010 aufgenommenen Verhandlungen über einen Rahmenvertrag zu keinem Abschluss. Im Ergebnis bestehen bis heute keine Gebührenordnungspositionen und damit keine Abrechnungsmöglichkeiten für praxiskliniktypische, also stationsersetzende Leistungen, so dass ein Zugang zu Praxiskliniken für GKV Versicherte nur auf der Grundlage selektivvertraglicher Vereinbarungen gemäß der integrierten bzw. besonderen Versorgung nach § 140a SGB V möglich ist. Diese Begrenzung gilt jedoch nicht für andere als stationsersetzende Leistungen, wie z.B. ambulante Leistungen nach §§ 27 Abs. 1, 28 Abs. 1. SGB V oder die ambulante spezialärztliche Versorgung nach § 116b SGB V, welche durch Praxiskliniken erbracht werden können. Vertragsärzte die trotz der Einschränkungen bei der Erbringung von stationsersetzenden Leistungen eine Praxisklinik gründen möchten, müssen zudem gemäß den vereinzelt bestehenden dreiseitigen Verträge die Auflage erfüllen, einen Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V zu schließen oder eine Zulassung als Krankenhaus nach § 108 SGB V zu beantragen. Nach Angaben der Deutschen Praxisklinikgesellschaft e.V. werden Anträge der Praxiskliniken auf Abschluss eines Versorgungsvertrags bzw. Aufnahme in die Krankenhauspläne der Länder in der Regel abgelehnt (Deutsche Praxisklinikgesellschaft e.V. (PKG) 2015). Im Ergebnis konnten Praxiskliniken als sektorenübergreifende Versorgungsalternative nur rudimentär etabliert werden. So bestehen derzeit nur in 6 Bundesländern dreiseitige Verträge nach § 115 SGB V (KV Saarland, KV Baden-Württemberg, KV Nordrhein-Westfalen, KV Rheinlandpfalz, KV Niedersachsen, KV Schleswig-Holstein) auf deren Grundlage Praxiskliniken gegründet werden können (Deutscher Bundestag 2017). In allen anderen Bundesländern fehlt es an der Grundlage zur Etablierung von Praxiskliniken.

In der Folge konnten bisher nur wenige Praxiskliniken gegründet werden. Bei der PKG sind derzeit 40 Praxiskliniken als Mitgliedszentren registriert. Von diesen werden 26 Praxiskliniken von Anästhesisten und 14 von operierenden Fachärzten betrieben. Im Hinblick auf die Fachbereiche sind Orthopäden, Chirurgen, Gynäkologen, Augenärzte und Kardiologen in den Mitgliedszentren tätig.

2.2.7 Integrierte Versorgung nach § 140a ff. SGB V

Die integrierte Versorgung wurde mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz zum 01.01.2000 eingeführt. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahre 2004 und dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) in 2006 wurde die integrierte Versorgung wesentlich weiterentwickelt und durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in 2015 neu strukturiert und gemeinsam mit den Strukturverträgen nach § 73a SGB V und der „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ nach § 73c SGB V unter der „Besonderen Versorgung“ nach §140a SGB V zusammengefasst. Bei der Besonderen Versorgung handelt es sich gemäß §140a Abs. 1 S.1 SGB V um eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende bzw. eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften erbrachte besondere ambulante ärztliche Versorgung auf selektivvertraglicher Basis. Im Hinblick auf die integrierte Versorgung können indikationsbezogene oder übergreifende Verträge abgeschlossen werden. Als Vertragspartner der Krankenkassen können Vertragsärzte oder deren Gemeinschaften, Träger von Einrichtungen mit dort tätigen Vertragsärzten, Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen, Praxiskliniken, pharmazeutischen Unternehmen und Medizinproduktehersteller sowie Kassenärztliche Vereinigungen zur Unterstützung von Vertragsärzten und deren Gemeinschaften teilnehmen. Die Vergütungsregelungen für die teilnehmenden Vertragsärzte werden in den Verträgen festgehalten, wobei

prinzipiell verschiedene Arten der Vergütung möglich sind. So können Elemente der Einzelleistungsvergütung, Kopfpauschalen, Fallpauschalen oder auch Komplexpauschalen vereinbart werden. Im Ergebnis geht die Versorgungs- und Budgetverantwortung auf die Vertragspartner über und der Sicherstellungsauftrag der KV wird eingeschränkt. Im Hinblick auf die Finanzierung der Leistungen wird zudem eine Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung um im Rahmen des Vertrags erbrachte ambulante Leistungen vorgenommen. Gemäß Angaben des Bundesversicherungsamts betrug der Anteil der Ausgaben für die integrierte Versorgung an den Gesamtausgaben der GKV in 2013 zwischen 0,8 und 11% je nach Krankenkasse/ Kassenart (Bundesversicherungsamt 2014). Dem folgend sind Selektivverträge der integrierten Versorgung zunehmend als Teil der Regelversorgung anzusehen.

2.3 Datenlage zur belegärztlichen Versorgung in Deutschland

Aufbauend auf der Darstellung alternativer Versorgungsformen an den Sektorengrenzen wird im Folgenden ein Überblick über die Datenlage zum Belegarztwesen geschaffen.

Den Umstand der Vergütung über zwei Sektoren geschuldet, gibt es keine Instanz, bei der die Daten zur belegärztlichen Versorgung zentral zusammenlaufen. Folglich gibt es auch keine aggregierten Daten, die die Leistungen auf Krankenseite in einheitlicher Form mit den Leistungen auf Belegarztseite nebeneinanderstellen. Für beide Perspektiven sind demnach die Daten losgelöst voneinander anzuzeigen, was wiederum die Gefahr unterschiedlicher Generierungsansätze vermeintlich „gleicher“ Summen birgt.

Trotz der potenziellen Vorteile sektorenübergreifender Versorgung sind die Belegarztstrukturen rückläufig. Bevor in der Interviewstudie auf die Entwicklungsdeterminanten eingegangen wird (vgl. Kap.4 Expertenbefragung) soll aber zunächst die aktuelle quantitative Entwicklung der belegärztlichen Tätigkeit dargestellt werden.

2.3.1 Datenerhebung

Für die Untersuchung des quantitativen Status Quo der belegärztlichen Versorgung in Deutschland werden neben öffentlich zugänglichen Daten ebenfalls seitens der KBV zur Verfügung gestellte Daten für den Zeitraum 2006-2016 herangezogen. Ergänzend gehen darüber hinaus eigens für vorliegendes Gutachten vorgenommene Auswertungen der DKG und des GKV-Spitzenverbands sowie die InEK-Begleitforschungsdaten in die Betrachtung ein. Als Datenquellen dienen demnach die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE-Bund), die Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis), der KBV, der DKG und des GKV-SV, auf Basis derer die insgesamt zur Verfügung stehenden Informationen in der nachfolgenden Graphik zusammenfassend dargestellt sind.

Tabelle 8: Übersicht der verfügbaren Daten für die Untersuchung der belegärztlichen Versorgung

Quellen belegärztlicher Daten:	Inhalte:
Aus Krankenhaussicht	
Stat. Bundesamt (2006-2016) – destatis	Anzahl reiner Belegkrankenhäuser

	Fallzahlen reiner Belegkrankenhäuser
	Anzahl Belegbetten (nach Fachabteilung)
InEK-Begleitforschungsbrowser (Datensätze 2014 und 2015 (BA vs. HA))	Anzahl vollstationärer Fälle in belegärztlicher Versorgung (vs. Versorgung in einer Hauptabteilung) nach DRG, mittlerer Verweildauer und Schweregraden (PCCL)
DKG-Daten 2016	Anzahl belegärztlicher Fälle und Casemix (CM)
	Anzahl honorarbelegärztlicher Fälle
GKV-SV-Daten 2016	PCCL bei den häufigsten DRGs bei Belegarztfällen mit Entlassung im Jahre 2016
Aus vertragsärztlicher Sicht	
GBE (Gesundheitsberichterstattung) (2006-2016)	Anzahl Belegärzte nach Fachbereich
	Anzahl Belegärzte nach Bundesland und Trägerschaft
	Anzahl Belegärzte nach KH-Größe (Betten) und Trägerschaft
	Anzahl belegärztlicher Behandlungen
KBV-Daten (2007-2016)	Anzahl Belegärzte nach Arztgruppe/ Fachbereich, nach KV-Region und auf Kreisebene
	Anzahl und Übersicht GOPs

Zusätzlich zu den öffentlich verfügbaren Daten zur belegärztlichen Versorgung tragen vor allem die eigenen Datenbestände der KBV zu den Leistungsabrechnungen der Belegärzte zur weiterführenden Interpretation der belegärztlichen Versorgungsentwicklung bei.

2.3.2 Deskriptive Daten zur belegärztlichen Versorgung

Im Folgenden werden die zur Verfügung stehenden Daten zur Vermittlung des Status Quo tabellarisch und grafisch dargestellt und deren Entwicklung im zeitlichen Verlauf von 2006-2016 beschrieben.

2.3.2.1 Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Aus den Daten GBE-Bund können für die Analyse Aussagen hinsichtlich der

- Anzahl der Belegärzte nach Region,
- Anzahl der Belegärzte nach Fachbereich,
- Anzahl der Belegärzte nach Krankenhaussträgerschaft
- Anzahl der Belegärzte nach Krankenhausgröße und
- Anzahl belegärztlicher Leistungen

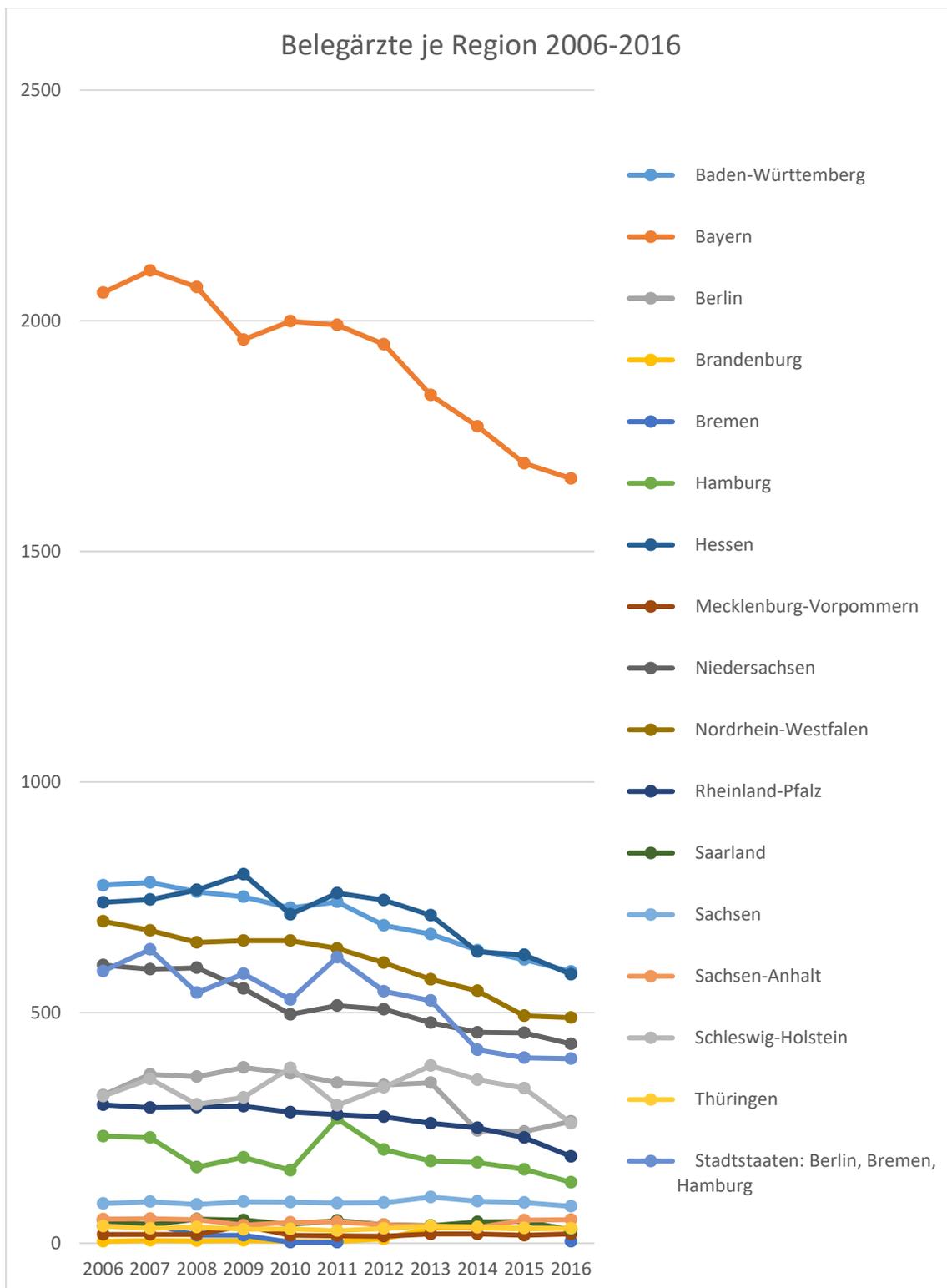
ermittelt werden. Für die Darstellung daraus resultierender Erkenntnisse werden jeweils verschiedene Kriterien, wie Region, Fachbereich, Krankenhausgröße/ -trägerschaft und belegärztliche Leistungen sowie die Jahre für den zeitlichen Verlauf als Selektierungskriterium gewählt.

Anzahl der Belegärzte nach Region:

Tabelle 9: Anzahl Belegärzte nach Region 2006-2016

Region	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Baden-Württemberg	776	782	762	751	727	740	689	670	635	615	589
Bayern	2.061	2.109	2.073	1.959	1.999	1.991	1.949	1.839	1.771	1.691	1.658
Berlin	321	366	361	381	368	348	343	348	244	242	264
Brandenburg	4	6	5	6	4	4	9	33	33	31	32
Bremen	37	42	17	17	2	2					4
Hamburg	232	229	165	186	158	270	203	178	175	160	132
Hessen	739	745	766	800	713	759	744	711	632	625	583
Mecklenburg-Vorpommern	19	19	19	38	17	16	15	20	20	17	20
Niedersachsen	603	594	597	552	496	515	507	478	457	456	432
Nordrhein-Westfalen	698	678	652	656	656	639	608	572	547	493	489
Rheinland-Pfalz	300	294	295	297	284	279	274	260	250	229	188
Saarland	50	40	52	50	41	49	40	38	46	47	29
Sachsen	86	90	84	90	89	87	88	100	91	88	80
Sachsen-Anhalt	52	53	51	39	45	46	40	37	34	50	51
Schleswig-Holstein	319	356	301	316	380	299	338	385	354	336	260
Thüringen	37	32	35	30	31	27	32	37	35	33	32
Stadtstaaten: Berlin, Bremen, Hamburg	590	637	543	584	528	620	546	526	419	402	400

Abbildung 1: Anzahl der Belegärzte nach Region 2006-2016



Im Ergebnis ist Tabelle 9 und Abbildung 1 deutlich zu entnehmen, dass die Verteilung der betriebsärztlich tätigen Leistungserbringer in Deutschland sehr uneinheitlich ist. So sind mit großem Abstand in Bayern die meisten Belegärzte tätig (2016: 1.658 Belegärzte). Die anderen Bundesländer befinden sich indes im Intervall zwischen 4 und 589 Belegärzten.

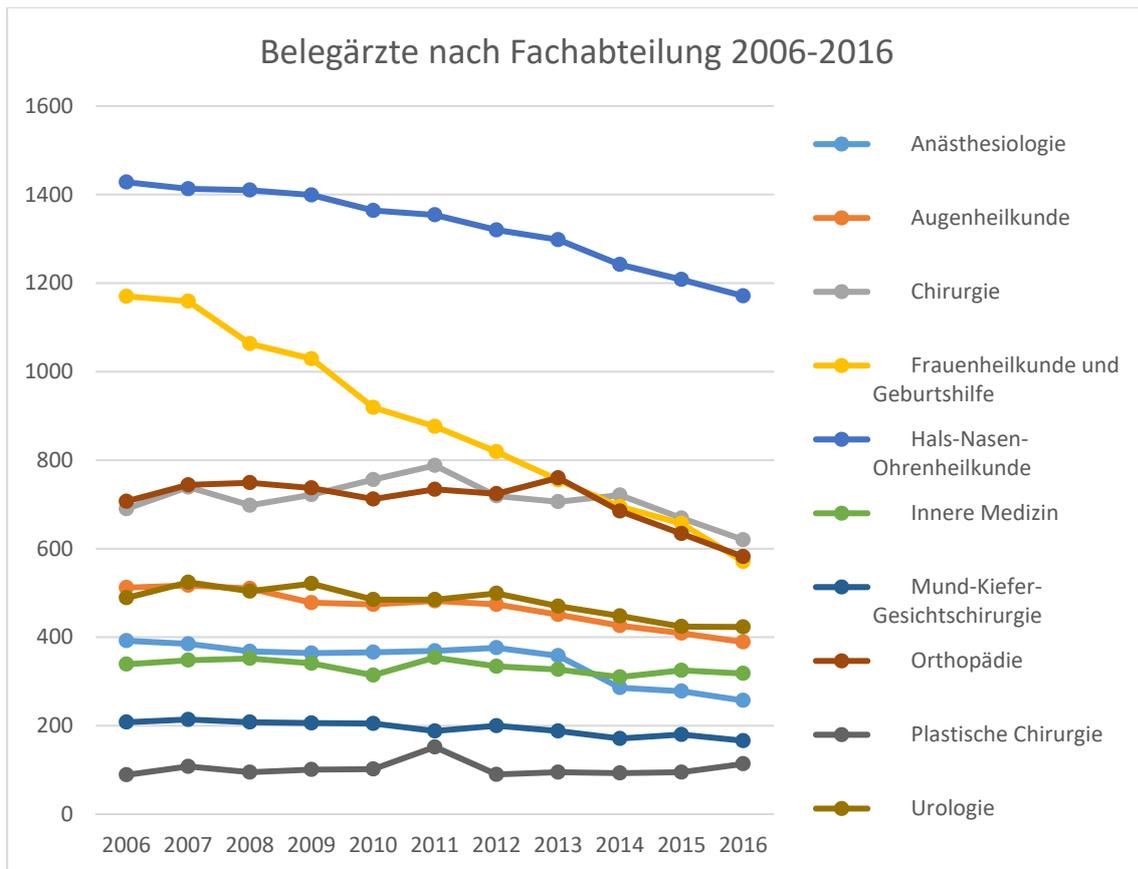
Insgesamt ist in dem untersuchten Zeitraum über alle Regionen hinweg eine sinkende Tendenz bezüglich der Anzahl an Belegärzten zu beobachten. Zwischen 2009 und 2013 sind zwar in Bayern, Hessen, in den Stadtstaaten und Hamburg kurze Steigungen der belegärztlichen Versorgung zu beobachten, die aber dann wieder abflachten.

Anzahl der Belegärzte nach Fachbereich:

Tabelle 10: Anzahl Belegärzte nach Fachabteilung 2006-2016

Fachabteilung	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anästhesiologie	392	385	368	364	366	369	376	358	286	278	257
Augenheilkunde	512	517	510	478	474	482	474	451	426	409	389
Chirurgie	690	739	698	722	756	788	719	706	721	669	620
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.170	1.159	1.063	1.029	919	876	819	755	695	657	571
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1.428	1.413	1.410	1.399	1.364	1.354	1.320	1.298	1.242	1.208	1.171
Innere Medizin	339	348	352	341	314	354	334	327	310	325	318
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	208	214	208	206	205	188	200	188	171	180	166
Orthopädie	707	744	749	737	712	734	724	760	685	634	582
Plastische Chirurgie	89	108	95	101	102	152	90	95	93	95	114
Urologie	489	524	504	521	485	485	499	470	448	424	423

Abbildung 2: Anzahl der Belegärzte nach Fachabteilung 2006-2016



Die Datenlage zur Verteilung der Belegärzte nach Fachabteilungen (s. Tabelle 10 und Abbildung 2) belegt die meisten Belegärzte in der Fachabteilung der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Während diesem Fachbereich im Jahr 2006 noch der Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe folgte, ist letzterer in 2016 anzahlmäßig noch unter die Fachbereiche der Chirurgie und der Orthopädie gefallen. Somit weist der Fachbereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe im beobachteten Zeitraum die stärkste abfallende Entwicklung der Belegarztzahlen aus. Auch der Belegarztzahlen in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ist ein stärkerer sinkender Trend zu entnehmen, während die Belegarztzahlen der anderen Fachbereiche über den Zeitraum eher konstant mit leichter Tendenz zum Rückgang geblieben sind.

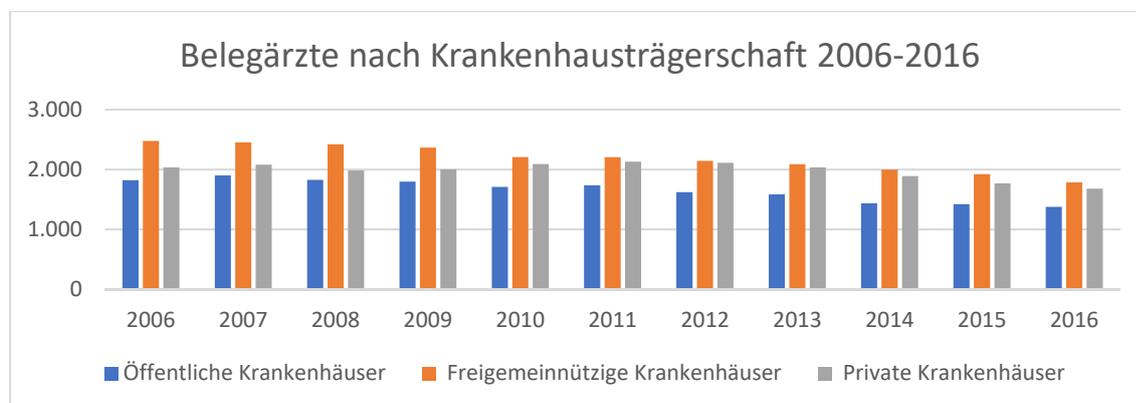
Anzahl der Belegärzte nach Krankenhaussträgerschaft:

Wie nachfolgender Tabelle 11 und Abbildung 3 zu entnehmen ist, dominiert die Anzahl der in Krankenhäusern tätiger Belegärzte im gesamten Zeitraum von 2006 bis 2016 in den freigemeinnützigen Einrichtungen. Hierbei ist jedoch zu erkennen, dass die Anzahl an Belegärzten auch in den freigemeinnützigen Einrichtungen kontinuierlich abnimmt. Bei der belegärztlichen Verfügbarkeit in den öffentlichen Krankenhäusern ist ebenfalls eine kontinuierliche Abnahme der Belegärzte zu beobachten. Lediglich in den privaten Krankenhäusern ist zwischen 2009 und 2013 eine leichte Steigung der Belegarztanzahl zu erkennen, welche im Folgenden aber wieder absinkt.

Tabelle 11: Anzahl Belegärzte nach Krankenhaussträgerschaft 2006-2016

Jahr	Öffentliche Krankenhäuser	Freigemeinnützige Krankenhäuser	Private Krankenhäuser
2006	1.822	2.478	2.034
2007	1.902	2.453	2.080
2008	1.827	2.423	1.985
2009	1.798	2.367	2.003
2010	1.710	2.208	2.092
2011	1.736	2.205	2.130
2012	1.621	2.145	2.113
2013	1.584	2.088	2.034
2014	1.434	1.998	1.892
2015	1.422	1.922	1.769
2016	1.377	1.785	1.681

Abbildung 3: Anzahl der Belegärzte nach Krankenhaussträgerschaft 2006-2016



Anzahl der Belegärzte nach Krankenhausgröße:

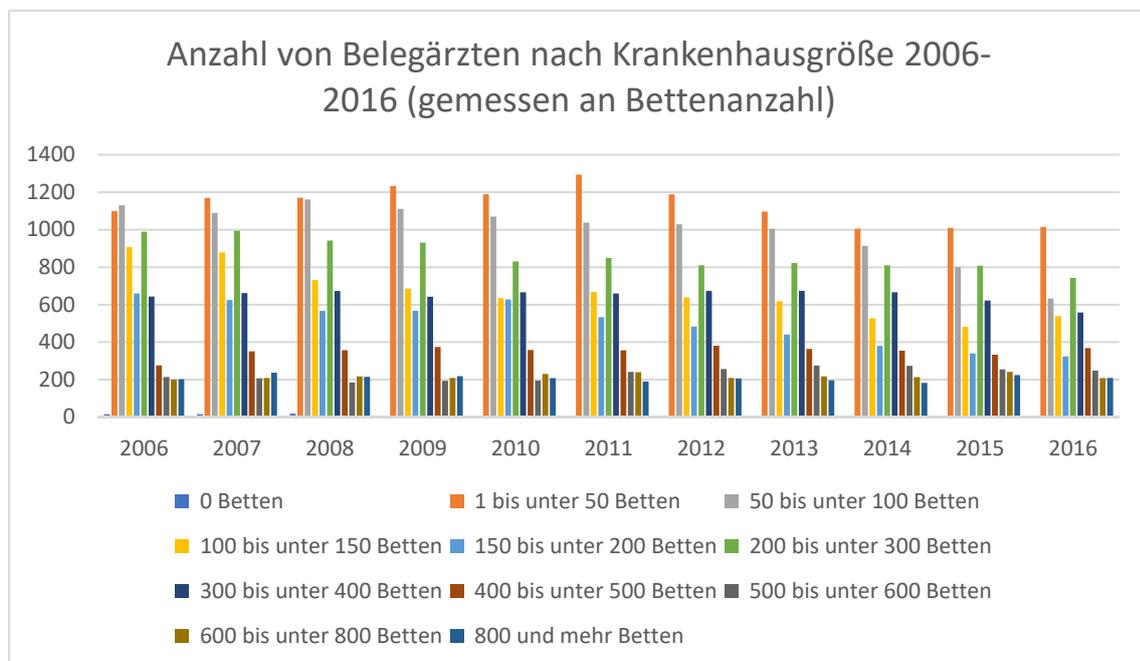
Bezogen auf die Krankenhausgröße, gemessen anhand der Bettenzahlen, sind basierend auf den Erkenntnissen aus

Tabelle 12 und Abbildung 4 die meisten Belegärzte in kleinen Krankenhäusern mit 1 bis unter 50 Betten tätig. Diese Beobachtung ist über den gesamten Zeitraum nahezu konstant und erreicht ihren höchsten Punkt im Jahr 2011. Danach fallen die Zahlen bis 2016 leicht, aber kontinuierlich ab. In Krankenhäusern der Maximalversorgung sind während des gesamten Beobachtungszeitraums die wenigsten Belegärzte tätig. Insgesamt ist die Tendenz der Anzahl an verfügbaren Belegärzten auch hier in allen Versorgungsstufen bzw. Krankenhausgrößen sinkend.

Tabelle 12: Anzahl Belegärzte nach Krankenhausgröße 2006-2016

Jahr	0 Betten	1 bis unter 50 Betten	50 bis unter 100 Betten	100 bis unter 150 Betten	150 bis unter 200 Betten	200 bis unter 300 Betten	300 bis unter 400 Betten	400 bis unter 500 Betten	500 bis unter 600 Betten	600 bis unter 800 Betten	800 und mehr Betten
2006	15	1.099	1.130	907	659	989	643	276	214	200	202
2007	15	1.169	1.089	878	624	994	662	351	207	209	237
2008	18	1.170	1.161	731	566	942	673	357	185	217	215
2009	4	1.233	1.111	686	567	931	642	374	193	209	218
2010	2	1.189	1.070	635	628	830	666	358	194	230	208
2011	5	1.294	1.037	668	533	849	659	356	241	239	190
2012	5	1.188	1.029	639	483	810	673	381	256	209	206
2013		1.096	1.004	618	440	822	674	364	275	217	196
2014		1.005	914	527	380	810	666	354	273	213	182
2015	1	1.009	800	481	340	807	622	333	255	241	224
2016		1.014	633	538	324	743	558	368	248	208	209

Abbildung 4: Anzahl der Belegärzte nach der Größe des Krankenhauses 2006-2016

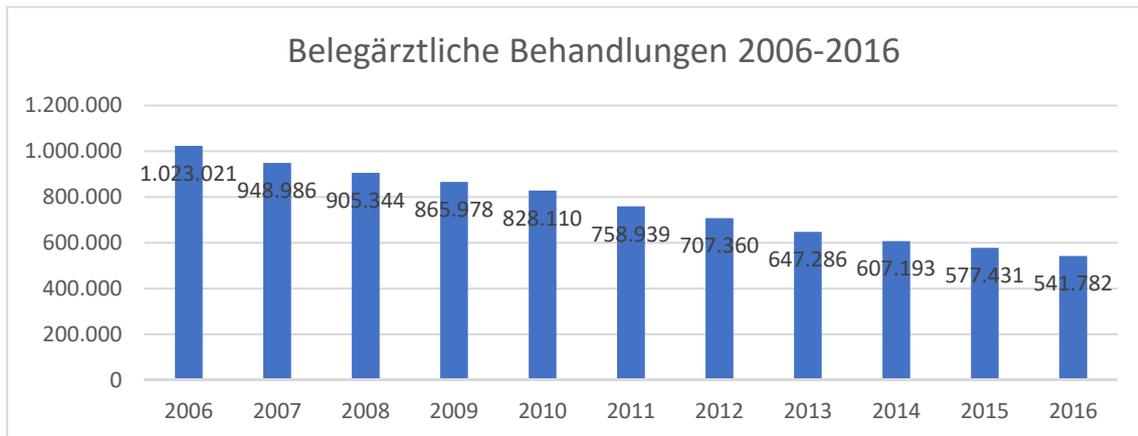


Anzahl der belegärztlichen Behandlungen GKV-Versicherter:

Tabelle 13: Anzahl belegärztlicher Behandlungen GKV-Versicherter 2006-2016

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Beleg- ärztliche Behand- lungen	1.023.021	948.986	905.344	865.978	828.110	758.939	707.360	647.286	607.193	577.431	541.782

Abbildung 5: Anzahl der belegärztlichen Behandlungen GKV-Versicherter 2006-2016



In Gesamtbetrachtung der Anzahl an belegärztlichen Behandlungen GKV-Versicherter ist die gleiche kontinuierliche Abnahme an belegärztlicher Versorgung zu erkennen. Im Vergleich von 2016 zu 2006 wurden nahezu 50% weniger belegärztliche Behandlungen getätigt.

Ein gesetzlich begründeter Erklärungsansatz für den Rückgang der letzten Jahre besteht in der Möglichkeit der Honorarvergütung eines Belegarztes durch ein Krankenhaus, die mit einem 80%-Abschlag auf die Hauptabteilungs-DRG einhergeht (vgl. 2.1). Gemäß der Vergütungssystematik reduzieren sich folglich die Beleg-DRG-Fallzahlen um die von Honorarbelegärzten behandelten Patienten. In 2017 lag die Fallzahl der Belegärzte mit Honorarverträgen laut DKG-Angaben bei 15 007.

2.3.2.2 Statistisches Bundesamt

Mittels der Daten des Statistischen Bundesamtes können weiterführend Erkenntnisse bezüglich der

- Anzahl reiner Belegkrankenhäuser,
- Anzahl der Fallzahlen in reinen Belegkrankenhäusern und
- Anzahl der Belegbetten (nach Fachabteilung)

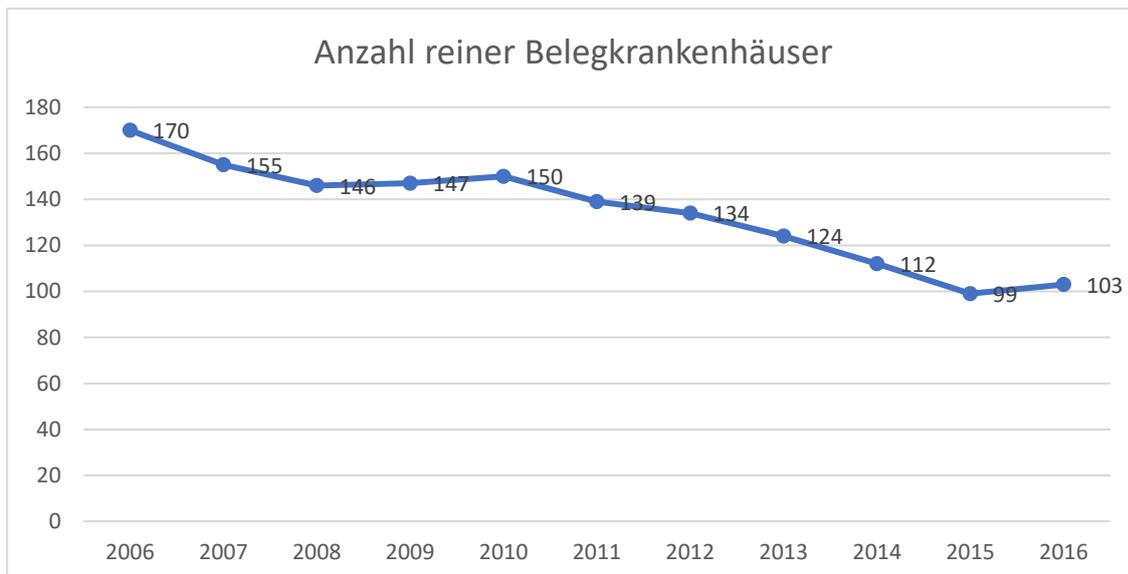
gewonnen werden.

Anzahl reiner Belegkrankenhäuser:

Tabelle 14: Anzahl reiner Belegkrankenhäuser 2006-2016

Jahr	Anzahl reiner Belegkrankenhäuser
2006	170
2007	155
2008	146
2009	147
2010	150
2011	139
2012	134
2013	124
2014	112
2015	99
2016	103

Abbildung 6: Anzahl reiner Belegkrankenhäuser 2006-2016



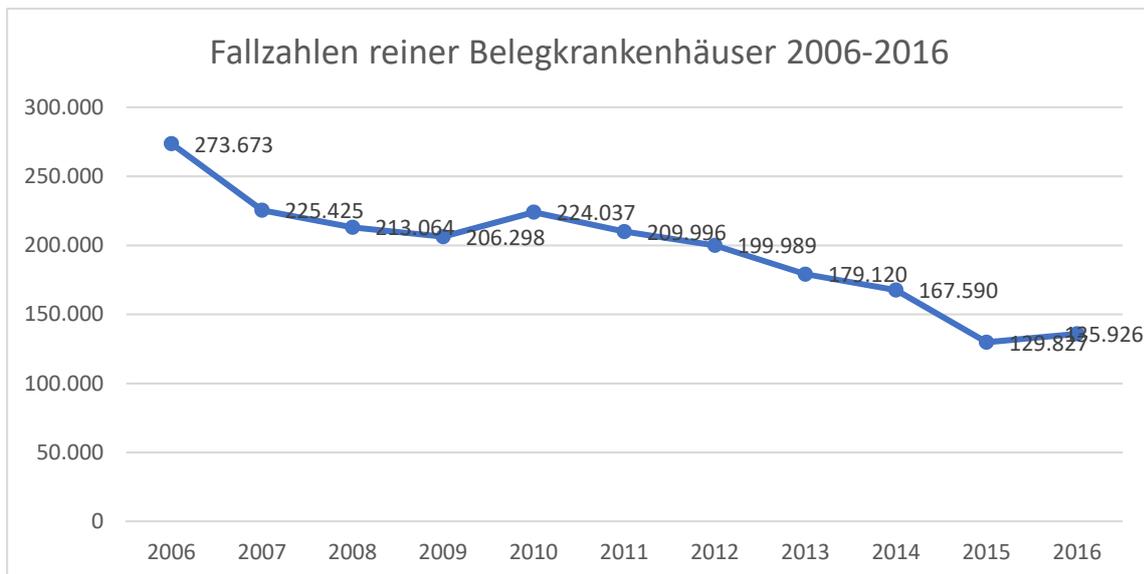
Auch der quantitativen Entwicklung der Anzahl an Krankenhäusern mit reinen belegärztlichen Versorgungsstrukturen auf Basis der destatis-Daten ist der gleiche abnehmende Trend (s. Tabelle 14 und Abbildung 6) abzulesen.

Fallzahlen reiner Belegkrankenhäuser:

Tabelle 15: Fallzahlen reiner Belegkrankenhäuser 2006-2016

Jahr	Fallzahlen reiner Belegkrankenhäuser
2006	273.673
2007	225.425
2008	213.064
2009	206.298
2010	224.037
2011	209.996
2012	199.989
2013	179.120
2014	167.590
2015	129.827
2016	135.926

Abbildung 7: Fallzahlen reiner Belegkrankenhäuser 2006-2016



Vorangegangene Tabelle 15 und Abbildung 7 veranschaulichen die Entwicklung der Fallzahlen in reinen Belegkrankenhäusern im Zeitraum 2006 bis 2016. Auch hier ist ein Rückgang der Fallzahlen über 50% zu erkennen, besonders deutlich ist dieser im Zeitraum 2010-2015.

Anzahl der Belegbetten nach Fachabteilung in Krankenhäusern mit Belegarztstrukturen:

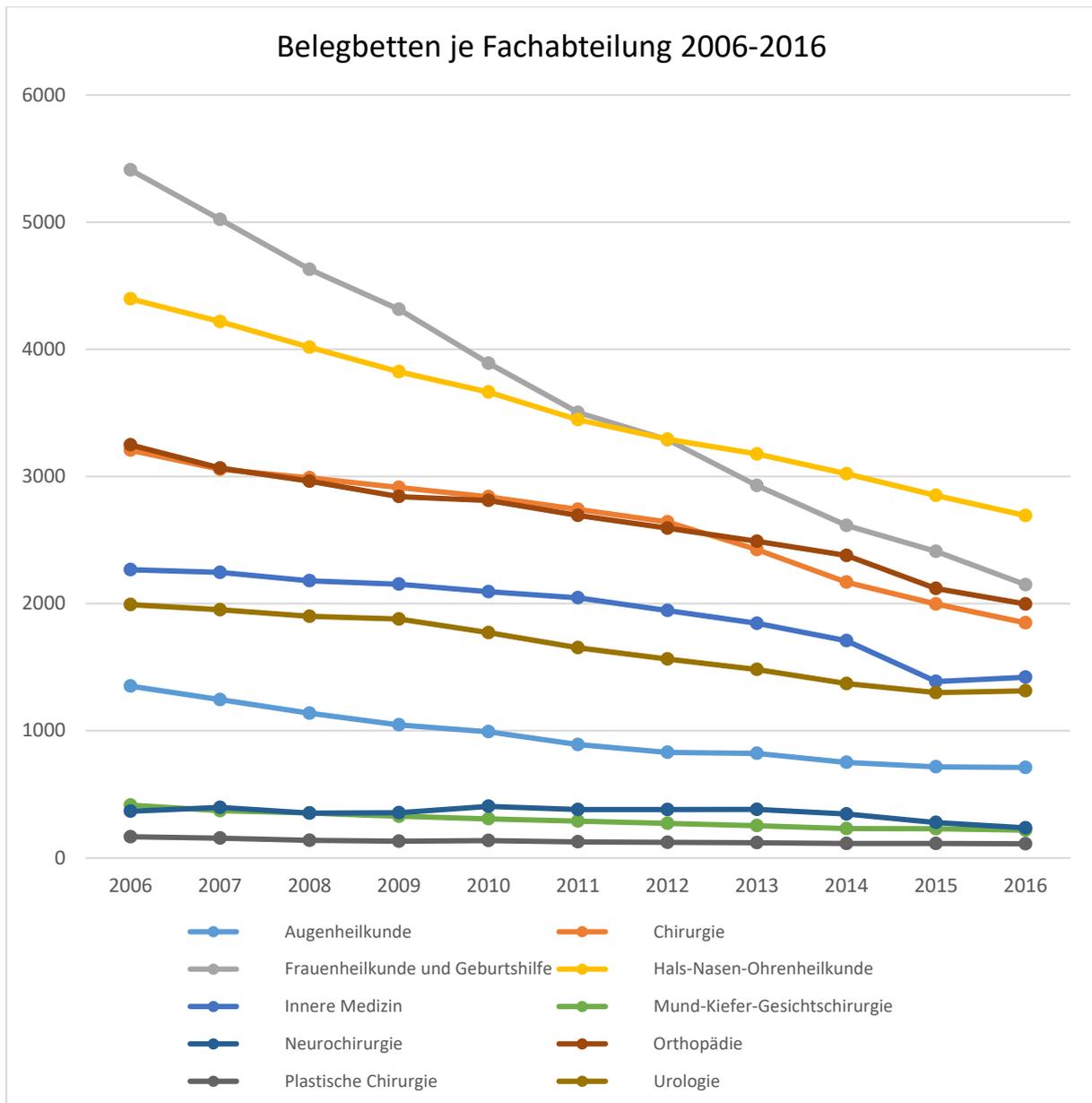
Tabelle 16: Anzahl der Belegbetten nach Fachabteilung 2006-2016

Fachabteilung	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Augenheilkunde	1350	1244	1137	1045	991	890	829	821	750	715	710
Chirurgie	3206	3056	2989	2913	2840	2741	2642	2424	2168	1996	1848
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5411	5022	4629	4314	3890	3503	3289	2928	2614	2410	2148
Hals-Nasen-Ohren- heilkunde	4397	4218	4016	3823	3663	3446	3292	3176	3021	2850	2692
Innere Medizin	2266	2245	2179	2152	2093	2045	1945	1844	1707	1386	1420
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	414	370	352	326	306	288	270	252	229	228	217
Neurochirurgie	366	396	351	354	404	379	379	380	344	277	235
Orthopädie	3248	3066	2962	2841	2811	2693	2593	2489	2378	2118	1996
Plastische Chirurgie	165	154	137	130	135	125	121	118	112	112	110
Urologie	1991	1951	1899	1878	1771	1652	1563	1481	1370	1299	1313

Der voranstehenden Tabelle 16 und der nachfolgenden Abbildung 8 ist insgesamt in allen Fachabteilungen ein Rückgang in der Anzahl an Belegbetten im zeitlichen Verlauf zu erkennen.

Der deutlichste Rückgang ist hierbei in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu verzeichnen.

Abbildung 8: Anzahl der Belegbetten nach Fachabteilung 2006-2016



2.3.2.3 Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die Analyse der KBV-Daten zur belegärztlichen Versorgung umfasst neben den eigens für das Gutachten seitens der KBV zur Verfügung gestellten Daten auch die öffentlich zugänglichen KBV-Informationen.

Die KBV stellt auf Ihrer Website die belegärztlichen Daten nach Fachabteilung und Bettengröße wie folgt öffentlich zugänglich dar:

- Gesamtanzahl der Belegärzte,
- Anzahl der Belegärzte nach Fachabteilung mit bis zu 10 Betten,
- Anzahl der Belegärzte nach Fachabteilung mit 10-20 Betten,
- Anzahl der Belegärzte nach Fachabteilung mit über 20 Betten.

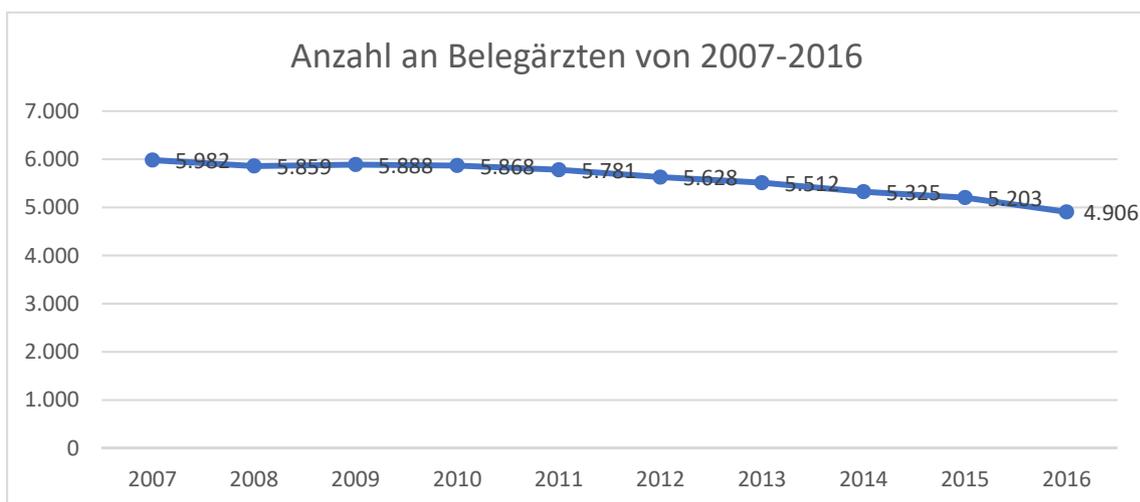
Die Quelle für die oben genannten Daten sind die statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister der KBV. Im Bundesarztregister ist jeder Arzt oder Psychotherapeut, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, verzeichnet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder führen die Daten der Ärzte und Psychotherapeuten ihrer Region im jeweiligen Landesarztregister und übermitteln sie jeden Monat an die KBV. Die letzte und im Rahmen dieser Untersuchung berücksichtigte Aktualisierung dieser KBV-Daten erfolgte am 25.04.2017.

Gesamtanzahl der Belegärzte:

Tabelle 17: Gesamtanzahl Belegärzte 2007-2016

Jahr	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anzahl Belegärzte	5982	5859	5888	5868	5781	5628	5512	5325	5203	4906

Abbildung 9: Anzahl Belegärzte 2007-2016



In vorstehender Tabelle 17 und Abbildung 9 ist zunächst die Gesamtanzahl an Belegärzten im Zeitraum von 2007 bis 2016 dargestellt. Insgesamt nimmt die Anzahl der Belegärzte kontinuierlich ab. 2016 gibt es ca. 1000 Belegärzte weniger als noch 2007.

Auffällig und zugleich ein Beleg für die Inkonsistenzen der Datenerhebung im ambulanten und stationären Sektor ist, dass die Summe an belegärztlichen tätigen Ärzten im Bundesarztregister nicht genau der Summe an Belegärzten aus der öffentlich zugänglichen Krankenhausstatistik entspricht (s. Kap. 2.3.2.1).

Anzahl der Belegärzte je Fachabteilung mit bis zu 10 Betten:

In den belegabteilungsführenden Krankenhäusern stellt sich je Fachabteilung die nachfolgende Verteilung an Belegärzten dar.

Tabelle 18: Anzahl Belegärzte nach Fachabteilung mit bis zu 10 Betten 2007-2016

Jahr	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
belegbare Betten	bis 10 Betten									
Hausärzte	82	73	69	58	55	46	44	39	34	24
Anästhesisten	15	13	10	10	10	10	13	12	9	41
Augenärzte	484	488	498	493	494	498	485	478	467	442
Chirurgen	440	442	443	449	449	433	437	416	401	381
Frauenärzte	805	752	725	673	630	588	569	540	516	456
HNO-Ärzte	1.244	1.242	1.262	1.251	1.240	1.216	1.186	1.162	1.145	1.137
Hautärzte	13	11	14	13	13	13	13	13	12	12
(Fach-)Internisten	170	182	180	186	189	191	196	199	203	204
Kinderärzte	12	11	12	12	12	12	11	11	11	11
Kinder- u. Jugend- Psychiater	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MKG-Chirurgen	193	189	199	199	203	198	198	196	194	186
Nervenärzte	3	3	2	1	1	2	2	2	2	2
Orthopäden	442	444	468	509	502	502	508	498	502	497
Radiologen	14	6	8	8	8	7	6	6	6	6
Urologen	372	358	369	386	385	391	392	375	371	356
ärztl. Psycho- therapeuten	2	2	3	3	3	2	2	1	0	0
gesonderte fachärztliche Versorgung/ sonstige	80	87	92	99	99	97	104	95	85	91

Abbildung 10: Anzahl an Belegärzten je Fachabteilung mit bis 10 Betten 2007-2016

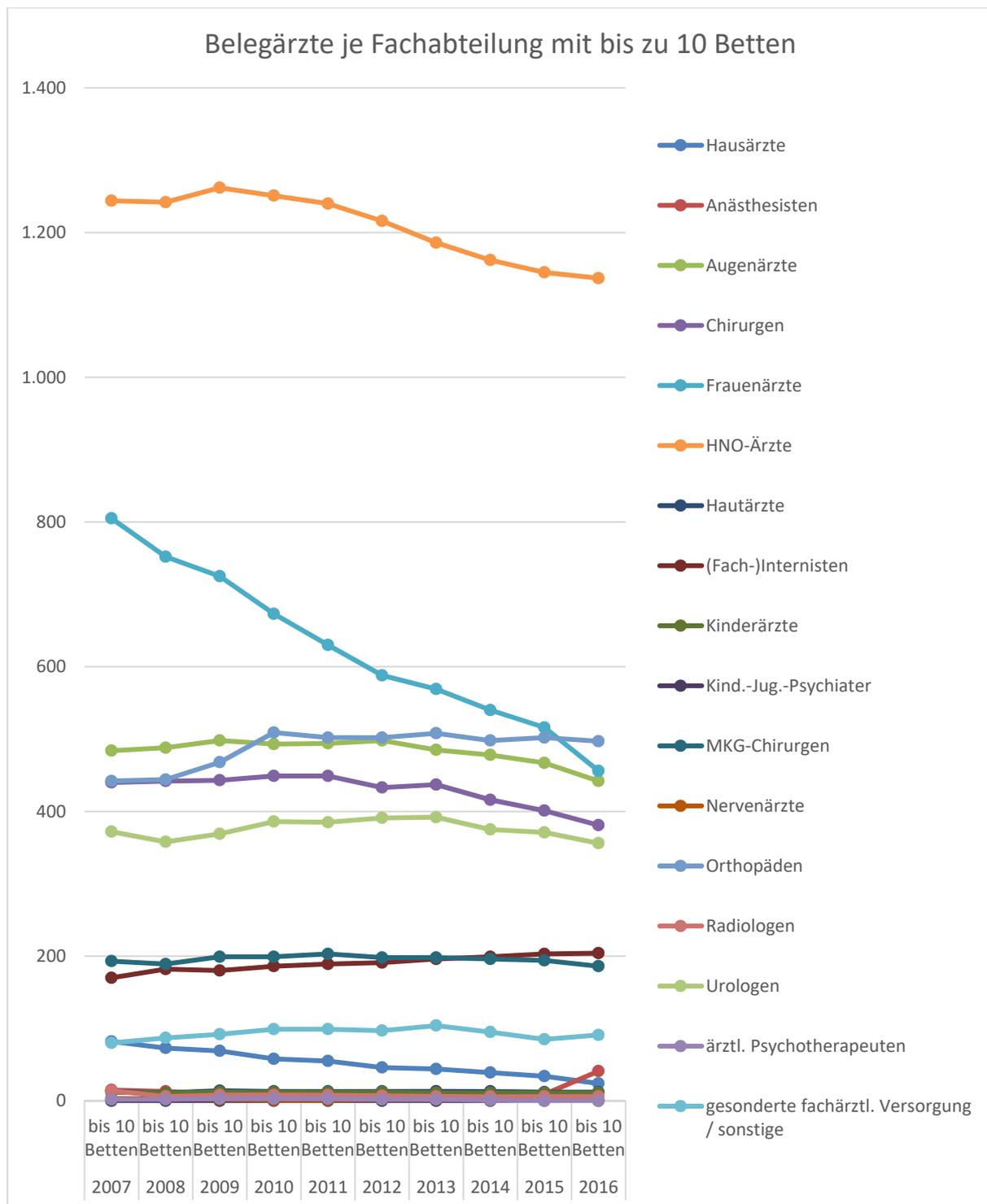


Tabelle 18 und Abbildung 10 stellt die Anzahl von Belegärzten je Fachabteilung mit bis zu 10 Betten im Zeitraum 2007-2016 dar.

Die meisten Belegärzte befinden sich in den HNO-Fachabteilungen mit bis zu 10 belegbaren Betten. Mit großem Abstand folgen darauf die Frauenärzte, wobei hier ein starker Rückgang im zeitlichen Verlauf zu erkennen ist (2007: 805; 2016: 456). Die restlichen Fachabteilungen befinden sich im Intervall zwischen 0 und 550 und zeigen eine relativ gleichbleibende Entwicklung ohne auffällige Ausreißer auf.

Anzahl der Belegärzte je Fachabteilung mit 10 bis 20 Betten:

Tabelle 19: Anzahl der Belegärzte je Fachabteilung mit 10-20 Betten 2007-2016

Jahr	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
belegbare Betten	10 bis 20 Bet- ten									
Hausärzte	21	13	13	13	12	11	10	11	10	11
Anästhesisten	7	8	9	9	9	1	0	0	0	0
Augenärzte	78	79	83	74	67	59	51	51	50	43
Chirurgen	87	69	71	73	73	74	69	65	64	61
Frauenärzte	283	267	272	257	251	248	238	219	217	171
HNO-Ärzte	251	256	232	239	245	241	224	211	205	187
Hautärzte	5	6	6	6	6	6	5	3	3	3
(Fach-)Internisten	68	65	65	66	66	66	65	61	61	51
Kinderärzte	14	12	12	13	12	11	11	11	11	8
Kinder- u. Jugend- Psychiater	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MKG-Chirurgen	17	14	13	13	12	10	9	9	7	6
Nervenärzte	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
Orthopäden	108	95	92	90	84	89	84	80	76	68
Radiologen	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Urologen	114	123	126	118	107	102	99	96	96	78
ärztliche Psycho- therapeuten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gesonderte fachärztliche Versorgung/ sonstige	13	17	14	15	14	13	12	12	14	14

Abbildung 11: Anzahl von Belegärzten je Fachabteilung mit 10-20 Betten 2007-2016

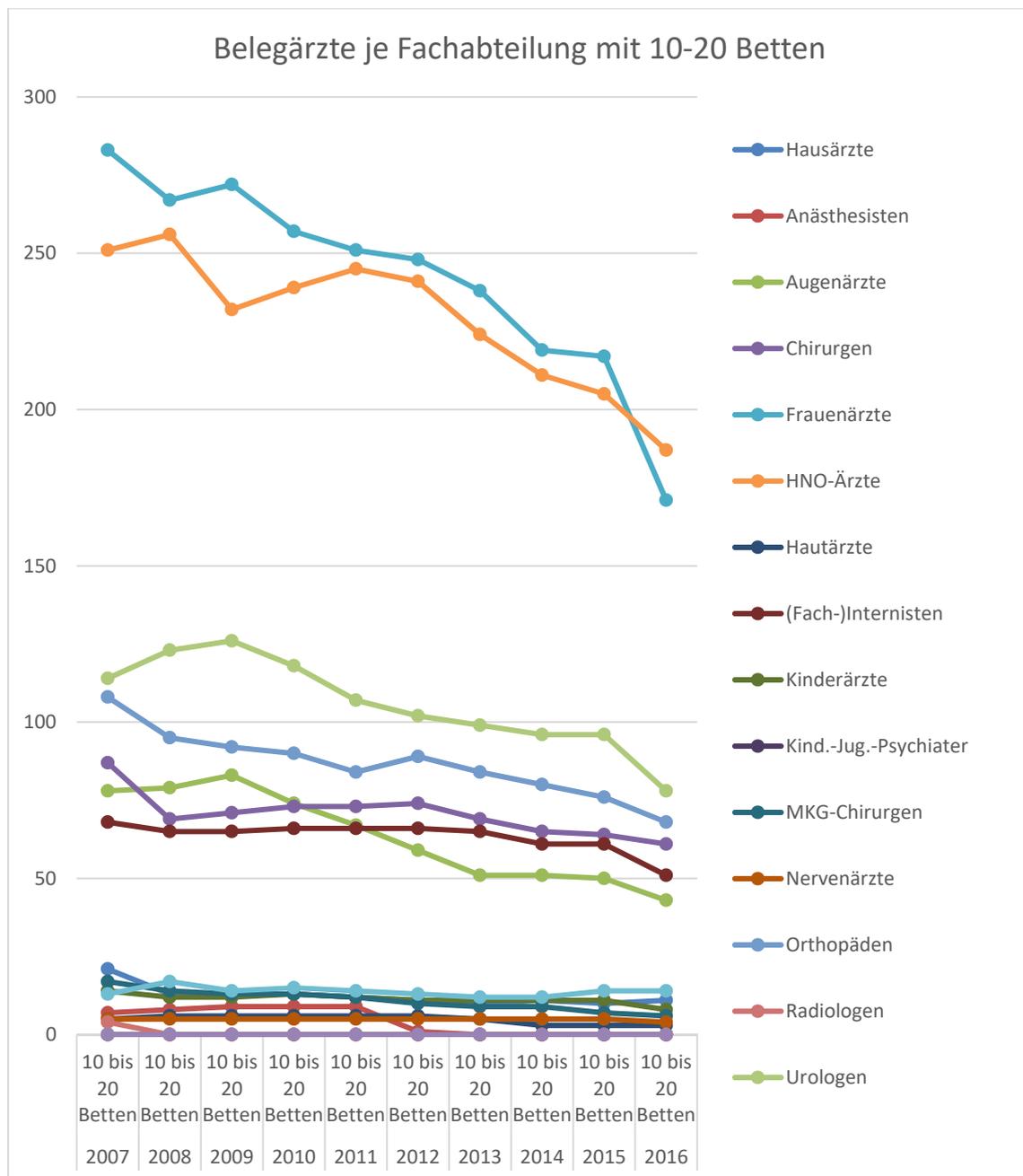


Tabelle 19 und Abbildung 11 stellen die Anzahl von Belegärzten je Fachabteilung mit 10-20 Betten im Zeitraum 2007-2016 dar.

Unter den Belegärzten mit 10-20 belegbaren Betten befinden sich die meisten HNO-Ärzte. Mit geringem Abstand folgen darauf die Frauenärzte. Bei beiden Arztgruppen ist jedoch ein starker Rückgang im zeitlichen Verlauf zu erkennen. Die anderen Arztgruppen befinden sich im Intervall zwischen 0 und 150 und zeigen auch eine sinkende Entwicklung auf. Insgesamt existieren weniger Belegärzte mit 10-20 Betten als mit bis 10 Betten (Vgl. Abbildung 10).

Anzahl der Belegärzte je Fachabteilung mit mehr als 20 Betten:

Tabelle 20: Anzahl der Belegärzte je Fachabteilung mit mehr als 20 Betten 2007-2016

Jahr	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
belegbare Betten	über 20 Bet- ten									
Hausärzte	6	8	9	8	6	4	4	4	3	1
Anästhesisten	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1
Augenärzte	21	21	23	27	26	22	22	23	23	15
Chirurgen	88	86	84	83	83	78	74	67	65	62
Frauenärzte	203	176	163	147	139	123	115	110	109	83
HNO-Ärzte	32	32	31	42	39	26	30	30	30	31
Hautärzte	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1
(Fach-)Internisten	58	61	65	67	66	68	70	64	62	54
Kinderärzte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Kinder- u. Jugend- Psychiater	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MKG-Chirurgen	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0
Nervenärzte	4	7	5	5	4	4	4	3	3	3
Orthopäden	76	80	81	89	96	96	86	88	73	53
Radiologen	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
Urologen	33	31	33	31	39	41	39	40	41	42
ärztliche Psycho- therapeuten	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
Gesonderte fachärztliche Versorgung/ sonstige	10	20	20	19	21	18	15	16	14	7

Abbildung 12: Anzahl von Belegärzten nach Fachabteilung mit über 20 Betten 2007-2016

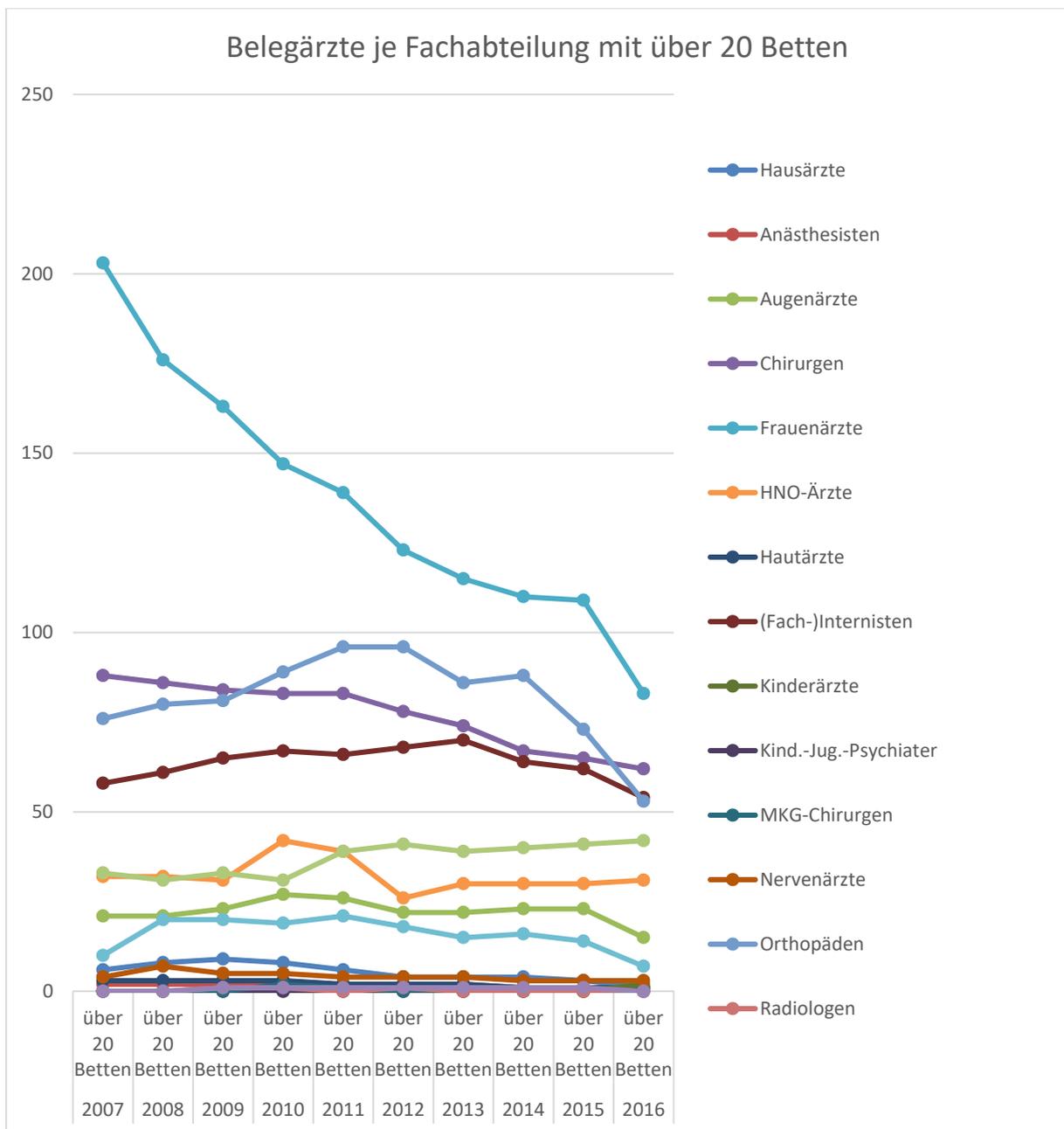


Tabelle 20 und Abbildung 12 stellen die Anzahl von Belegärzten je Fachabteilung mit über 20 Betten im Zeitraum 2007-2016 dar.

Die meisten Belegärzte mit über 20 Betten befinden sich unter den Frauenärzten. Auch hier findet wie bei den vorherigen Abbildungen jedoch ein starker und kontinuierlicher Rückgang ab 2007 statt. Auffallend ist, dass die HNO-Ärzte nicht zu der Gruppe gehören, die die meisten Belegbetten einnimmt (Vgl. Abbildung 10 und Abbildung 11).

Mit großem Abstand folgen darauf die anderen Ärztegruppen. Diese befinden sich im Intervall zwischen 0 und 100. Für die Orthopädie ist ein Anstieg ab 2009 bis 2012 zu beobachten. Danach geht die Anzahl der Belegärzte in der Orthopädie mit über 20 Betten allerdings wieder zurück. Einzig die Belegärzte der Urologie und der HNO zeigen zwischen 2007 und 2016 eine steigende Tendenz auf.

Regionale Verteilung der Belegärzte:

Zusätzliche KBV-Daten, die für das Gutachten zur Verfügung gestellt wurden, ermöglichen weiterführend eine Analyse der regionalen Verteilung. In den zugrundeliegenden KBV-Daten sind alle Belegärzte erfasst, die im Quartal mindestens einen belegärztlichen Fall bzw. eine belegärztliche Leistung abgerechnet haben.

Entsprechend der bisher dargestellten Dominanz an belegärztlichen Strukturen im Bundesland Bayern finden sich demzufolge auch die meisten Belegärzte in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die Anzahl ist im Jahre 2016 nahezu dreifach so hoch wie die im nächsten Bundesland Niedersachsen (s. Abbildung 13).

Abbildung 13: Anzahl Belegärzte nach KV-Region

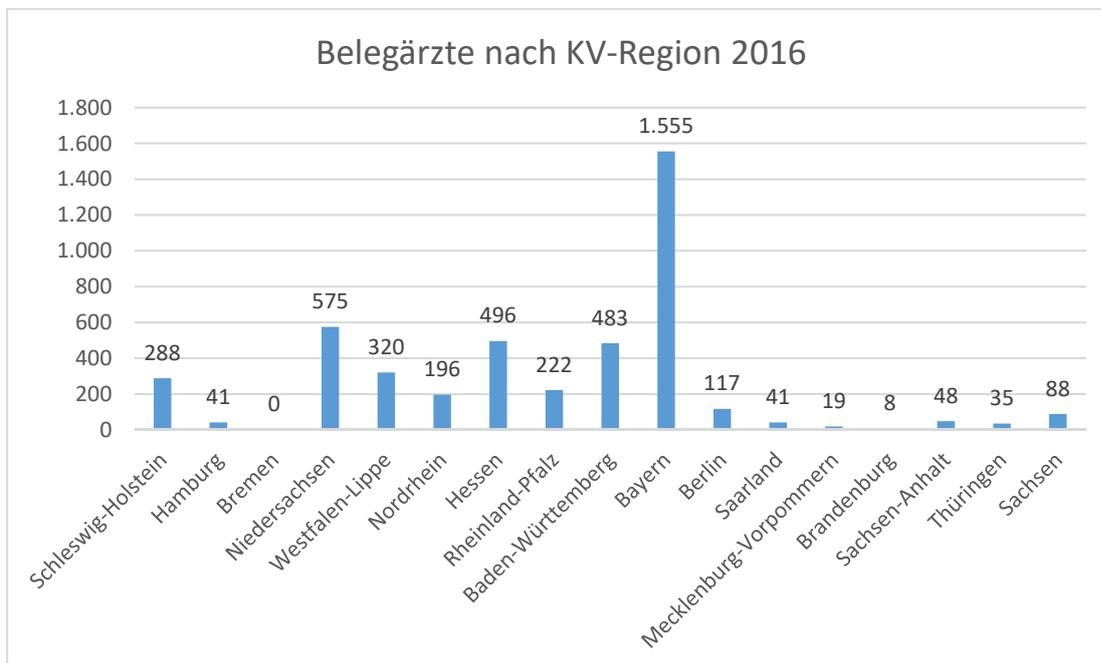
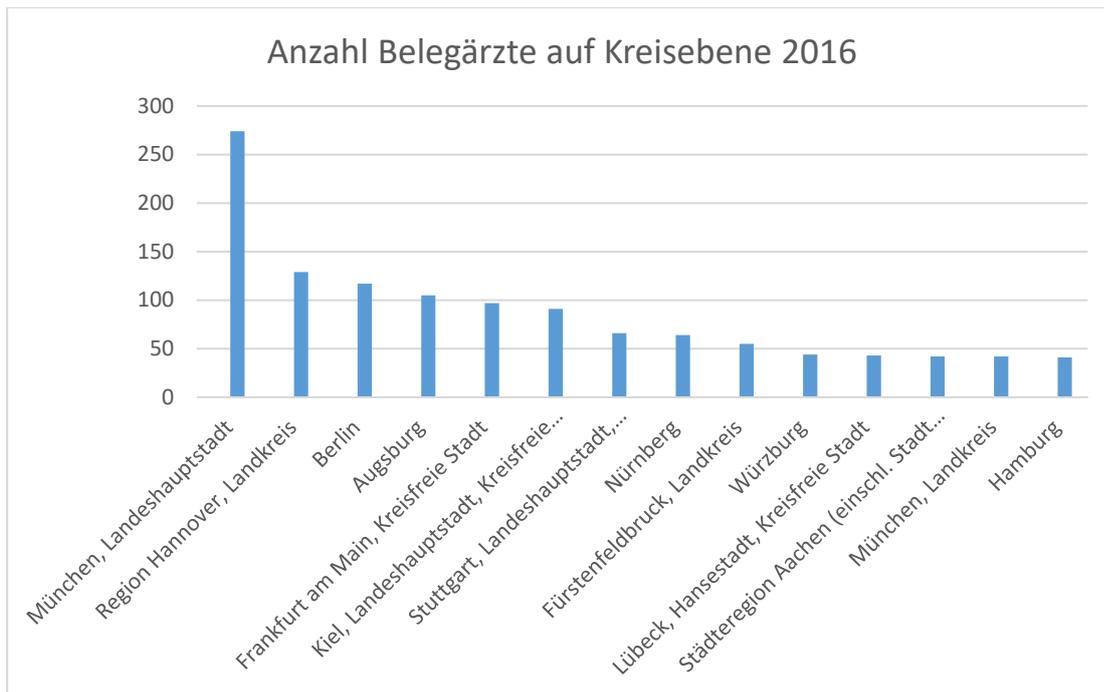


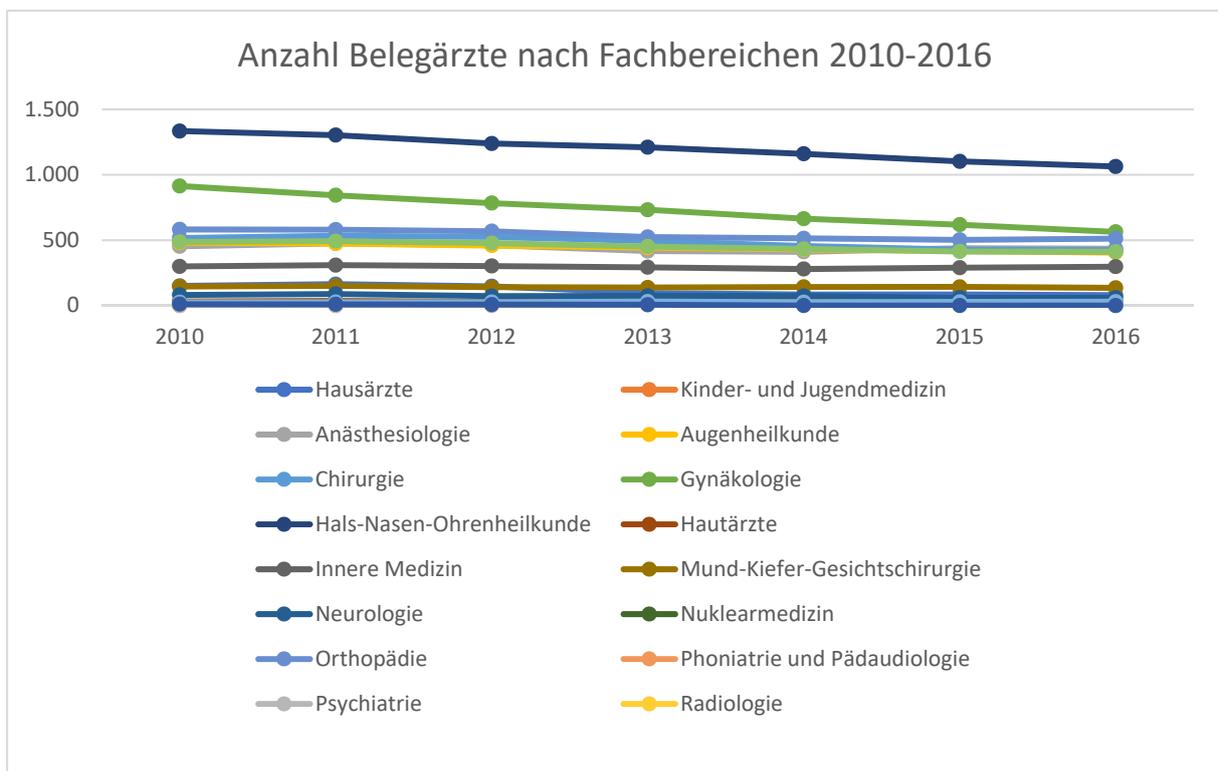
Abbildung 14: Anzahl Belegärzte auf Kreisebene



Analog zu den vorangegangenen Ausführungen finden sich auf Kreisebene auch über doppelt so viele Belegärzte in München als in Hannover, gemessen an absoluten Zahlen der Kreise, die die meisten Belegärzte in Deutschland aufweisen (s. Abbildung 14).

Anzahl an Belegfällen und Belegärzten nach Fachbereichen:

Abbildung 15: Anzahl Belegärzte nach Fachbereichen 2010-2016

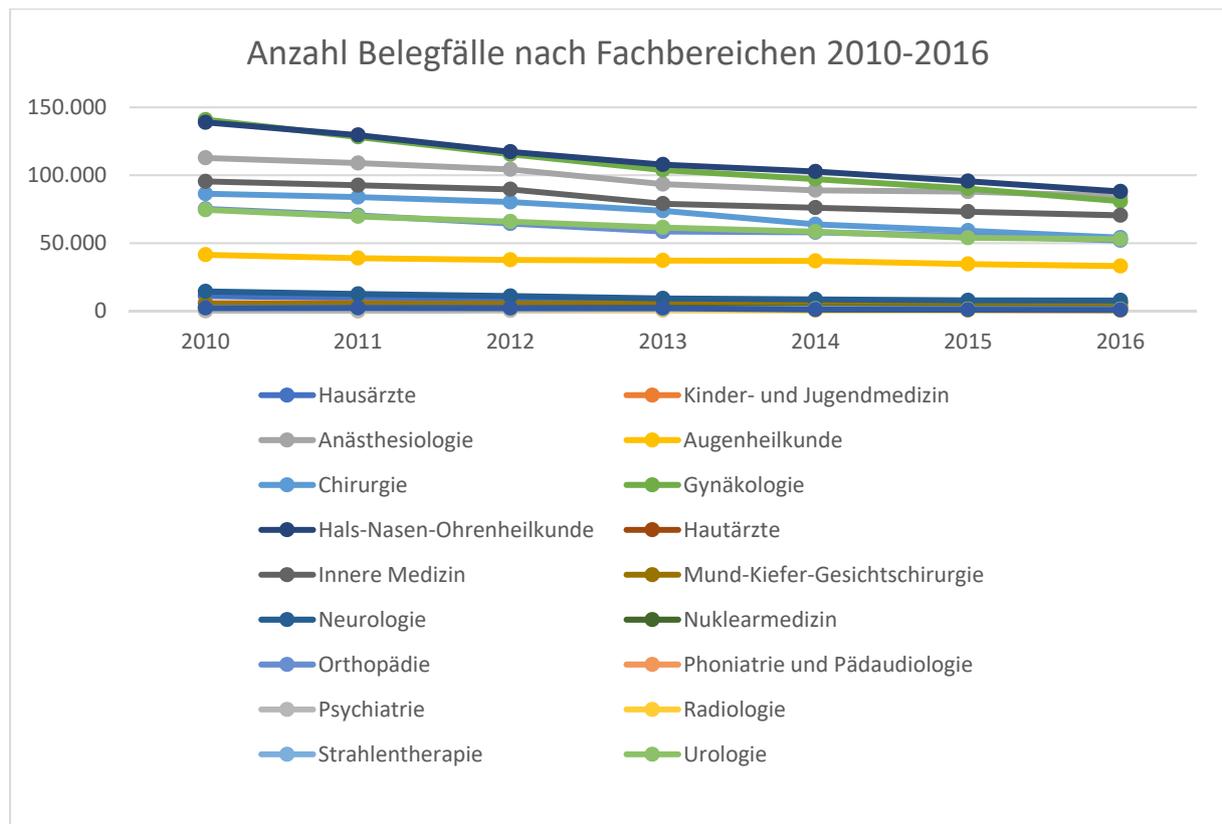


Auf Basis der KBV-Grunddaten lässt sich ferner nicht nur die Anzahl an Belegärzten sondern auch an Belegfällen nach Fachbereichen auswerten. Daraus ergibt sich vorstehendes bekanntes Bild (s. Abbildung 15) der mit Abstand meisten Belegärzte im Fachbereich der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Betrachtet man wiederum die Anzahl an Belegfällen liegen die Fachbereiche deutlich enger zusammen mit den höchsten Fallzahlen in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und der Gynäkologie (s. Abbildung 16).

Den meisten Fachbereichen ist auch diesen Auswertungen der kontinuierliche Rückgang gemein.

Abbildung 16: Anzahl Belegfällen nach Fachbereichen 2010-2016



Fokussiert auf die Daten der Psychiatrie und der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie ist indes ein Anstieg der Fallzahlen im Jahr 2016 im Vergleich zu 2010 zu verzeichnen (s. Abbildung 17).

Ferner haben die Fallzahlen dieser beiden Bereiche mit der Augenheilkunde gemeinsam (bei dem Fachbereich sogar trotz insgesamt sinkender Fallzahlen), dass der Anteil an Belegfällen an allen Fällen der Belegärzte im Abgleich der Jahre 2010 und 2016 gestiegen ist, was wiederum auf eine Spezialisierung hinweist (s. Abbildung 18).

Abbildung 17: Anzahl an Belegfällen nach speziellen Fachbereichen, 2010-2016

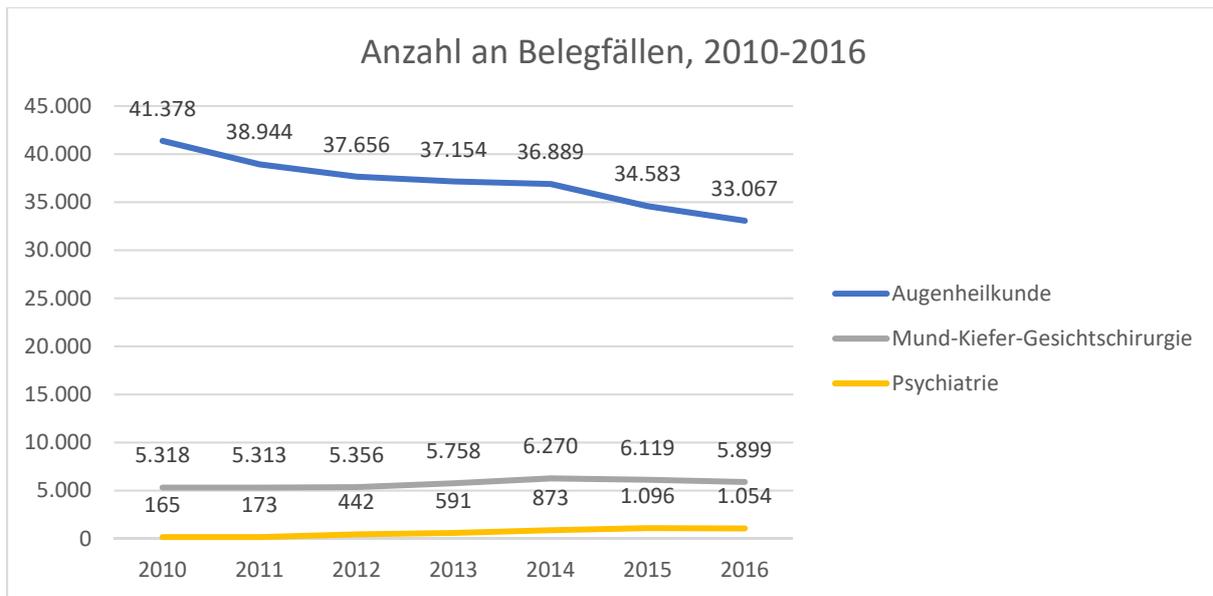
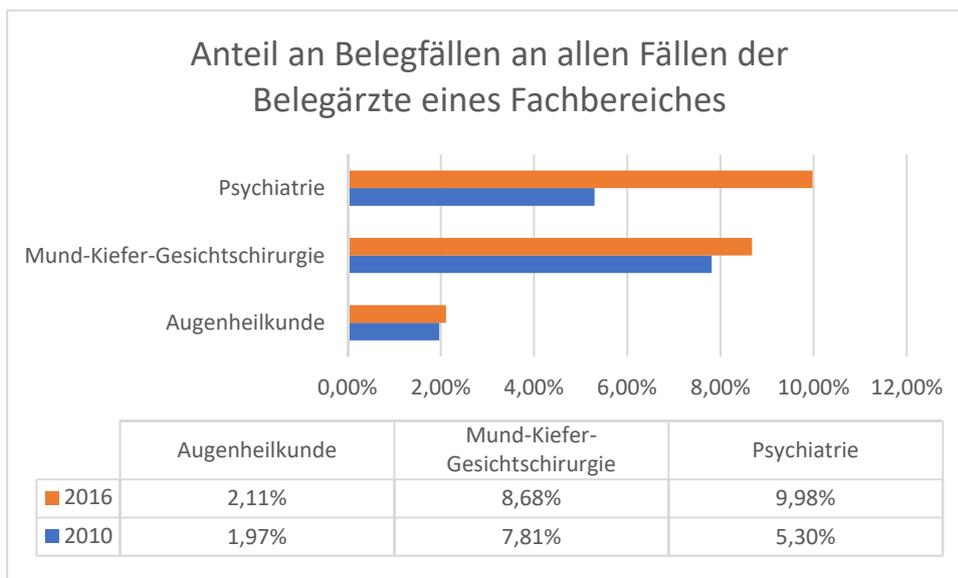


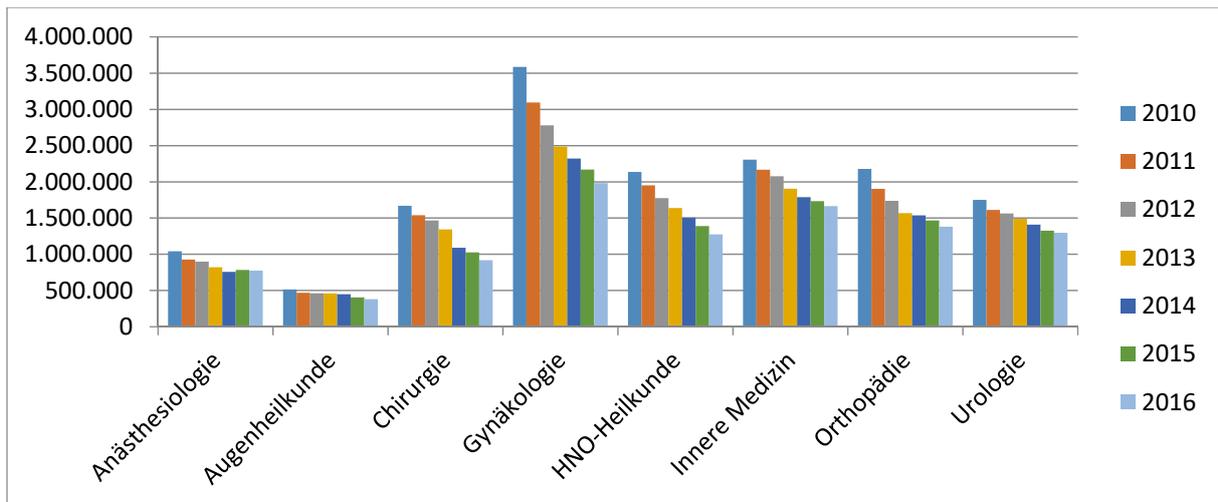
Abbildung 18: Anteil an Belegfällen an allen Fällen der Belegärzte eines Fachbereichs



Anzahl bundesweit abgerechneter GOPs:

Gemessen an der Zahl bundesweit abgerechneter GOPs in Belegarztfällen in Fachgruppen mit relativ hohem Anteil belegärztlicher Tätigkeit sind die Fachbereiche Orthopädie und Gynäkologie im Jahre 2016 führend (s. Abbildung 19). Letzterer Fachbereich trotz des stärksten Rückgangs seit 2010.

Abbildung 19: Abgerechnete GOPs in Belegarztfällen nach Fachbereich



2.3.2.4 Datenauswertungen DKG und GKV-SV

Die eigens für das Gutachten erfolgten Auswertungen der DKG und des GKV-SV lassen einen zusätzlichen Blick auf die belegärztlichen Versorgungsstrukturen aus Krankenhaussicht zu.

Tabelle 21: CM und Fallzahlen Beleg-DRGs

DRG Belegabteilung (BA)	CM	Fälle
Summe aller DRGs BA	317.761	546.203

Quelle: DKG 2018

Dem Casemix (CM) und der Summe belegärztlicher Fälle des Jahres 2016 (s. Tabelle 21) stehen bei den häufigsten B-DRGs nachfolgende Schwergrade (PCCL) (s. Tabelle 22) gegenüber.

Die nachfolgende GKV-SV-Auswertung versteht sich entsprechend dem PCCL bei den häufigsten DRGs (außer gesunden Neugeborenen) bei Belegarztfällen mit Entlassung im Jahre 2016 (ohne Honorarbelegarzt, nur Fälle mit bundesweitem Relativgewicht nach eigener DRG-Zuordnung zum System des Entlassungsjahres) und soll zum Verständnis der Schweregradunterscheidung zwischen haupt- und belegärztlichem Fall beitragen.

Tabelle 22: PCCL bei den häufigsten Beleg-DRGs 2016

PCCL bei den häufigsten DRG (außer gesunden Neugeborenen) bei Belegarztfällen mit Entlassung im Jahre 2016 (ohne Honorarbelegarzt, nur Fälle mit bundesweitem Relativgewicht nach eigener DRG-Zuordnung zum System des Entlassungsjahres)						
DRG	Bezeichnung DRG	PCCL	absolut		relativ	
			kein Belegarzt	Belegarzt	kein Belegarzt	Belegarzt
C08B	Extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse	0	47.635	13.558	79,2%	78,4%
C08B	Extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse	1	5.560	1.736	9,2%	10,0%
C08B	Extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse	2	3.761	1.147	6,2%	6,6%
C08B	Extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse	3	2.657	737	4,4%	4,3%
C08B	Extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse	4	501	101	0,8%	0,6%
C08B	Extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse	5	65	4	0,1%	0,0%
C08B	Extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse	6	2		0,0%	0,0%
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	0	46.108	23.664	88,5%	94,6%
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	1	2.909	840	5,6%	3,4%
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	2	1.428	329	2,7%	1,3%
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	3	1.327	166	2,5%	0,7%
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	4	276	26	0,5%	0,1%
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	5	63	1	0,1%	0,0%
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	6	8	1	0,0%	0,0%
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose	0	64.120	24.200	88,3%	96,3%
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose	1	4.874	637	6,7%	2,5%
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose	2	1.664	155	2,3%	0,6%
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose	3	1.739	127	2,4%	0,5%
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose	4	162	10	0,2%	0,0%
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose	5	34	1	0,0%	0,0%
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose	6	4		0,0%	0,0%
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen	0	29.441	22.096	93,5%	96,9%
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen	1	938	387	3,0%	1,7%
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen	2	625	229	2,0%	1,0%
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen	3	377	77	1,2%	0,3%
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen	4	71	3	0,2%	0,0%
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen	5	19		0,1%	0,0%
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen	6	3		0,0%	0,0%
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostatektomie und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schw. CC, Alter < 90 Jahre	0	61.587	8.152	63,2%	70,1%
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostatektomie und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schw. CC, Alter < 90 Jahre	1	17.645	1.900	18,1%	16,3%
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostatektomie und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schw. CC, Alter < 90 Jahre	2	9.603	971	9,8%	8,3%
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostatektomie und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schw. CC, Alter < 90 Jahre	3	8.677	609	8,9%	5,2%

Quelle: GKV-SV 2018

Im Abgleich der Schweregrade der fünf häufigsten B-DRGs mit den jeweiligen DRGs erbracht in Hauptabteilungen von Nicht-Belegärzten zeigt die vorstehende Tabelle 22, dass die Belegärzte in vier der fünf aufgeführten DRGs den höheren Anteil im PCCL-Schweregrad 0 innehaben und somit die tendenziell leichteren Fälle behandeln. Eine weiterführende eigenständige Auswertung aller kalkulierten B-DRGs im Hinblick auf den PCCL-Level basierend auf den Daten aus der InEK-Begleitforschung des Jahres 2016 kann jedoch nicht evident zur Bestätigung beitragen, dass im Vergleich zur Hauptabteilung grundsätzlich über alle DRGs hinweg durchgängig nur leichtere Fälle in Belegabteilungen versorgt werden.

2.4 Krankenhausplanerische Grundlagen der belegärztlichen Versorgung in Deutschland

Wie in Kap. 2.1.5 bereits kurz dargestellt, bildet die Krankenhausplanung der Länder die Grundlage der belegärztlichen Versorgungsstrukturen. Die Planungstiefe bzw. die Vorgaben sind dabei sehr unterschiedlich ausgeprägt. Inwiefern die regulierenden Vorgaben einen Einfluss auf die regionale Entwicklung des Belegarztwesens nehmen, soll mittels eines Abgleichs der gültigen Krankenhauspläne eruiert werden.

Generell belegt der Vergleich (zum Stand der jeweiligen KH-Pläne aus März 2018), dass starke Variationen in den Krankenhausplänen der einzelnen Bundesländer existieren. Zum einen finden sich Unterschiede hinsichtlich der Aktualität der Krankenhauspläne, beispielsweise ist der aktuelle niedersächsische Krankenhausplan aus dem Jahr 2018; andere wiederum, wie bspw. der hessische Krankenhausplan aus 2008 werden lediglich „fortgeführt“. Zum anderen weichen die Regulierungen in Bezug auf das Belegarztwesen zwischen den Bundesländern grundsätzlich voneinander ab.

Im Abgleich der Pläne finden sich besonders im Grad der Planungstiefe große Differenzen zwischen den Ländern. So finden sich keinerlei verschriftlichte Regulierungen hinsichtlich des Belegarztwesens in den Krankenhausplänen der Bundesländer Bayern, Bremen, Hamburg und Niedersachsen. Auffällig ist zudem, dass die Verteilung der Planbetten auf somatische Fachabteilungen nur in Niedersachsen konkret festgelegt bzw. öffentlich gemacht wird (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2018). In Hamburg indes kann die Bettenzahl einer Hauptdisziplin bis zu 10 % vom Plan bei unveränderter Gesamtbettenzahl abweichen (Freie und Hansestadt Hamburg et al. 2016). Die anderen beiden Länder weisen in diesem Bereich noch mehr Flexibilität auf. So soll der Krankenhausplan Bayerns die innere Struktur der Krankenhäuser nicht reglementieren (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2018) und in Bremen bildet der Plan lediglich eine Grundlage, um in Strukturgesprächen zwischen den Selbstverwaltungspartnern geeignete Bettenzahlen festzulegen (Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Bremen 2011). Ob die Verteilung von Belegbetten in dieser flexiblen Bettenplanung ebenfalls eingeschlossen ist, lässt sich nur vermuten. Die Krankenhauspläne liefern hierzu keinerlei Auskunft.

Andere Bundesländer wiederum halten ein flexibles Belegarztwesen zumindest schriftlich in ihren Landeskrankhausplänen fest. Die Regulierungen in Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein beschränken sich dabei auf eine Rahmenplanung. Zwar wird teilweise eine Planbettenzahl zur Sicherstellung des Versorgungsauftrags festgelegt, darüber hinaus haben Krankenhäuser jedoch Handlungsspielraum, was die Bettenaufteilung betrifft. Dies spiegelt sich auch im Belegarztwesen wider. In Baden-Württemberg wird beispielsweise kein Einfluss auf die Leitung von Fachabteilungen durch hauptamtliche oder niedergelassene Ärzte genommen. Dabei wird lediglich eine Abstimmung der Krankenhäuser mit den Krankenkassen empfohlen (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg 2010). In den anderen fünf Ländern wird den Krankenhausträgern in den jeweiligen Krankenhausplänen ebenfalls hinsichtlich der Errichtung, Änderung oder Schließung von Belegabteilungen, Organisationshoheit zugesprochen. Voraussetzung hier ist jedoch, dass die zuständigen Planungsbehörden über etwaige Änderungen zu unterrichten sind und die Versorgungsaufträge sichergestellt werden (Hessisches Sozialministerium 2008; Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz 2010; Gesund-

heitsministerium Schleswig-Holstein 2017). Über die Errichtung oder Schließung belegärztlicher Strukturen außerhalb der im Krankenhausplan festgelegten Fachgebiete entscheidet in Sachsen und Sachsen-Anhalt hingegen die für die Krankenhausplanung zuständige Stelle (Landesregierung Sachsen-Anhalt 2013; Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2018). Die genaue Anzahl der Belegbetten wird im Krankenhausplan von Rheinland-Pfalz ausgewiesen, sowie im Leistungsreport des hessischen Krankenhausplans. Die Länder Sachsen und Sachsen-Anhalt beschränken sich bei den Angaben auf die Nennung der Belegabteilungen je Krankenhaus und Schleswig-Holstein verzichtet auf jegliche Angaben.

Strenger reguliert wird das Belegarztwesen in den Krankenhausplänen der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen (NRW), Saarland und Thüringen. In Berlin werden auf Ebene der Hauptdisziplinen Kapazitäten für die Versorgungsform der belegärztlichen Versorgung ausgewiesen (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2015). Davon kann um bis zu 15 % vom Plan bei unveränderter Gesamtbettenzahl abgewichen werden (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2015). Außerdem im Plan enthalten sind Ist-Stand und Soll-Vorgaben hinsichtlich der Belegbettenanzahl je Krankenhaus und Fachabteilung. Im Krankenhausplan Brandenburgs werden definierte Fachbereiche innerhalb der Gesamtkapazität je Krankenhaus gekennzeichnet, in denen ausschließlich Belegleistungen erbracht werden dürfen (Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2013). Verzichtet wird hierbei auf die Angabe der genauen Bettenzahl. In Mecklenburg-Vorpommern kann eine Belegabteilung errichtet werden, wenn sie nach dem Feststellungsbescheid zugelassen. Die dazugehörige Anlage der Bettenzusammenstellung verweist außerdem auf die Anzahl der Belegbetten je Abteilung wird (Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2018). In NRW folgt die Errichtung oder Schließung belegärztlicher Strukturen den allgemeinen Verfahrensregeln der Krankenhausplanung nach den §§ 14 und 15 KHGG NRW (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2013). Die Zulassung erfolgt auch hier durch einen Feststellungsbescheid. Auf eine exakte Angabe von Belegabteilungen oder Belegbetten wird verzichtet. Das Saarland wiederum weist konkrete Belegbettenzahlen und -abteilungen in seinem Krankenhausplan aus. Belegärztliche Leistungen können nur erbracht werden, wenn die entsprechende Abteilung auch im Krankenhausplan als solche festgelegt ist (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland 2018). In Einzelfällen können auch zur Hauptabteilung zusätzliche Belegbetten derselben Fachrichtung vorgehalten werden (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland 2018). Auch in Thüringen sind Belegabteilungen Teil der Krankenhausplanung und werden ausgewiesen. Eine Ausnahme bilden hier die Belegbetten von Hauptabteilungen derselben Disziplin, die nicht im Krankenhausplan aufgenommen werden (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Freistaates Thüringen 2018).

Neben den Regulierungen zum Belegarztwesen, geben einige Krankenhauspläne Auskunft über eine Normauslastung der Belegbetten, die als Berechnungsgrundlage des Bettenbedarfs dient. In Berlin liegt diese bei 65 % (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2015), während in Mecklenburg-Vorpommern mit einer Normauslastung von 75 % (Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern 2018), in Sachsen von 60 % (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2018) und in Schleswig-Holstein von 70 % (Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein 2017) kalkuliert wird.

Informationen zur Umwidmung von Abteilungen wiederum finden sich lediglich in den Krankenhausplänen von Berlin und Hessen. Hauptamtlich geführte Abteilungen können demnach im Benehmen mit

der Planungsbehörde in Belegabteilungen umgewidmet werden, eine Umwidmung von Belegabteilungen in hauptamtlich geführte Abteilungen wird in Berlin planerisch als Neuaufnahme von Betten in den Krankenhausplan betrachtet (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2015) und ist in Hessen nur möglich, wenn bestimmte Strukturkriterien erfüllt sind oder dies vor der Krankenhauskonferenz erörtert wurde (Hessisches Sozialministerium 2008).

Außerdem verweisen einige Bundesländer, wie beispielsweise Hessen, NRW, Sachsen oder Schleswig-Holstein, in ihren Krankenhausplänen auf die Kriterien des Belegarztwesens nach §§ 151 und 121 SGB V. So wird zum Beispiel die Mindestanzahl von belegärztlich tätigen Fachärzten und die Sicherstellung der ärztlichen Präsenz sowie die Bereitschaft zur umfassenden Information und Kooperation von Belegabteilungen und hauptamtlich geführten Abteilungen dargelegt.

Insgesamt lässt sich eine heterogene Regulierungstiefe belegärztlicher Strukturen zwischen den Bundesländern feststellen. Die dargestellten Unterschiede der Rahmenbedingungen beruhen auf der Grundlage der Planungsfreiheit der Länder hinsichtlich ihrer Krankenhausplanung. Zumeist überlässt es die Planung den Krankenhäusern selbst, ob die Planbetten als Haupt- oder Belegabteilung vorgehalten werden.

Die potenzielle Annahme, die quantitative Entwicklung der Belegarztstrukturen hänge mit der Krankenhausplanung der jeweiligen Länder zusammen, findet in der Prüfung der Pläne keine Bestätigung. Gerade im Krankenhausplan Bayerns, dem führenden Bundesland in belegärztlicher Versorgung, finden sich keinerlei einflussnehmende Faktoren. Das lässt darauf schließen, dass nicht planerische, sondern andere Aspekte die belegärztliche Versorgung treiben.

So verschieden die Krankenhauspläne in ihrem Grad der Regulierung bezüglich des Belegarztwesens auch sind, lässt sich dennoch in einigen Plänen eine übereinstimmende Betrachtung des Belegarztwesens erkennen. So formulieren die Bundesländer Hessen, NRW, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein eine tendenziell positive Grundhaltung zum Belegarztwesen. In den Krankenhausplänen werden Vorteile des integrierten Versorgungsmodells aufgeführt (z.B. wohnortnahe Versorgung), die sich bewährt haben und weiterhin gefördert werden sollen (Hessisches Sozialministerium 2008).

3 Belegärztliche Versorgung im Ausland

Die Beschreibungen relevanter Entwicklungen und Regelungen aus dem Ausland sollen dazu dienen, ein besseres Verständnis für relevante Einflussfaktoren auf die Entwicklung einer belegärztlichen Versorgung sowie ggfs. Modellelemente für die Entwicklung von Regulierungsalternativen für das deutsche GKV-System zu generieren. Auf rein privatärztliche Versorgungsmodelle wurde deshalb hier kein Fokus gerichtet.

3.1 USA

Das ursprüngliche klassische Modell der Arzt-Krankenhaus-Beziehung in den USA wird oft als „Voluntary Medical Staff Model“ bezeichnet und beruht darauf, dass niedergelassene Ärzte mit eigenen Pra-

nen in den US-amerikanischen Krankenhäusern ärztliche Leistungen erbringen, für die das Krankenhaus sein Personal und seine Sachmittel zur Verfügung stellt. Die niedergelassenen Ärzte übernehmen dafür Dienste in der Notaufnahme des Krankenhauses und beteiligen sich an Krankenhausmeetings (Casalino, November et al. 2008). Dabei lag der Schwerpunkt der ambulanten Praxen bei Einzel und kleinen Gruppenpraxen (Kirchhoff 2013). Die Vergütung von Ärzten und Krankenhäusern ist entsprechend in der klassischen Form separiert (Scott, Orav et al. 2017). So enthält das von Medicare verwendete DRG-System entsprechend auch keine Arztkosten (Quentin, Scheller-Kreinsen et al. 2013). Dieses ursprüngliche Modell, das starke Züge eines Belegarztmodells trägt, ist jedoch im Zusammenhang mit Einflussfaktoren unterschiedlicher Art seit den 1990er Jahren in starker Veränderung begriffen.

Im Folgenden werden zunächst die allgemeinen Entwicklungen beschrieben, die auf die Gestaltung der Arzt-Krankenhaus-Beziehung seit den 1990er Jahren einwirken.

Wie im internationalen Trend findet auch in den USA eine zunehmende Ambulantisierung der ärztlichen Leistungserbringung statt, d.h. die Leistungsbereiche, in denen ambulante und stationäre Leistungserbringer miteinander konkurrieren, werden größer. Dies führt zu Anreizen für einen Teil der Ärzte, stärker eigene Leistungen anzubieten und von der traditionellen Kooperation mit Krankenhäusern abzusehen (Casalino, November et al. 2008). Gleichzeitig führt der erhöhte Bedarf an technischem Equipment bei Teilen der ambulanten Leistungserbringung zur Bildung größerer ambulanter Einheiten. Die Krankenhäuser wiederum sehen sich teilweise durch den entsprechenden Konkurrenzdruck veranlasst, in verschiedener Form Spezialisten stärker an sich zu binden und ggfs. auch anzustellen.

Im Rahmen der Vergütung ergaben sich zu unterschiedlichen Zeitpunkten Anreize zur Anstellung von Ärzten im Krankenhaus oder zumindest zu einer stärkeren vertraglichen Bindung in der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. In den 1990ern lag der Schwerpunkt auf den Entwicklungen von Managed Care Modellen und damit verbundenen Vergütungssystemen, die auf risikobasierten Pauschalen für Gesamtversorgungen basierten, was zu einer Einstellungswelle von angestellten Ärzten im Krankenhaus und Aufkäufen von Praxen führte (Kocher und Sahni 2011). Es entstand das Berufsbild des so genannten „Hospitalist“, zunächst meist Primärärzte, die die Betreuung des Patienten von Beginn des Krankenhausaufenthalts übernahmen (Jones 2016). In späteren Jahren wurden zunehmend auch Fachärzte bzw. Spezialisten eingestellt (Burns und Muller 2008). Steigender Druck seitens großer Versicherungsunternehmen wirkten außerdem generell hin zur Bildung größerer Einheiten von Leistungserbringern, sei es in Form von größeren Praxiseinheiten oder der Integration mit Krankenhäusern, um die jeweilige Verhandlungsmacht der Leistungserbringer zu stärken.

Auch die steigende Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern trug zur Notwendigkeit bei, ärztliche Spezialisten in tragenden Fachgebieten an sich zu binden. Solche Strategien wurden zusätzlich befördert durch ein relativ hohes Durchschnittsalter der derzeitigen Ärzteschaft und Erwartungen eines Ärztemangels (Kirchhoff 2013). Ähnliche Strategien wurden bei großen ambulanten Anbietern beobachtet. Gleichzeitig ändern sich die Erwartungen jüngerer Generationen an den Arztberuf. Der Trend zu einer veränderten Work-Life-Balance führt zum größeren Gewicht regulärer Arbeitszeiten als Entscheidungsfaktor für die Form der ärztlichen Tätigkeit und macht insofern angestellte Tätigkeiten attraktiver (Casalino, November et al. 2008). Wenn eine ambulante Tätigkeit gewählt wird, so wird eine zusätzliche Tätigkeit im Krankenhaus unattraktiver, insbesondere, wenn sie zusätzliche Dienst in der Notaufnahme inkludiert. Dies wiederum übt Druck auf die Krankenhäuser aus, andere Formen der Kooperation mit Ärzten zu finden als das klassische „Voluntary Medical Staff-Model“.

Neben der Angestellten-Tätigkeit im Krankenhaus haben sich – jenseits des traditionellen Modells - parallel allerdings auch vielfältige andere Konstellationen der Kooperation gebildet wie z.B. Joint Ventures oder andere vertragliche Gestaltungen zwischen ambulanten Praxen und Krankenhäusern (Burns und Muller 2008), die versuchen, angepasste Modelle der Zusammenarbeit zu finden, die die berufliche Selbständigkeit der Ärzte bei stärkerer Integration der Tätigkeit von Arzt und Krankenhaus nicht in Frage stellen. Häufig kooperieren hier allerdings auch sehr große ambulante Praxen mit angestellten Ärzten mit Krankenhäusern.

Insgesamt haben all diese Entwicklungen dazu geführt, dass nach den Erhebungen der American Medical Association der Anteil der Eigentümer eine Praxis in 2016 das erste Mal unter 50% gefallen ist (vgl. Tabelle 23) (Kane 2016). Der Anteil der in Krankenhäusern angestellten Ärzte ist im Vergleich zur deutschen Situation relativ klein, hat aber auch eine steigende Tendenz.

Tabelle 23: Verteilung US-amerikanischer Ärzte nach Eigentümerstatus und Praxistyp

	2012	2014	2016
Eigentümerstatus			
Eigentümer	53,2%	50,8%	47,1%
Angestellte	41,8%	43,0%	47,1%
Unabhängige Vertragspartner	5,0%	6,2%	5,9%
	100%	100%	100%
Praxistyp			
Einzelpraxen	18,4%	17,1%	16,5%
Spezialistengruppen	45,5%	42,2%	42,8%
Multispezialistengruppen	22,1%	24,7%	24,6%
Krankenhausangestellte	5,6%	7,2%	7,4%
Fakultätspraxen	2,7%	2,8%	3,1%
Andere	5,7%	5,9%	5,7%
	100%	100%	100%
N	3466	3500	3500

Quelle: American Medical Association

Auffällig ist auch, dass der Anteil der abhängig Beschäftigten bei den jüngeren Ärzten deutlich höher ist als bei den Älteren: in der Altersgruppe bis 40 Jahre sind nur 27,9% Praxiseigentümer, in der Altersgruppe über 55 Jahre jedoch noch 54,9% (Kane 2016).

Aus Tabelle 24 wird außerdem klar, dass neben dem Trend zur Krankenhausanstellung eine deutliche Entwicklung zur Tätigkeit in immer größeren ambulanten Praxen festzustellen ist.

Tabelle 24: Verteilung US-amerikanischer Ärzte nach Praxisgröße

	2012	2014	2016
Anzahl der Ärzte in der Praxis			
Weniger als 5	40,0%	40,9%	37,9%
5 bis 10	21,4%	19,8%	19,9%
11 bis 24	13,5%	12,1%	13,3%
25 bis 49	7,1%	6,3%	7,4%
50+	12,2%	13,5%	13,8%
Ärzte in Krankenhausanstellung	5,8%	7,5%	7,7%
	100%	100%	100%
N	3326	3388	3381

Quelle: American Medical Association

Insgesamt ist zu sagen, dass in den USA zwar ein traditionelles Belegarztmodell als „Voluntary Medical Staff Model“ noch eine hohe Relevanz für die Versorgung hat, jedoch von der Richtung her ähnliche Entwicklung zur ärztlichen angestellten Tätigkeit, zur Anstellung von reinen Krankenhausärzten sowie zur Bildung größerer ambulanter Praxisgemeinschaften wie in Deutschland stattfindet. Soll eine durchgängige Betreuung von Patienten im ambulanten und stationären Sektor durch niedergelassene Praxen langfristig bedeutend bleiben, kommt es vermutlich auch hier darauf an, geeignete größere Organisationsformen zu finden, die dies auch bei veränderten Anforderungen des Krankenhauses und veränderten Präferenzen auch der ärztlichen Leistungserbringer selber ermöglichen.

3.2 Österreich

Das österreichische Gesundheitssystem entspricht dem kontinentaleuropäischen Sozialversicherungsmodell mit regulatorischer Arbeitsteilung zwischen landesweiter Ebene („Bund“) und regionaler Ebene („Bundesland“) (Bachner, Bobek et al. 2018).

Rechtsquellen:

Die Krankenversorgung in Österreich ist vor allem durch vier Grundsatzgesetze des Bundes reguliert. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) beinhaltet Grundlegendes zu den Sozialversicherungszweigen nebst der obligatorischen Krankenversicherung. Das Ärztegesetz ist die Hauptrechtsquelle für die Arztausbildung, Grundsätze der ärztlichen Berufsausübung und das Kammernwesen. Gemäß §27 Abs. 2 ÄrzteG muss sich jeder Arzt in Österreich vor Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit in die Ärzteliste der lokal zuständigen Ärztekammer eintragen lassen. Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) bezieht sich auf das Krankenhauswesen und wird in neun Ausführungsgesetzen in den Bundesländern, z. B. dem Wiener Krankenanstaltengesetz, konkretisiert. Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) ist eine Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie aus dem Jahr 1993 (RL 1993/104/EG) und regelt die Arbeits- und Ruhezeiten des Krankenhauspersonals.

In keinem der vier vorstehenden Gesetze wird die belegärztliche Versorgung erwähnt. Strittig ist, inwieweit einige Belegärzte unter die Kategorie „Wohnsitzarzt“ (§ 47 ÄrzteG) fallen, die im Ärztegesetz in § 47 vorkommt und Ärzte ohne Praxis (Ordination) und ohne Anstellungsverhältnis umfasst.

Ein weiterer regulatorischer Orientierungspunkt ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG), der von einem Expertenteam aus den Bereichen Medizin, Ökonomie und Planung erarbeitet wird. Der ÖSG hat 2006 den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) abgelöst und wurde 2008, 2010, 2012 aktualisiert. Neben Festlegungen für die stationäre Akutversorgung finden sich hierin zunehmend Aussagen zur ambulanten Versorgung und zur Rehabilitation. Die Entwicklungsplanung des ÖSG thematisiert die belegärztliche Versorgung nur im Zusammenhang mit Sanatorien. Das sind private Akutkrankenanstalten ohne Versorgungsverpflichtung und ohne Kontrahierungszwang. Sanatorien bieten höherwertige Verpflegung und Unterbringung und binden Belegärzte überproportional in die medizinische Leistungserstellung ein. Der ÖSG fordert diesbezüglich, tägliche Visite durch den Belegarzt oder einen Stellvertreter während des gesamten Aufenthalts, wenigstens 3 vertraglich gebundene Belegärzte je vertretenem medizinischen Fach sowie jederzeitige Erreichbarkeit des behandelnden Belegarztes oder eines dem Patienten bekanntgemachten Stellvertreters. Zudem soll die ärztliche Leitung, ausgehend vom Behandlungsvertrag zwischen Belegarzt und Patient, die ärztliche Behandlungsqualität gewährleisten.

Der Oberste Gerichtshof (OGH) hat das Thema belegärztliche Versorgung im Zusammenhang mit Haftungsfragen des behandelnden Belegarztes mehrfach aufgegriffen. In einem Urteil von 2002 (Geschäftszahl 8ObA41/02s) definiert der OGH: „Ein Belegarzt ist ein Arzt, dem vom Rechtsträger des Belegspitals das Recht gewährt wird, seine Patienten im Belegspital unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Räume und Einrichtungen stationär zu behandeln. Der Belegarzt ist befugt, diese Patienten im Belegspital zu operieren und, solange eine stationäre Behandlung erforderlich ist, dort nachzubehandeln bzw. vom Spitalpersonal betreuen zu lassen.“ Im selben Urteil wird unter Verweis auf § 4 Abs 2 des Vorarlberger Gesetzes über Heil- und Pflegeanstalten (Vlbg SpG) festgestellt, dass Belegärzte als Teilmenge der Konsiliarärzte aufzufassen sind. Dazu wird weiter festgestellt: „Den ständigen Konsiliarärzten ist nach Maßgabe des Bedarfes und des vorhandenen Raumes eine angemessene Anzahl von Betten zur Verfügung zu stellen. Konsiliarärzte, denen Betten zur Verfügung stehen, werden als Belegärzte bezeichnet.“

Quantitative Daten:

Auf Nachfrage erklärte die österreichische Bundesanstalt für Statistik, Statistik Austria, über keinerlei Daten zur belegärztlichen Versorgung zu verfügen.

Versorgungsstruktur und Zugang:

In Österreich gibt es 273 Krankenhäuser (juristisch Krankenanstalten, auch Spitäler). Das Abrechnungssystem der öffentlichen Krankenhäuser ist die sogenannte leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) (BMGF 2017). Im Rahmen der LKF werden Behandlung und Unterbringung nicht getrennt, sondern gemeinsam durch Fallpauschalen vergütet. Dazu ist die Hauptdiagnose entsprechend dem ICD-Code einer Hauptdiagnosegruppe (HDG) zugeordnet. Innerhalb der HDG erfolgt die Zuordnung zu leistungs- und diagnoseorientierten Fallgruppen (LDF) mit Leistungs- und Tageskomponenten (Punkten). Die Punkteanzahl einzelner LDF ist bundeseinheitlich. Der Punktwert variiert nach Bundesland.

Neben den Diagnosen und Behandlungsmaßnahmen die zur Abrechnung von Fallpauschalen berechtigen, gibt es noch operative und ausgewählte nicht-operative Leistungen (z. B. Chemotherapie), die als sogenannte medizinische Einzelleistungen (MEL) abgerechnet werden.

Das Abrechnungssystem der privaten Krankenhäuser ist PRIKRAF. Träger ist seit 2002 der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds. Rechtsgrundlage ist das Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz (PRIKRAF-G), das 2005 umfassend novelliert wurde. Die Abrechnung des Krankenhauses mit PRIKRAF erfolgt analog der LKF-Regelungen der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten nach der bundeseinheitlichen LDF-Punkteanzahl.

Die meisten Privatkrankenhäuser sind Belegspitäler. Viele listen die in ihrem Haus tätigen Belegärzte auf ihren Internetseiten auf. Diese sind häufig auch so genannte „Wahlärzte“, also Praxisinhaber ohne Versorgungsvertrag mit der Pflichtversicherung. Pflichtversicherte bekommen von der Sozialversicherung Wahlarztrechnungen zumindest als Anteil des fiktiven Kassentarifs erstattet. Das Wahlarztsystem hat starken Zulauf. Nicht wenige Krankenhausärzte betreiben noch eine Wahlarztpraxis. In der Ärzteliste sind Haupttätigkeiten im Krankenhaus und in Praxen aufgeführt, nicht jedoch Nebentätigkeiten wie beispielsweise als Belegarzt.

Belegärztliche Versorgung ist in Österreich nur an privaten Krankenhäusern möglich. Das ergibt sich aus dem Tenor des KAKuG. Somit schließen öffentliche Spitäler keine Belegarztverträge. Gleichwohl ist es möglich, dass öffentliche Krankenhäuser Privatspitäler als juristisch und ökonomisch eigenständige Tochterunternehmen mit eigener Anstaltsordnung gründen und betreiben, ggf. im selben Gebäudekomplex. Diese Möglichkeit hat keine explizierte gesetzliche Grundlage. Auch dies ergibt sich aus dem Tenor des KAKuG. Für die Gründung ist eine Errichtungs- und Betriebsbewilligung notwendig. Dahinter steht ein Verfahren mit Bedarfserhebung unter Einbeziehung in der Region bereits etablierter Träger privater Spitäler. Die Anstaltsordnung bedarf der Genehmigung durch die Landesregierung. Daneben sind noch weitere Betriebsgenehmigungen und Zulassungen erforderlich. Die öffentlichen Krankenhäuser machen in der Regel keinen Gebrauch von der Möglichkeit, Privatspitäler zu gründen.

Es gibt in Österreich keine Kassenärztlichen Vereinigungen, wie sie in Deutschland existieren. Vergleichbare Funktionen sind bei den Ärztekammern angesiedelt, die sowohl den niedergelassenen als auch Krankenhausbereich regulieren. Ein Zulassungsverfahren für Belegärzte gibt es in Österreich

nicht. Die Privatspitäler dürfen sämtliche Mitglieder der Ärzteliste unter Vertrag nehmen. In einigen Bundesländern legen die Ärztekammern fest, dass nur Ärzte mit Ordination belegärztlich tätig werden dürfen, weil dann Vorbehandlung und Nachsorge besser gewährleistet erscheinen. Dass der Behandlungsvertrag den Belegarzt zur Nachsorge verpflichtet, hat der OGH 2008 entschieden. Hinsichtlich angestellter Ärzte in öffentlichen Krankenhäusern ist strittig, inwieweit der Dienstherr den Ärzten im Anstellungsvertrag belegärztliche Tätigkeiten untersagen darf oder zur Verhinderung dieser Nebentätigkeiten ausdrücklich untersagen muss. In Niederösterreich gilt für Krankenhausärzte, dass Nebentätigkeiten bei anderen Krankenhausträgern, beispielsweise als Belegarzt, der ausdrücklichen Erlaubnis des Arbeitgebers bedürfen.

Allgemein Pflichtversicherte haben in der Regel keinen Anspruch auf Versorgung in privaten Krankenanstalten oder auf belegärztliche Versorgung. Diese Wahlmöglichkeit ergibt sich nur aus Zusatzversicherungen oder aus Privatliquidation. Öffentliche Krankenhäuser haben in der Regel neben der allgemeinen Gebührenklasse einen Sonderklasse-Bereich in dem nach betrieblicher Verfügbarkeit Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Behandler gegeben sind. Für den Versicherten fallen hier zusätzliche Gebühren in Form einer Anstaltsgebühr und einer Arztgebühr an. Näheres regeln die Bundesländer per Verordnung. Der Arzt rechnet mit dem Versicherten ein Sonderklassehonorar ab. Es gibt zwischen dem Verband der Versicherungsunternehmen und den einzelnen Ärztekammern Vereinbarungen über die Honoraransätze und Honorarregelungen. Insoweit der Versicherer des Patienten hieran gebunden ist, rechnet der Arzt mit dem Versicherer statt mit dem Patienten ab (ÄK Wien 2014). Das Wahlrecht des Behandlers in der Sonderklasse schließt nicht die Behandlung durch einen Belegarzt ein, weil dieser nicht am Krankenhaus angestellt ist.

Belegärzte im engeren Begriffsverständnis sind regelhaft keine Angestellten des aufnehmenden Krankenhauses als vielmehr in eigener Praxis niedergelassen. Wenn Patienten belegärztlich versorgt werden entsteht ein vertragliches Dreiecksverhältnis. Zwischen Belegarzt und Patient besteht der Behandlungsvertrag (auch Behandlungsvereinbarung). Durch diesen übernimmt der Arzt selbst die Haftung für sämtliche medizinischen Maßnahmen während des Krankenhausaufenthalts, auch insoweit als sie durch das Krankenhauspersonal aufgrund seiner Weisung durchgeführt werden. Der Behandlungsvertrag beinhaltet Festlegungen zur Honorierung des Arztes. Diese ist nicht reguliert und die vertraglichen Vereinbarungen variieren. Gleichwohl gibt es keine Cluster, die als unterschiedliche Modelle von belegärztlicher Versorgung bezeichnet werden könnten. In den meisten Fällen rechnet der Arzt mit dem Versicherer ab. Für die privaten Versicherer ist die belegärztliche Versorgung ein bedeutender Wettbewerbsparameter und ein wichtiger Wettbewerbsvorteil gegenüber der allgemeinen Pflichtversicherung. Deshalb ist die Erstattung an die Belegärzte im Allgemeinen auskömmlich. Seltener sind Privathonorare neben dem oder anstatt des Honorars der Versicherung. Ebenfalls selten ist das Inkasso beim Versicherer durch das Krankenhaus und die Honorierung des Arztes durch selbiges. Trotz seiner Bedeutung für die Haftung und die Honorierung wird der Behandlungsvertrag in den meisten Fällen noch mündlich geschlossen. Zwischen Belegarzt und Krankenhaus besteht der Belegarztvertrag. In diesem wird festgelegt, welchen Anteil seines Honorars der Belegarzt als sogenannten Honorarrücklass, Hausrücklass bzw. Infrastrukturbeitrag an das Krankenhaus im Gegenzug für die Überlassung von Räumen und Ausrüstungen entrichtet. In Wien entspricht dieser Beitrag 8% des Sonderklassehonorars. Er wird von der Privatversicherung direkt an das Krankenhaus überwiesen. Dem Belegarzt wird das Honorar um die 8% vermindert ausbezahlt. Bis 2009 bestand zwischen der Ärztekammer Wien und den Privatspitälern ein Kollektivvertrag für alle Belegärzte. Dieser wurde aber nicht verlängert, weil die Pri-

vatspitäler eine Anhebung des Infrastrukturbeitrages über 8% hinaus gefordert hatten. Haftungsrechtlich ist in den Belegarztverträgen die detaillierte Abgrenzung der Pflichtenkreise des Arztes und des Krankenhauses von Bedeutung. Zwischen Patient und Krankenhaus besteht ein Unterbringungsvertrag (auch Aufnahmevereinbarung), der die Hotelleistungen regelt. Der Unterbringungsvertrag beinhaltet daneben auch Vereinbarungen zur Pflege und etwaigen therapeutischen Leistungen.

Der Internetauftritt des Verbands der Privatspitäler (privatkrankenanstalten.at) legt nahe, dass bei der belegärztlichen Versorgung spezifische Qualitätsstandards gelten. Demnach muss jeder Belegarzt nach der stationären Behandlungsmaßnahme rund um die Uhr erreichbar sein. Er muss darüber hinaus einen Stellvertreter benennen, welcher ebenfalls in dem Krankenhaus tätig ist, dem Patienten vorgestellt wurde und ersatzweise erreichbar ist. In den Geschäftsbedingungen des Verbands finden sich dazu jedoch keine Regelungen. Solche Standards werden weder durch Bundes- noch durch Landesgesetze gesetzt und ergeben sich nur mittelbar aus den Berufspflichten des Arztes, wie sie vor allem im Ärztegesetz niedergelegt sind, sowie dem Richterrecht, welches sich regelmäßig mit der Abgrenzung der Haftung von Belegarzt und Krankenhaus auseinandersetzt.

Es gibt in Österreich einen Trend zu mehr belegärztlicher Versorgung, beispielsweise bezüglich Geburten. Für die öffentlichen Krankenhäuser bedeutet dies eine zunehmende Abwanderung von Patienten in die privaten Anstalten. Ohnedies wählen Inhaber von Zusatzversicherungen oft die private Konkurrenz. Viele Ärzte in öffentlichen Krankenhäusern streben zusätzlich zu dieser Anstellung Belegarztverträge mit Privatspitälern an. Dies betrifft insbesondere die Geburtsmedizin und Facharztgruppen, die häufig elektive Eingriffe vornehmen, z. B. plastische Chirurgie. Belegarztverträge gelten unter Ärzten allgemein als lukrativ. Aus Sicht der öffentlichen Krankenhäuser verschärft dies personalpolitische Sorgen, die auf einen allgemeinen Fachärztemangel zurückgehen. Ohnedies praktizieren nicht wenige Krankenhausärzte in privater Niederlassung als so genannte Wählärzte. Dass Ärzte Operationssäle und Behandlungsräume im Krankenhaus mieten ist rechtlich möglich und gängige Praxis, weil die Krankenhäuser damit die Auslastung ihrer Anlagen verbessern. Dem mietenden Arzt darf jedoch kein Krankenhauspersonal überlassen werden.

An österreichischen Krankenhäusern ist es prinzipiell möglich ambulant zu operieren und ambulante Maßnahmen vorzunehmen. Diese sogenannten „tagesklinischen“ Leistungen sind durch entsprechende Abrechnungsziffern vorgegeben. Ein spezifisches Abrechnungssystem für ambulante Leistungen im Krankenhaus („LKF ambulant“) soll 2019 in Kraft treten. Regelmäßig erbringen die angestellten Krankenhausärzte diese Leistungen. Die Möglichkeit, externe Ärzte, beispielsweise Niedergelassene, hierfür unter Vertrag zu nehmen, beispielsweise auch nur für einen Tag, nutzen die Krankenhäuser nicht extensiv. Die haftungsrechtliche Abgrenzung zwischen dem Arzt und dem Krankenhaus ist eine schwierige Rechtsmaterie und erfordert fallindividuelle Verträge mit den Ärzten. Seitens der Sozialversicherung werden gelegentlich Zweifel laut, dass Anstellungsverträge über nur eine Operation, vom Arbeitsrecht gedeckt sind.

Reform:

In den letzten zehn Jahren hat es auf der Bundesebene keine wesentlichen Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen der belegärztlichen Versorgung gegeben. Seit 2010 besteht für Ärzte eine Pflicht, auch die Nebentätigkeiten wie Belegarztversorgung durch eine Haftpflichtversicherung abdecken zu lassen. In einigen Bundesländern wurde das Dienstrecht für angestellte Ärzte in öffentlichen

Krankenhäusern hinsichtlich Nebentätigkeiten bei anderen (privaten) Krankenhausträgern, beispielsweise als Belegarzt, restriktiver.

Es gibt keine wesentlichen Reformbestrebungen irgendeiner Interessengruppe. Allgemein ist geplant, die Krankenkassen in den Ländern zu einer republikweiten Kasse für Österreich zusammenzufassen und die Honorarpolitik von der Ebene der Bundesländer auf die Bundesebene zu verlagern.

3.3 Schweiz

Das schweizerische Gesundheitssystem entspricht dem kontinentaleuropäischen Sozialversicherungsmodell mit regulatorischer Arbeitsteilung zwischen landesweiter Ebene („Bund“) und regionaler Ebene („Kanton“) (De Pietro, Camenzind et al. 2015).

Rechtsquellen:

Die Krankenversorgung in der Schweiz ist vor allem durch drei Bundesgesetze reguliert. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) regelt Grundsätzliches zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vertieft einige Regelungen des KVG insbesondere zur Positivliste der Arzneimittelerstattung der OKP („Spezialitätenliste“). Das Medizinalberufegesetz (MedBG) bestimmt die Ausbildung, berufliche Weiterbildung, Fortbildung und Ausübung der universitären Medizinalberufe. Seit 1. Januar 2018 müssen alle Medizinalpersonen, die in der Schweiz tätig sind oder tätig werden wollen, im Medizinalberuferegister eingetragen sein. In keinem der drei Gesetze wird die belegärztliche Versorgung spezifisch erwähnt.

In den 26 Kantonen existiert jeweils ein Spitalgesetz (SpiG), welches die Planung und Regulierung der Krankenhäuser zum Gegenstand hat. Die Kantone sind gemäß Artikel 39 KVG für die Planung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung verantwortlich. Näheres dazu regelt die kantonale Verordnung über die Spitalliste (Spiliv). Die Spitalliste entspricht dem Landeskrankenhausplan in Deutschland. Hierin sind allerdings nur Häuser aufgeführt, die einen Versorgungsvertrag mit dem Kanton geschlossen haben. Daten zu Belegabteilungen und -betten sind nicht enthalten und diese sind nicht Gegenstand der Planung.

In der Schweiz gibt es eine Rechtsprechung zur Haftung des Belegarztes im Zusammenhang mit dem Behandlungsvertrag und der Aufspaltung der Leistungspflichten des Belegarztes einerseits und des Belegspitals andererseits. Hierin wurde der Belegarzt 1999 in einer Entscheidung des Obersten Gerichtshofs (Geschäftszahl 10b267/99t) begrifflich definiert: „Belegarzt ist ein Arzt, dem vom Rechtsträger des Belegspitals das Recht gewährt wird, seine Patienten im Belegspital unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Räume und Einrichtungen stationär zu behandeln. Der Belegarzt ist befugt, diese Patienten im Belegspital zu operieren und, solange eine stationäre Behandlung erforderlich ist, dort nachzubehandeln bzw. vom Spitalpersonal betreuen zu lassen. Zur Durchführung der Operation hat das Belegspital seine Räumlichkeiten, Apparate und Instrumente entsprechend zur Verfügung zu stellen. Dem Belegarzt wird grundsätzlich auch die Mitwirkung nachgeordneter Ärzte, Schwestern und Pfleger zugesagt. Soweit dies der Fall ist, unterstehen diese Personen im Rahmen der Behandlung des Patienten, jedenfalls aber im Zuge einer vom Belegarzt vorzunehmenden Operation, den Weisungen und Anordnungen des Belegarztes. Der Belegarzt hat die ihm obliegende Behandlung des Patienten eigenverantwortlich, im eigenen Namen und auf eigene Rechnung durchzuführen.“

Der Berufsverband der Belegärzte in der Schweiz ist die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) mit 1.500 Mitgliedern. Die SBV ist Mitglied im zentralen Ärzteverband der Schweiz FMH. Im Rahmen seiner Honorarpolitik bemüht sich der Verband um Mindeststandards bei der Vergütung seiner Mitglieder.

Quantitative Daten:

Das Bundesamt für Statistik weist in seiner Krankenhausstatistik Belegärzte nicht gesondert aus. Diese Personen sind eine Teilmenge der Kennzahl „externes Personal“, welches medizinische, diagnostische und therapeutische Leistungen erbringt. Dieses externe Personal setzt sich aus den Unterkategorien „33 Externe Ärztin/externer Arzt“ und „34 Externe Hebamme“ sowie „35 Externes medizinisches Personal“ zusammen. Ein nicht unwesentlicher Teil der medizinischen Leistungen wird durch Personen erbracht, die über kein festes Arbeitsverhältnis mit den Betrieben verfügen, sondern für bestimmte Tätigkeiten gegen Rechnung bezahlt werden. Dieses Personal gilt als extern, wenn kein Arbeitsvertrag mit dem Betrieb vorhanden ist (Lohn nicht über Konto 30 verbucht), keine Anstellung über ein Temporärbüro erfolgt ist und keine im Spital angemieteten Arztpraxen, die ihre Leistungen mit dem Patienten selber verrechnen, genutzt werden. Im Jahr 2016 haben 14.459 externe Ärzte an Krankenhäusern Behandlungen durchgeführt, die nicht (kurzlaufend) angestellt waren und sich nicht eingemietet hatten und somit als Belegärzte gelten können (BfS 2017). Diese Zahl entspricht 52,3% der Zahl interner Krankenhausärzte. Daraus ergibt sich, dass rund ein Drittel der ärztlichen Behandler in den Krankenhäusern Belegärzte waren. Von den 18.473 Ärzten, die in 2016 hauptberuflich ambulant tätig waren (FMH 2017), sind nach diesen Zahlen rund 77% wenigstens einmal belegärztlich tätig gewesen.

Das Statistische Amt des Kantons Zürich verfügt nach eigenen Angaben über keine Zahlen zur belegärztlichen Versorgung.

Versorgungsstruktur und Zugang:

Die Krankenhauslandschaft der Schweiz weist vier verschiedene Typen von Krankenhaus auf: öffentliche Spitäler, private Kliniken mit einem öffentlichen Versorgungsauftrag („Listenspitäler“), private Kliniken mit speziellen Versorgungsaufträgen mit Kassen („Vertragsspitäler“) und private Kliniken nur für Selbstzahler. Bis vor ein paar Jahren haben öffentliche Krankenhäuser keine Belegarztverträge geschlossen. Im Gegensatz dazu waren die meisten Ärzte an den privaten Krankenhäusern Belegärzte. Inzwischen gibt es auch an öffentlichen Häusern Belegabteilungen und andererseits mehr angestellte Ärzte an Privatkliniken. Beobachter schätzen den Anteil der Belegärzte an der Versorgung in den öffentlichen Häusern auf einen niedrigen einstelligen Prozentsatz und in den Listenspitälern auf einen zweistelligen Prozentsatz. Bei Vertragsspitälern und rein privat abrechnenden Häusern wird eine deutlich höhere Quote angenommen. Die größeren öffentlichen Krankenhäuser haben in der Regel mehrere größere Hauptabteilungen, die den allgemeinen Versorgungsauftrag ableisten sollen. Zusätzliche Belegbetten in derselben Fachrichtung sind unüblich. In den Listenspitälern werden Hauptabteilungen nicht selten durch Belegbetten ergänzt, um Auftragsspitzen abarbeiten zu können, beispielsweise orthopädischen Behandlungsbedarf im Winter in Skigebieten. Vertragsspitäler und kleine rein privat ausgerichtete Häuser sind nicht selten Belegkliniken.

Die Krankenhausplanung obliegt den Kantonen, die Leistungsverträge mit Krankenhäusern schließen, die dann mit der allgemeinen Krankenversicherung abrechnen dürfen. Da die Kantone selbst als Krankenhausträger auftreten, kann man hier einen Interessenkonflikt sehen. Einige Verbandsvertreter der

Ärztenschaft und der Privatkliniken sehen eine Bevorzugung öffentlicher Krankenhäuser durch die Kantone.

Die Kantone steuern die Ärztedichte in der ambulanten Versorgung über die Vergabe von Zahlstellenregisternummern bzw. ZSR-Nummern, die zur Abrechnung mit der OKP berechtigen. In den letzten Jahren verhängten die Gesundheitsdirektionen der Kantone die meiste Zeit Zulassungsstopps. Rechtsgrundlage hierfür ist die „Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL)“ des Bundes, die in kantonalen Ausführungsverordnungen konkretisiert wird. Belegärzte werden in dieser Bundesverordnung nicht erwähnt. Seit der Aufhebung der Ausführungsverordnung des Kantons Appenzell Ausserrhoden im Jahr 2012 erfolgt hier im Rahmen von Einzelfallprüfungen von Gesuchen um ärztliche Berufsausübungsbewilligung eine Situationsanalyse, die unter anderem belegärztliche Berufsausübungsabsichten in die Betrachtung einbezieht (Rüefli, C, E. Huegli et al. 2016, 72). Andere Ansätze einer spezifischen Zulassung von Belegärzten gibt es bislang nicht.

Ein anderes Instrument der Kantone, die Anzahl der niedergelassenen Ärzte zu begrenzen, sind Mindestfallzahlen für Operateure und als Vorbedingung für den Facharztstatus. Nach Einschätzung von Verbandsvertretern dienen diese nicht nur zur Sicherung der Qualität. Sie werden vielmehr auch dazu genutzt, Markteintrittsbarrieren zu errichten, um die öffentlichen Krankenhäuser zu schützen. Während der Kanton Zürich von einzelnen Ärzten jährliche Mindestfallzahlen fordert, lehnen andere Kantone solche Vorgaben noch gänzlich ab. Es wird aber erwartet, dass langfristig mehr Kantone die Praxis von Zürich adaptieren. Belegärzte werden als Operateure und Niedergelassene davon betroffen sein, wie auch mittelbar viele private Krankenhäuser und insbesondere Belegspitäler.

Der Zugang der Einwohner zu Behandlungsverträgen mit Belegärzten ist durch die Grundsicherung der OKP gewährleistet und nicht von Zusatzversicherungen abhängig. Für die freie Arzt- und Spitalwahl sowie für Hotellerie können zusätzlich privatrechtliche Zusatzversicherungen aufkommen.

Die Vergütung belegärztlicher Leistungen erfolgt in der Schweiz über das Abrechnungssystem der Krankenhäuser „SwissDRG“, welches seit 2012 in Kraft ist. Der Belegarzt erhält vom Krankenhaus einen Anteil an der DRG, der in seiner Höhe im Belegarztvertrag fixiert ist. Der Berufsverband der Belegärzte veröffentlicht ein jährlich aktualisiertes Referenzwerk, welches Empfehlungen gibt, welchen Anteil an den einzelnen Fallpauschalen der Arzt beanspruchen sollte. Bislang basiert dieses Referenzwerk auf Vergleichsdaten zu den Einnahmen der Belegärzte in Deutschland aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in Relation zur Fallpauschale des beteiligten Krankenhauses. Der Verband strebt jedoch an, die Kalkulationsdaten von SwissDRG zugrunde zu legen, sobald die SwissDRG AG diese Daten transparent macht.

Die Fallpauschalen von SwissDRG gelten als kostendeckend und die Anteile der Belegärzte hieran als ausreichend attraktiv, um externe Ärzte als Belegärzte unter Vertrag nehmen zu können. Die Kostenträger kritisieren die belegärztlichen Honorare als zu hoch. Das Bundesamt für Gesundheit hat zu diesem Problem den nationalen Spitzenverband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen „H+“ beigezogen.

Die Varianz der Belegarztverträge ist hoch. Es gibt keine Regularien und keinen Standardvertrag. Gleichwohl sind in der Vertragsgestaltung keine Cluster erkennbar, die man als Vertragsmodelle bezeichnen könnte. Die SBV bietet keine Musterverträge an. Die Krankenhäuser gestalten diese Verträge

nach ihren Vorstellungen. Es gibt beispielsweise Häuser, die ihre Belegärzte von der Notfallbereitschaft nach der Maßnahme freistellen, weil sie diese mit eigenen Ressourcen abdecken wollen. Die SBV ist besorgt, dass die Belegarztverträge vor Gericht einmal als Angestelltenarbeitsverträge angesehen werden könnten, weil die Krankenhäuser die Vertragsgestaltung dominieren, weil der Arzt sein Entgelt vom Krankenhaus bekommt und keinen Kontakt zum Kostenträger hat und weil die Verträge zunehmend detaillierter werden. Dann wäre das Modell des freiberuflichen Belegarztes infrage gestellt und die Einnahmen aus diesen Verträgen würden sozialabgabepflichtig.

Ambulante Operationen/Interventionen im Spital rechnen Belegärzte im Rahmen von TARMED, dem Tarif für ambulante Leistungen in der Praxis und im Spital, ab. TARMED gliedert sich nach Leistungsgruppen (LG's). LG-63 beinhaltet Leistungen, die nur von Belegärzten abgerechnet werden dürfen.

Zusätzlich zu den TARMED-Positionen können zugelassene Belegärzte und Anästhesie-Belegärzte bei ambulanten Operationen im Krankenhaus weitere Positionen nach „Belegarzttarif“ in Rechnung stellen. Diese sogenannte Praxiskostenabgeltung (PKA) ist ein maßgebender Teil des Belegarzhonorars bei am Spital durchgeführten Eingriffen. Rechtsgrundlage hierfür ist die „Zusatzvereinbarung zum Tarifvertrag TARMED FMH-UV/MV/IV vom 28. Dezember 2001 betreffend Praxiskostenabgeltung PKA“, die zwischen den Trägern der Unfallversicherung (UV), Militärversicherung (MV), Invalidenversicherung (IV) und der SBV geschlossen wurde. Die Belegärzte müssen der Zusatzvereinbarung beigetreten sein und dürfen nicht vom Spital fix besoldet sein. Der Vorstand der SBV hat im Oktober 2017 einstimmig beschlossen, die PKA weiterzuführen. Allerdings müssen die Angeschlossenen ein Verpflichtungsattest („Attest für ein erweitertes ärztliches Leistungsangebot bei Spitalaufenthalt von Privat- und Halbprivatpatienten“ bzw. „10-Punkte-Programm“) unterzeichnen. Andernfalls kann die PKA seit 31.03.2018 nicht mehr geltend gemacht werden.

Die belegärztliche Versorgung in der Schweiz wird als quantitativ stabil bis zunehmend eingeschätzt. Bundesweit nimmt die Zahl der Niedergelassenen und Spitalärzte eher zu. Zurzeit behandelt das Schweizer Parlament einen Gesetzesantrag, die Zahl sämtlicher Ärzte zu beschränken. Deswegen und weil viele Ärzte in den nächsten Jahren in Ruhestand gehen, versuchen einige Spitäler Belegärzte fester zu binden oder einzustellen.

Reform:

Der Rechtsrahmen der belegärztlichen Versorgung hat sich in den letzten zehn Jahren auf der Bundesebene überhaupt nicht und auf der Ebene der Kantone nur geringfügig bzw. indirekt in der vorgenannten Weise verändert. Belegärztliche Versorgung scheint als Thema in der schweizerischen Gesundheitspolitik nur temporär auf und wird von der breiteren Öffentlichkeit nicht wahrgenommen. Die aktuellen Reformdiskussionen in der Schweiz zielen auf die Prämie zur OKP und beinhalten Vorschläge zur Kostendämpfung. Teilaspekte der politischen Debatten sind die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte und ihre Zulassung. Die Belegärzte werden jedoch nicht spezifisch thematisiert.

3.4 England

Innerhalb des NHS wird erfolgt die fachärztliche Versorgung in der Regel durch angestellte Ärzte an Krankenhäusern sowohl ambulant als auch stationär, d.h. es gibt im Bereich des NHS keine so genannte

„doppelte Facharztschiene“. Insofern ergibt sich hier quasi automatisch die Behandlung eines Patienten sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting, soweit er der fachärztlichen Versorgung bedarf. Der Zugang zu spezialisierter Versorgung erfolgt grundsätzlich durch den Hausarzt als Gatekeeper, der von Primary Care Organizations angestellt oder selbständig in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis tätig sein kann.

Die medizinische Aus- und Weiterbildung ist langfristig und gestuft angelegt. Eine erste Graduierung erfolgt nach 5 Jahren Studium an einer medizinischen (Hoch-)Schule unter der Supervision des praktizierenden lernt. Danach erfolgt das klinische Training zum Spezialisten bzw. Consultant im Krankenhaus, das in der Regel 5 bis 7 Jahre dauert, während das hausärztliche Training zwei Jahre im Krankenhaus und ein Jahr in einer hausärztlichen Praxis erfolgt (Cylus, Richardson et al. 2015). Die Tätigkeit als Consultant setzt ein Zertifikat des Abschlusses der oben beschriebenen Trainingszeit und die Eintragung in das Spezialistenregister des GMC. In den Krankenhäusern arbeiten jedoch auch Spezialisten, die eine medizinische Tätigkeit längerfristig wahrnehmen, ohne die Consultant-Rolle einzunehmen.

Die Tätigkeit des Consultants ist im Vergleich zu deutschen Oberärzten autonomer, da das System nicht chefarztzentriert ist. Durch die Tätigkeit mehrere Consultants in einem Fachbereich finden, so ein Erfahrungsbericht eines praktizierenden deutschen Spezialisten, Bereitschaftsdienste weniger häufig statt und sind außerdem in die wöchentliche Arbeitszeit von allerdings 55 Wochenstunden inkludiert (Koch 2012).

Während die Tätigkeit als Consultant im Rahmen des NHS angestellt erfolgt, ist es möglich und wird häufig praktiziert, daneben in Privatpraxis zu arbeiten. Die Tätigkeit an privaten Kliniken ist ebenfalls möglich, wenn der Consultant entsprechende Belegrechte in Privatkliniken hat und von privaten Versicherungsunternehmen anerkannt ist.

Letztlich ist das englische öffentliche Gesundheitssystem nicht vergleichbar mit dem deutschen Gesundheitssystem, wobei der wesentliche Unterschied das weitgehende Fehlen der doppelten Facharztschiene ist, so dass die Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor im fachärztlichen Bereich nicht so scharf verläuft. Dabei erlaubt die stärker kollegial orientierte Struktur der Verantwortlichkeiten dem einzelnen Consultant mehr Entscheidungsspielraum im Vergleich zum stärker in die Krankenhaushierarchie eingebundenen Oberarzt. Dem deutschen Belegarztsystem ähnlichere Strukturen gibt es nur bei privatärztlicher Tätigkeit.

4 Expertenbefragung

Die Studie beinhaltet eine Befragung von Experten aus Organisationen des Gesundheitssystems, die in der belegärztlichen Versorgung involviert sind. Hauptziel war es, die Problemwahrnehmung der Handelnden zu klären, Einflussvariablen zu identifizieren und Kausalbeziehungen zwischen Systemelementen und Entwicklungstrends zu erkennen. Der Befragungszeitraum war April 2018 bis September 2018.

4.1 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte durch teilstandardisierte Experteninterviews auf Basis eines Leitfadens gemäß dem fokussierten problemzentrierten Interview (PZI) (Witzel/Reiter 2012). Die Befragten hatten in den Interviews Gelegenheit, ihre Perspektiven darzustellen, neue Fragen aufzuwerfen und auf weitere Probleme hinzuweisen, die ihrer Meinung nach für das Thema relevant sind. Die Leitfragen der Gespräche lauteten:

- Was sind Vorteile/ Nachteile der belegärztlichen Versorgung?
- Welche Modelle belegärztlicher Versorgung sind gelungen/ misslungen?
- Was sind die Alternativen zur belegärztlichen Versorgung?
- Welche Reformmaßnahmen sollten Gesetzgeber/ Selbstverwaltung ergreifen?

Die Leitfäden wurden für die verschiedenen Organisationen leicht modifiziert. Den Befragten war Anonymität zugesichert worden. Anspruch der Befragung war die so genannte theoretische Sättigung. Das heißt, die Auswertung der Stichprobe macht sämtliche im Sinne der Fragestellung bedeutenden Einstellungen der Organisationen sichtbar und eine größere Stichprobe hätte keine weiteren relevanten Unterschiede oder Ähnlichkeiten aufgedeckt.

Es wurden 39 Interviews geführt, als Audio-Dateien aufgezeichnet und transkribiert. Insgesamt wurden 35 Organisationen und 39 Experten befragt (Tabelle 25).

Tabelle 25: Interviews nach Organisationstyp

Organisationstyp	Anzahl Organisationen	Anzahl Interviews	Anzahl Befragte
Patientenverbände	1	1	1
Landesministerien	4	4	4
Krankenkassenverbände	3	3	3
Belegärzte	5	5	5
Ärzteverbände	4	6	5
Kassenärztliche Vereinigungen	7	7	7
Krankenhäuser/Belegkliniken	8	10	10
Krankenhausgesellschaften	3	3	4
	35	39	39

4.2 Datenauswertung

Die Interviews wurden nach dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2015) mehrstufig ausgewertet. Die relevanten Textabschnitte der Transkripte wurden markiert und in gesonderte Dateien übertragen. Für jeden Organisationstyp bestand eine eigene Datei. Die in diesen Dateien enthaltenen Textabschnitte bzw. Codes wurden um Redundanzen bereinigt und zu Kernaussagen verdichtend paraphrasiert.

4.3 Bedeutung belegärztlicher Versorgung

Zu Beginn der Experteninterviews wurden die Gesprächspartner um eine globale Einschätzung zur Bedeutung der belegärztlichen Versorgung gebeten. Diese wurde durchweg als vergleichsweise gering und rückläufig angesehen.

Die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen konstatierten nur einen geringen Anteil an den Fallzahlen in der stationären Versorgung und einen unbedeutenden Anteil an den gesamten Leistungsausgaben, der sich zudem in Richtung Marginalisierung bewege. Ursache sei der Trend zur Ambulantisierung und der Trend zur Verlagerung von Versorgung aus den Belegabteilungen in die Hauptabteilungen. Die Vertreter der Landesministerien sehen die Lage sehr ähnlich. Einige berichteten, dass belegärztliche Versorgung für sie kein bedeutendes Thema mehr sei. Aus einem Ministerium war als positives Beispiel zu erfahren, dass ein niederlassungswilliger Facharzt überzeugt werden konnte, in einer ländlichen Region eine Praxis zu eröffnen, indem ihm eine neue Belegabteilung in Aussicht gestellt wurde. Die Vertreter der Ärzteverbände teilen die Wahrnehmung des Bedeutungsverlustes. Sie sind sich bewusst, dass die Kassen aufgrund des geringen Anteils an den Leistungsausgaben der belegärztlichen Versorgung keine Aufmerksamkeit schenken und diese nicht mehr als Lösungsansatz für Versorgungsaufgaben ansehen. In Bezug auf die Länder bilanzieren sie, dass einige Ministerien die in Rede stehende Versorgungsform ignorieren oder benachteiligen, während andere zusammen mit den KVen für vergleichsweise bessere Rahmenbedingungen sorgen. Die Vertreter der Krankenhausgesellschaften berichteten, dass in ihrer Verbandsarbeit belegärztliche Versorgung in den letzten Jahren fast keine Bedeutung hatte und bei den Mitgliedern wohl der Eindruck vorherrsche, dass es sich um ein „Auslaufmodell“ handelt.

4.4 Regionalität

In den Interviews wurde deutlich, dass sich die belegärztliche Versorgung regional unterschiedlich entwickelt hat. Die befragten Belegärzte konstatieren, dass in den neuen Bundesländern und den Stadtstaaten keine historisch gewachsenen Strukturen bzw. belegärztliche Traditionen vorausgesetzt werden können. Vertreter der Ärzteverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen merken an, dass in einigen Ländern diese Versorgungsform „de facto abgeschafft“ sei, während sie in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein zumindest noch einen merklichen Beitrag zur Versorgung leiste. Die KVen geben zu den regionalen Unterschieden weiterhin an, dass in Ballungsräumen mehr Belegabteilungen existieren als auf dem Land. Ursächlich dafür seien kürzere Wege

für die Vertragsärzte zwischen Praxis und Krankenhaus sowie aus Sicht der Krankenhäuser mehr potenzielle Partner für Belegarztverträge. Krankenhäuser mit wenigen Abteilungen und Facharzt Disziplinen, die vermehrt in Ballungsräumen vorkommen, sind eher geneigt, ihr Behandlungsangebot durch Belegärzte zu verbreitern. Häuser mit Intensivstation ziehen im Vergleich mehr belegärztliche Fälle höherer Fallschwere an. Dass auf dem Land ein gewisser Anreiz besteht, ambulant durchführbare Eingriffe aus der Praxis in die Belegabteilung zu verlagern, um die Schließung der Belegabteilung zu verhindern, scheint demgegenüber nicht ins Gewicht zu fallen. Auch die geringere Konkurrenz durch nahegelegene Hauptabteilungen scheint Belegabteilungen auf dem Land nur wenig zu helfen. Wenig bedeutsam für die regionale Verteilung sind nach Einschätzung der KVen leichte Differenzen zwischen den KV-Bereichen hinsichtlich der Punktwerte der Leistungen. Auch Verschiebungen der Fallzahlen zwischen den Facharztgruppen, beispielsweise zu Gunsten der Orthopädie und zu Ungunsten der Gynäkologie, die unter einem Anstieg der Prämien für die Haftpflichtversicherung leidet, wird wenig Einfluss zugemessen.

4.5 Alternative Versorgungsformen

Von großer Bedeutung für die belegärztlichen Versorgung ist nach Auffassung der Experten die Konkurrenz durch andere Versorgungsformen. Die Ministerien sehen hier eine klare Präferenz der Krankenhäuser für Honorarärzte und Konsiliarärzte, weil diese enger eingebunden sind als Belegärzte. Für die Vertreter der Kassenverbände steht fest, dass viel belegärztliches Versorgungsvolumen seit ein paar Jahren von Hauptabteilungen substituiert wird und hier insbesondere auch von Honorarärzten und teilweise von Konsiliarärzten. Die interviewten Belegärzte und Vertreter von Ärzteverbänden bestätigen das. Nach ihrer Beobachtung sind heute viele Belegärzte und ehemalige Belegärzte am Krankenhaus als Honorarärzte tätig, um insbesondere elektive Behandlungen mit kurzer Verweildauer vorzunehmen. Wie die Interviews gezeigt haben, ist den Kostenträgern diese Abwanderung aus der belegärztlichen Versorgung bekannt. Allerdings gibt es keine Berechnungen, das Volumen genauer zu quantifizieren. Zwar wäre es möglich, den Rückgang der Abrechnungen der belegärztlichen Leistungen über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab festzustellen und eventuell wäre es auch möglich, aus den abgerechneten Fallpauschalen an den Krankenhäusern Rückschlüsse zu ziehen, für die Kassen haben solche Berechnungen aufgrund des geringen Anteils am Leistungsgeschehen jedoch keine Priorität.

Aus Sicht der Krankenhäuser besteht die Attraktivität des Honorararztmodells wie auch des Konsiliararztmodells nicht zuletzt darin, dass der Vertragspartner weitgehend frei wählbar ist, im Gegensatz zum Belegarztmodell, innerhalb dessen die Krankenhäuser nur aus entsprechend zugelassenen Vertragsärzten wählen dürfen, wie die Krankenhausgesellschaften kritisch anmerkten. Eine Belegklinik bestätigte im Interview die Bedeutung dieser Wahlfreiheit, indem sie freimütig einräumte, in der Zukunft auch Honorararztverträge abzuschließen, wenn keine geeigneten Belegärzte mehr zur Verfügung stehen.

Nicht unbedeutend ist nach Meinung von Kassenvertretern auch der Trend zur Ambulantisierung, der sich dadurch fortsetzt, dass zunehmend mehr Behandlungen keines Krankenhausaufenthaltes mehr bedürfen, insbesondere auch in der Augenheilkunde. Hier scheinen Zentren für ambulante Operationen, Medizinische Versorgungszentren sowie Gemeinschafts- und Großpraxen die Belegabteilungen unter Druck zu setzen.

Die Verlagerung des Versorgungsgeschehens zu alternativen Versorgungsformen sehen die meisten Kassenvertreter als Entwicklungsfortschritt. Sie erwarten eine Pluralisierung der Angebotsseite und eine Anpassung des Angebots an den lokalen medizinischen Bedarf. Insoweit sich neue Organisations- und Kooperationsformen etablieren, erwarten sie, dass sich die Belegärzte einfügen oder weiter an Bedeutung verlieren. Die Belegärzte und die Ärzteverbände sehen diesen Entwicklungstrend gleichwohl nicht als so alternativlos an. Ihrer Meinung nach profitieren die Hauptabteilungen der Krankenhäuser und die alternativen Versorgungsformen von einer Benachteiligung der Belegärzte bei der Vergütung (s. u.). Ohne diese Ungleichbehandlung wäre die belegärztliche Versorgung ihrer Einschätzung nach wieder konkurrenzfähig.

4.6 Varianz belegärztlicher Versorgung

In den Interviews wurden die Teilnehmer gebeten, von gelungenen und misslungenen Modellen belegärztlicher Versorgung zu berichten. Dabei wurde deutlich, dass die Experten keine unterschiedlichen Modelle kennen oder erkennen. Aus ihrer Sicht besteht lediglich eine Varianz im Detail. Die Ärzteverbände unterscheiden in diesem Zusammenhang akzeptable und inakzeptable Festlegungen in den Belegarztverträgen. Bettengebühren, die der Belegarzt an das Krankenhaus entrichten soll, gelten beispielsweise als nicht annehmbar.

4.6.1 Als gelungen bewertete Modelle

Einige Vertreter der Ärzteverbände und KVen finden es sinnvoll, wenn die Praxis des Belegarztes in unmittelbarer Nähe zum Krankenhaus gelegen ist oder sich sogar auf dem Krankenhausgelände befindet. Auch Gemeinschaftspraxen werden positiv gesehen, weil hier ein fachgleiches, kooperatives Belegarztsystem bestehe, sich die Möglichkeit biete, auf Basis einer Weiterbildungsberechtigung Assistenten zu beschäftigen, und nicht zuletzt der Bereitschaftsdienst im Sinne einer positiveren Work-Life-Balance leichter zu organisieren sei. Von einer Belegklinik kommt der Hinweis, dass Kooperationen mit belegärztlich tätigen Anästhesisten wertvoll seien, weil dann Belegarzt und Anästhesist unter gleichen Anreizbedingungen arbeiten und über Zielsetzungen und Umsetzungsstrategien schneller Konsens herzustellen sei.

4.6.2 Als misslungen bewertete Modelle

Zu misslungenen Varianten belegärztlicher Versorgung streuen die Aussagen sehr breit. Ein Belegarzt sowie eine Belegklinik finden das Honorararztmodell kritikwürdig. Eine Belegklinik vertritt die Auffassung, dass direkte Vertragsbeziehungen zwischen Belegärzten und Kostenträgern im Rahmen von Selektivverträgen die Mediziner überfordern würden. Einige Vertreter der Ärzteverbände kritisieren die ambulante spezialisierte fachärztliche Versorgung (ASV) als restriktives und lebensfernes Konstrukt. Die Verträge zur integrierten Versorgung seien an ihren Kosten gescheitert. Vertreter der KVen bezeichnen ländliche Belegabteilungen mit zu geringen Fallzahlen und Einzelpraxen als weniger zukunftsfähig.

4.7 Vorteile belegärztlicher Versorgung

Die Vorteile der belegärztlichen Versorgung können versorgungspolitisch sein. Dann profitieren insbesondere die Versicherten und Patienten. Sie können jedoch auch die Vertragsärzte oder Krankenhäuser betreffen.

4.7.1 Versorgungspolitische Vorteile

Die Ansichten zu den Vorteilen der belegärztlichen Versorgung sind über die verschiedenen Gruppierungen von Experten hinweg relativ ähnlich. Durchweg positiv wird bewertet, dass der Patient im Krankenhaus vom selben Facharzt behandelt wird, wie in der ambulanten Versorgung. Dies reduziere wesentlich die Anonymität während des Krankenhausaufenthaltes und schaffe beim Patienten mehr Vertrauen zum Behandler. Der Patient finde im Belegarzt einen zentralen Ansprechpartner und der gesamte Behandlungsverlauf, von der Vorbereitung über den Krankenhausaufenthalt bis zur Nachsorge könne durch den Belegarzt koordiniert werden, was Wartezeiten und Informationsverluste reduziere, den Krankenhausaufenthalt verkürze und Doppeluntersuchungen vermeide. Diese positive Sicht unterscheidet sich bei den Patientenvertretern und Kassenverbänden nicht wesentlich von derjenigen der Leistungserbringer. Ein Kassenvertreter äußert gleichwohl die Ansicht, dass die Kontinuität des Behandlers bei den Fachrichtungen HNO, Urologie und Geburtshilfe nicht unbedingt notwendig sei. Auch sei ein Vorteil im Outcome nicht nachgewiesen.

Hinsichtlich der Kosten weisen mehrere Belegärzte und Vertreter der Ärzteverbände darauf hin, dass die geringere Vergütung im Vergleich zur Hauptabteilung die gesetzliche Krankenversicherung finanziell entlaste. Nach Meinung eines KV-Vertreters unterschätzen die Kassen bei ihrer Betrachtung der Kosten die kürzeren Liegezeiten und geringeren AU-Zeiten. Dazu bemerkt ein Kassenvertreter, dass die Behandlung durch den Belegarzt zwar oft kostengünstiger sei als die Behandlung in der Hauptabteilung. Es handele sich dabei jedoch meist auch um weniger schwere Fälle als bei den Hauptabteilungen.

Die Belegärzte, Ärzteverbände und KVen stellen heraus, dass Belegärzte in der Regel erfahrene Spezialisten seien und der „Facharztstatus“ gewährleistet sei, wohingegen in den Hauptabteilungen auch Assistenzärzte Behandlungen vornehmen würden, also lediglich mit „Facharztstandard“ zu rechnen sei. Die Belegärzte sehen als weitere Vorteile ein Mehr an Patientensicherheit, welches dadurch erreicht werde, dass der Arzt, der den Eingriff vorgenommen hat, die weitere Überwachung übernimmt. Komplikationen seien so besser zu beherrschen. Zudem gewährleiste die persönliche Verantwortung und Haftung des Belegarztes die Compliance gegenüber den fachgesellschaftlichen Leitlinien. Einer der interviewten Belegärzte sieht mit Blick auf die Hauptabteilung einen Nachteil darin, dass der Chefarzt die Behandlungsentscheidungen beeinflusst. Seiner Meinung nach entspricht der medizinische Kenntnisstand von Chefarzten oft nicht dem neuesten Stand der Forschung. Außerdem seien aufgrund der Hierarchieebenen im Krankenhaus alle Entscheidungsprozesse verlangsamt. Nach Einschätzung eines Vertreters eines Ärzteverbands sind solcherlei Verzögerungen nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in spezialisierten Behandlungszentren unvermeidlich, weswegen für die meisten Behandlungsfälle der Vertragsarzt bzw. der Belegarzt die bessere Option sei, insbesondere wenn die Praxis oder Belegabteilung wohnortnah gelegen ist. Ein Vertreter der KVen weist darauf hin, dass die freie Wahl des Behandlers im Krankenhaus nur eingeschränkt möglich ist.

Von Seiten der Ärzteverbände wurde weiterhin angemerkt, dass unterschätzt werde, dass die belegärztliche Versorgung ein bewährtes und berechenbares Versorgungsmodell darstelle, zu dem viele Erfahrungswerte vorlägen. Das stereotype Bild des Vertragsarztes als eines kooperationsunwilligen „Einkämpfers“ entspreche nicht der heutigen Wirklichkeit. Auch werde das Potential der Praxis des Belegarztes als intersektorale ärztliche Weiterbildungsstätte zu wenig gewürdigt.

4.7.2 Vorteile für den Vertragsarzt

Belegärzte, Ärzteverbände und KVen sehen in der belegärztlichen Versorgung einige Vorteile für den behandelnden Arzt. Demnach besteht für den Vertragsarzt die Möglichkeit, ein deutlich breiteres Spektrum von Behandlungen anzubieten, als es in der Niederlassung und im ambulanten Operieren möglich wäre. In einer früheren Krankenhaustätigkeit erworbene Fertigkeiten könnten so auch in der Niederlassung weiter erhalten bleiben. Im Vergleich zum Krankenhausalltag erfolgen die medizinischen Entscheidungen ohne Restriktionen durch Vorgesetzte und Krankenhaussträger. Es bestehe kein Druck, Abrechnungsfälle für das Krankenhaus zu generieren. Auch Entscheidungen für und wider Kooperation und Vernetzung erfolgen freiwillig und ohne Vorgaben von Vorgesetzten. Einer der befragten Belegärzte sieht in diesen Freiheitsgraden sowie in der Möglichkeit, nach dem Eingriff selbst noch auf Komplikationen reagieren zu können, die entscheidenden Gründe für seine hohe Berufszufriedenheit.

Eher uneinheitlich äußerten sich die Vertreter der Ärzteschaft zu den Einkommenschancen in der belegärztlichen Versorgung. Ein KV-Vertreter sieht ökonomische Vorteile in der Nutzung der Infrastruktur des Krankenhauses und der außerbudgetären Honorierung. Der Gewinn der Belegärzte sei gegenüber vergleichbaren Niedergelassenen höher. Zwar sei die Fallzahl kleiner, wegen der Abwesenheit aus der Praxis aufgrund der OP-Zeiten und Visiten im Krankenhaus. Es entstünden aber Mehrerlöse durch zusätzliche OPs. Zudem seien die Belegärzte vom KV-Notdienst befreit. Demgegenüber bilanzierte ein Belegarzt im Interview, er verdiene sein Geld in der Praxis und nicht wirklich in der Belegabteilung. Die Belegbetten dienten eher der Patientenzufriedenheit und der Patientenbindung als dass sie direkt zum Ertrag beitragen. Ein Vertreter eines Ärzteverbands merkt zum Punkt der Patientenbindung an, dass Belegbetten hier zumindest bei denjenigen Praxen eine wichtige Rolle einnehmen, die unter Wettbewerbsdruck stehen.

Jenseits der medizinischen und ökonomischen Vorteile geht aus Richtung der KVen noch ein juristisches Argument ein. Demnach bieten Belegarztverträge dem Vertragsarzt mehr Rechtssicherheit als Konsiliararztverträge und Honorararztverträge, die für die Ärzte teilweise eher undurchsichtig seien.

Aus der belegärztlichen Versorgung ergibt sich nach Meinung eines KV-Vertreters auch ein Vorteil für die Hausärzte. Diese seien meist froh, wenn ein Belegarzt an ihrer statt die Nachsorge nach einem blutigen Eingriff übernimmt.

4.7.3 Vorteile für das Krankenhaus

Die Experten sehen in der belegärztlichen Versorgung auch einige Vorteile für die Krankenhäuser. So wollen die Ministerien beobachtet haben, dass Krankenhäuser Belegabteilungen einrichten, um diese später in Hauptabteilungen umzuwandeln. Umgekehrt bietet sich die Möglichkeit, aufgrund geringer

Fallzahlen nicht mehr wirtschaftliche Hauptabteilungen in Belegabteilungen umzuwandeln. Diese Situation kann insbesondere dann eintreten, wenn der Krankenhausplan des Landes für Hauptabteilungen eine Mindestanzahl von Fachärzten vorschreibt, die für das Krankenhaus aber nicht mehr wirtschaftlich ist.

Die Ärzteverbände und KVen heben hervor, dass Belegärzte für manche Krankenhäuser wichtige Zuweiser sind. Es wird vermutet, dass Belegärzte im Vergleich zu anderen Vertragsärzten öfter ins Krankenhaus überweisen und weniger oft zu anderen niedergelassenen Fachärzten. Weiterhin ist ein Vertreter der Ärzteverbände der Überzeugung, dass jeder Belegarzt die Ressourcen des Krankenhauses schont, weil er nicht fest angestellt ist, schneller entscheidet, kürzere Liegezeiten bewirkt und aufgrund des koordinierten Behandlungsverlaufs weniger Diagnostik und Materialverbrauch anfällt.

Die Vertreter der Krankenhäuser, Belegkliniken und Krankenhausgesellschaften bestätigen dieses Effizienz-Argument im Wesentlichen. Sie sehen zudem einen Vorteil darin, wenn Patienten nach frühzeitiger Entlassung eine gute Nachsorge durch einen Belegarzt erfahren und nicht nach kurzer Zeit wieder ins Krankenhaus eingeliefert werden, weil dies aufgrund der „Fallzusammenführung“ mit finanziellen Nachteilen verbunden wäre. Belegärzte werden als Chance gesehen, das Leistungsspektrum zu verbreitern oder bei Schließung einer Hauptabteilung aufrechtzuerhalten. Die Krankenhausgesellschaften berichten, dass ihre Mitglieder sich mit Belegärzten behelfen, wenn Facharztstellen aus Mangel an Bewerbern nicht besetzt werden können. Nicht zuletzt kann ein Belegarzt neue Ideen und Erfahrungen einbringen, beispielsweise zu spezifischen Verfahren und Instrumenten, so ein Interviewpartner einer Krankenhausgesellschaft.

4.8 Limitationen belegärztlicher Versorgung

Neben den aufgezeigten Vorteilen berichten die Experten jedoch auch ausführlich und differenziert von verschiedenen Nachteilen des belegärztlichen Versorgungsmodells.

4.8.1 Versorgungspolitische Limitationen

Patientenvertreter sehen Belegärzte nicht gut in das Qualitätsmanagement des Krankenhauses integriert, beispielsweise weil sie an den meisten Teambesprechungen nicht teilnehmen.

Vertreter der Kassenverbände kritisieren an der belegärztlichen Versorgung, dass der Belegarzt grundsätzlich nur temporär beim Patienten im Krankenhaus sei; dass es kein Vier-Augen-Prinzip bei Diagnostik und Behandlung gebe und sich der Belegarzt selbst die Behandlungsfälle zuweise; eher elektive Eingriffe vorgenommen werden, potenziell leichtere Fälle versorgt werden und somit kein Beitrag zur Sicherstellung geleistet werde; die meisten Belegärzte in Ballungsräumen und überversorgten Gebieten niedergelassen seien und nicht auf dem Land; keine evidenten Vergleiche zur Versorgungsqualität zwischen Belegabteilung und Hauptabteilung zur Verfügung stünden; kein Nachweis erbracht wurde, dass Belegabteilungen kostengünstiger versorgen als Hauptabteilungen; für Belegärzte keine Mindestmengenvorgaben bestünden wie für die Hauptabteilungen; die Abrechnungspauschalen für die Krankenhäuser ohne Daten aus Krankenhäusern privater Trägerschaft kalkuliert wurden; einige Abrechnungspauschalen für das Krankenhaus höher sind als bei Hauptabteilungen; die Abrechnungs-

ziffern für die Belegärzte im EBM nicht vom InEK kalkuliert wurden; keine Transparenz über die Arztkosten bestehe, die über die KV abgerechnet werden sowie dass die Summe der Abrechnungspauschale des Krankenhauses und der Abrechnungsziffer im EBM teilweise höher ausfalle als die Abrechnungspauschale der Hauptabteilung.

Ein Vertreter der KVen kritisiert, dass Krankenhäuser Belegarztstellen mitunter so spezialisiert und anspruchsvoll ausschreiben, dass sie darauf keine passenden Bewerber finden können, um anschließend eine Sonderbedarfszulassung zu erwirken mit dem Ziel Ärzten auf diesem Wege auch in überversorgten Gebieten Niederlassungen zu ermöglichen.

4.8.2 Limitationen aus Sicht des Vertragsarztes

Die Experten berichten von einigen spezifischen Nachteilen für Vertragsärzte. So ist die Arbeit der Belegärzte nach Meinung einiger Vertreter der Ministerien unattraktiv vergütet. Die Belastung durch die Prämien zur Haftpflichtversicherung sei zu hoch. Die Präsenzzeiten im Krankenhaus zusätzlich zur Arbeit in der Praxis passen nicht zum Wunsch vieler junger Ärzte und insbesondere auch Ärztinnen nach Work-Life-Balance. Vertreter der Kassenverbände meinen, dass vor allem die Notfallbereitschaft am Abend und am Wochenende die Tätigkeit als Belegarzt unattraktiv mache.

Die Belegärzte, Ärzteverbände und KVen bemängeln zudem übereinstimmend, dass die belegärztliche Tätigkeit nicht ausreichend vergütet werde. Durch die Anwesenheit im Krankenhaus könnten weniger Patienten in der Praxis versorgt und abgerechnet werden. Das sei durch die EBM-Ziffern für belegärztliche Leistungen nicht zu kompensieren. Das EBM-Kapitel 36 enthalte zu wenige Ziffern und entbehre neuer Methoden. Punktzahlen und Vergütungshöhe seien niedriger als bei Kapitel 31. Als Augenarzt bekomme man für dieselben Leistungen in der belegärztlichen Tätigkeit 40% bis 50% weniger vergütet, als wenn man ambulant operierte. Ein Vertreter einer KV vermutet, die KBV begrenze den Ausbau von Kapitel 36, um Nachteile für bestimmte Facharztgruppen zu vermeiden.

Die genannten Gruppierungen nennen als weitere Nachteile ebenfalls die Belastung durch die Notfallbereitschaft, insbesondere bei Gynäkologen und Anästhesisten. Die Bereitschaft könne nach blutigen Eingriffen drei Wochen beanspruchen. Bereitschaftszeiten würden nicht vergütet. Der Bereitschaftsdienst sei zudem nur in Kooperation mit mehreren anderen Belegärzten erträglich zu gestalten, indem sich die Beteiligten abwechseln und der Einzelne nicht jeden Tag in Bereitschaft sein muss, wobei noch zu beachten sei, dass einige Fachgruppen nicht durch andere vertretbar sind. Auf dem Land mit wenigen Kollegen sei das kaum zu organisieren.

Als weiteren wichtigen Punkt sehen die Belegärzte, Ärzteverbände und KVen die Frage des Erlaubnisvorbehalts an. Dieser schränke die Behandlungsoptionen zu sehr ein, insbesondere in der Onkologie. Das werde den Belegärzten nicht gerecht, meint ein Vertreter einer Belegklinik. Belegärzte könnten aufgrund der kurzen Entscheidungswege viel rascher Innovationen umsetzen als große Krankenhäuser. Wegen ihrer lebenslangen persönlichen Arztnummer und ihrer Verantwortlichkeit ließen sie dabei stets die gebotene Vorsicht walten.

Durch Selektivverträge sei der Verbotsvorbehalt aufweichbar. Diese Verträge bringen wohl aber gerade für Belegärzte einen hohen Organisationsaufwand mit sich. Weitere Nachteile entstehen anscheinend auch durch geringe Unterstützung durch das Krankenhaus. So seien die Wartezeiten für die Nutzung von OP-Sälen oft zu lang, weil die Chefärzte und andere Ärzte aus dem Krankenhaus bei der

Vergabe der Termine bevorzugt würden. Generell sei die Bereitschaft der Krankenhäuser, sich auf die Abläufe der belegärztlichen Tätigkeit einzustellen eher gering.

Die Belegärzte kritisieren darüber hinaus die räumliche Bindung aufgrund der Vorschrift, dass das Krankenhaus in 30 Minuten erreichbar sein muss; den Koordinierungsbedarf zwischen Belegärzten einer Belegabteilung; dass die Fachkompetenz des Pflegepersonals auf Belegabteilungen nicht auf dem Niveau der Hauptabteilung sei, weil das Personal aus verschiedenen anderen Fachabteilungen zusammengezogen werde; und schließlich dass die Prämien der Haftpflichtversicherung vom Belegarzt selbst zu tragen seien und die Kliniken dabei nicht helfen, was durch die Einführung der §§ 299a ff. StGB auch noch zementiert worden sei.

Vertreter der KVen sehen des Weiteren als Erschwernisse für Belegärzte die Abhängigkeit vom Krankenhaus bei der Verhandlung des Belegarztvertrages; hohe Weiterbildungsanforderungen und in diesem Zusammenhang fehlende Unterstützung vom Krankenhaus; Hürden bei der Übertragung des Belegarztstatus auf andere Ärzte in derselben Praxis; ein höheres Regress-Risiko für Belegärzte bei Medikamenten wegen schlechterer Werte bei den Durchschnittswerteprüfungen verursacht durch mehr Medikamentenverordnungen bei Vor- und Nachbehandlungen; wie auch einen gewissen Aufwand im Zusammenhang mit der Zulassung zur belegärztlichen Versorgung.

In den Interviews mit Vertretern der Krankenhausgesellschaften kommen indes nur zwei Belastungen für Vertragsärzte in der belegärztlichen Versorgung zur Sprache: die geringe Aktualität der EBM-Ziffern sowie die Kosten zur Haftpflichtversicherung.

4.8.3 Limitationen aus Sicht des Krankenhauses

Patientenvertreter und Vertreter der Krankenhausgesellschaften sehen es als nicht unproblematisch an, einen externen Facharzt und seine Patienten organisatorisch in den Krankenhausbetrieb zu integrieren. Ihrer Ansicht nach treten dabei verschiedene Schnittstellenprobleme auf, beispielsweise gegenüber dem pflegerischen Dienst und der Planung der Belegung der Operationssäle. Darüber hinaus müsse die Frage der Haftung und der Notfallbereitschaft mit den Belegärzten geklärt werden. Belegärzte sind zudem kaum in das Qualitätsmanagement und Controlling integriert. Die Auflagen des G-BA, des Arbeitszeitgesetzes und des Krankenhausplanes sind demnach mit Belegärzten schlechter erfüllbar als mit angestellten Krankenhausärzten. Letztere sind weisungsgebunden, wohingegen es zwischen Belegärzten und Chefärzten zu Meinungsverschiedenheiten kommen könne, wie auch ein Vertreter einer KV anmerkt. Die Folge sei zusätzlicher Koordinierungs- und Kommunikationsbedarf. Die Ministerien berichten zudem, dass im ländlichen Raum lokal Belegärzte fehlen.

Belegärzte und Ärzteverbände thematisieren vor allem ökonomische Nachteile für die Krankenhäuser. Unter den gegebenen Vergütungsbedingungen generiere die Hauptabteilung stets mehr Umsatz als die Belegabteilung, in der Regel auch bezüglich des einzelnen Behandlungsfalles, weswegen Verwaltungsleiter in Krankenhäusern deshalb bestimmte Eingriffe durch Belegärzte ablehnen. Dabei fielen die Patienten des Belegarztes auch unter das Budget aus den Pflegesatzverhandlungen sowie die Fallzahlgrenze. Würde die Summe der vereinbarten CMI-Punkte überschritten, würden massive Kürzungen wirksam. Wollte das Krankenhaus höhere Grenzen verhandeln, griffe der Fixkostendegressionsabschlag von 35% in 2018.

Krankenhäuser, Belegkliniken und Krankenhausgesellschaften bestätigen die negativen Einschätzungen zur Rentabilität belegärztlicher Versorgung in Krankenhäusern. Diese leiste überdies keinen Beitrag zur Finanzierung der Notfallversorgung und der Investitionen. Ein Vertreter einer Krankenhausgesellschaft äußert die Vermutung, dass die Auslastungsquote von Belegabteilungen deutlich unter dem Niveau von Hauptabteilungen liege. Gegenwärtig sei es vielerorts schwierig, gutes Personal für den Funktionsdienst in Belegabteilungen bereitzustellen. Nach Auffassung mehrerer Krankenhausvertreter ist die Zusammenarbeit mit einigen Belegärzten dadurch erschwert, dass diese Vorzugsbehandlungen gegenüber den angestellten Krankenhausärzten einfordern. Bei Terminvereinbarungen zeigen sich Belegärzte wenig flexibel. Ein Ärgernis seien auch die MDK-Prüfungen, die belegärztliche Fälle nach sich zögen. Zusammenfassend stellen die Vertreter der Krankenhäuser, Belegkliniken und Krankenhausgesellschaften fest, dass Honorarärzte für die Krankenhäuser die attraktiveren Vertragspartner seien. Das entspricht der Lageeinschätzung der Ärzteverbände, die in ähnlicher Weise konstatieren, dass Honorarärzte den Krankenhäusern höhere Einnahmen und mehr vertraglichen Gestaltungsspielraum bieten.

4.9 Zukunft belegärztlicher Versorgung

Im Zusammenhang mit der zukünftigen Entwicklung tragen die Experten auch zu Erkenntnissen hinsichtlich der Kriterien erfolgreicher belegärztlicher Versorgung, den Voraussetzungen ihrer Wiederbelebung, wünschenswerter Reformmaßnahmen sowie wegweisender neuer Versorgungsmodelle bei.

4.9.1 Erfolgskriterien

Wann ist belegärztliche Versorgung erfolgreich? Die Experten zählen hierzu einerseits Anzeichen für Erfolg und andererseits Voraussetzungen für Erfolg auf. Ein Funktionär eines Ärzteverbands vertritt den Standpunkt, für Belegabteilungen gelte dasselbe Set von Performancekriterien wie für Hauptabteilungen zuzüglich des nahtlosen Übergangs zwischen ambulanten und stationären Maßnahmen. Ein Vertreter einer Belegklinik konkretisiert durch die Parameter Belegung, Einnahmen, Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und beste Ergebnisse im Benchmarking. Seitens der Krankenhausvertreter werden Auslastung, Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit als wesentliche Erfolgskriterien genannt.

Die Vertreter der KVen formulieren wiederum explizite Voraussetzungen für den Erfolg belegärztlicher Versorgung. Ihrer Meinung nach erfordert dieser, die Trägerschaft der Versorgungseinrichtung in die Hände der Belegärzte zu legen; keine Chefärzte vorzusehen; den Bereitschaftsdienst auf mehrere Ärzte zu verteilen; den Facharztstatus; eine gewisse Bekanntheit der Operateure; Vertrauen der Patienten zu den Belegärzten; Patientenbindung; die Erfüllung der Mindestzahlen bei den Eingriffen; gute Kooperation mit dem Krankenhaus; sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten aus der Grundversorgung und Belegärzten.

Die Vertreter der Krankenhäuser und Belegkliniken setzen bei den Erfolgsbedingungen andere Schwerpunkte. Sie nennen das Image innerhalb der Region, das Arbeitsambiente, die Zusammenfassung einer Gemeinschaftspraxis und einer Klinik in einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts, beste Ergebnisse im Benchmarking, die Einbindung des niedergelassenen Arztes in den Krankenhausbetrieb sowie die gleichzeitige Nutzung von Belegarztverträgen und Honorararztverträgen.

4.9.2 Voraussetzungen der Wiederbelebung

Danach befragt, ob eine Wiederbelebung der belegärztlichen Versorgung als wünschenswert und realistisch erachtet wird und welche Voraussetzungen hierzu erfüllt sein müssten, antworten die Befragten durchweg zurückhaltend.

Den Vertretern der Kassenverbände erscheint die belegärztliche Versorgung tendenziell nicht mehr zeitgemäß und nicht erhaltungswürdig. Es sei nach dem Prinzip des ärztlichen „Einzelkämpfers“ konstruiert. Außerdem weise der Trend zur Ambulantisierung in eine entgegengesetzte Richtung. Die Ministerien sehen eine Perspektive darin, auf dem Land Hauptabteilungen in Belegabteilungen umzuwandeln, wenn die Zahl der verfügbaren Fachärzte für die lokale Hauptabteilung einmal nicht mehr ausreicht. Gegenwärtig sei dies aber noch nicht der Fall.

Für die Belegärzte, KVen sowie Krankenhäuser und Belegkliniken ist eine Verbesserung der Vergütung der wichtigste Ansatzpunkt. Die Belegärzte, Krankenhäuser und Belegkliniken halten darüber hinaus weitere finanzielle Anreize, wie eine Investitionskostenförderung für Praxen und Medizintechnik, für erfolgversprechend. Ein Vertreter der KVen sieht in belegärztlichen Gemeinschaftspraxen und in einer besseren Kooperation mit den Hausärzten Möglichkeiten, dem Negativtrend entgegenzuwirken.

4.9.3 Reformmaßnahmen

Die Befragung der Experten beinhaltet auch die Frage nach notwendigen Reformmaßnahmen. In den Antworten reihen sich viele Einzelmaßnahmen aneinander, ohne ein konsistentes Reformkonzept zu bilden. Auch finden sich hier Reformwünsche, die nur indirekt mit belegärztlicher Versorgung in Zusammenhang stehen.

Die Patientenvertreter greifen den Aspekt auf, dass der Belegarzt nur zeitweise im Krankenhaus anwesend ist. Sie sind der Ansicht, dass diese Präsenzzeit wie auch die Notfallbereitschaft regulatorisch standardisiert werden müsste, damit wichtige Vorkehrungen zur Patientensicherheit nicht individuellen mündlichen Absprachen überlassen blieben, sondern schriftlich und verbindlich fixiert würden. Diese Festlegungen müssten das nichtärztliche Personal einschließen und Kontinuität trotz Schicht- und Personalwechseln sicherstellen. Weitere Verbesserungsmöglichkeiten seien die Aufstockung der Vergütung der Krankenhäuser, der Benchmark verschiedener Versorgungsmodelle, ein sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement sowie eine bessere Integration des Belegarztes in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung.

Den Kassenverbänden hingegen sind andere Maßnahmen wichtig, nämlich die Abschaffung der Sonderbedarfszulassung für Belegärzte durch die KVen in überversorgten Gebieten, Transparenz über die Honorarärzte in den Krankenhäusern, mehr spezifische Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen wie multimorbide oder dehydrierte Alte oder künstlich beatmete Patienten, die differenzierte Darstellung von Hauptabteilungen und Belegabteilungen in den Krankenhausplänen sowie mehr Bedarfsplanung zu den Belegabteilungen, sowie die rechtliche Möglichkeit der Übernachtung beim ambulanten Operieren. Ferner soll es den Kostenträgern ermöglicht werden, von Vertragsärzten im Krankenhaus erbrachte Leistungen statistisch nachzuvollziehen, indem die lebenslange Arztnummer nicht nur auf ambulante sondern auch auf stationäre Leistungen Anwendung findet.

Die Ministerien halten sich zum Punkt Reformen sehr bedeckt. Die meisten können keine gesetzgeberischen Mängel erkennen. Nur ein Vertreter sieht noch zu viele Hemmnisse bei sektorübergreifenden Budgets.

Belegärzte, Ärzteverbände, KVen, Krankenhäuser und Belegkliniken fordern gleichermaßen die Abschaffung des Erlaubnisvorbehalts für Belegärzte im Krankenhaus sowie die Abschaffung der B-DRGs bzw. die Angleichung der Vergütung von Belegabteilung und Hauptabteilung. In anderen Punkten gehen die Reformvorstellungen jedoch auseinander.

Die Reformideen der Belegärzte beinhalten längere Laufzeiten bei den Belegarztverträgen für mehr Investitionssicherheit; Bedarfsprüfungen für sämtliche Hauptabteilungen und jeweils Prüfung der Umwandlung in eine Belegabteilung; die Identifizierung und Nutzung von Kostenvorteilen von Belegkliniken durch die Kostenträger auf der lokalen Ebene; die intensivere Nutzung von Mindestmengen für höhere Qualitätsstandards in der belegärztlichen Versorgung; die Überprüfung der Wirkung der Antikorruptionsgesetzgebung auf intersektorale Kooperationen; die bessere Berücksichtigung von Teilzeit-Lösungen in den Zulassungsausschüssen; die korrekte duale Finanzierung der Krankenhäuser; die Begrenzung der MDK-Prüfungen; den Abbau unnötiger Bürokratie, z. B. der sQS-Verfahren; die intensivere Nutzung der Hybrid-DRGs zur Ambulantisierung und mehr finanzielle Anreize für Belegärzte, Behandlungen aus dem Krankenhaus in ambulante Versorgungseinrichtungen zu verlagern; mehr Rechtssicherheit bei Praxisvertretungen gegenüber Verdächtigungen der Gesetzlichen Rentenversicherung in Richtung Scheinselbstständigkeit; weniger Auflagen und Kontrollen durch das Regierungspräsidium, das Gesundheitsamt, das Ordnungsamt, die Feuerwehr und das Baurechtsamt. Ein Belegarzt weist darauf hin, dass es aus medizinischer Sicht von Nachteil ist, wenn Behandlungsteams für jeden Eingriff neu zusammengestellt werden müssen. Die Behandlungsqualität ließe sich wesentlich steigern, wenn stattdessen Facharzt, Anästhesist und das gesamte nichtärztliche Personal auf Dauer ein Team bilden würden. Dazu müssten im Krankenhaus die Voraussetzungen geschaffen werden, was gegebenenfalls regulatorisch zu veranlassen sei.

Die Vorstellungen der Ärzteverbände zielen indes auf eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung und eine Vereinheitlichung der Zulassungskriterien, des Leistungsrechts bzw. OPS-Katalogs, der Qualitätssicherungsverfahren und Qualitätsmaßstäbe sowie der Kodierung und Dokumentation über die Sektorengrenzen hinweg. Die Länder sollen die Investitionskostenfinanzierung aufstocken und den Bettenabbau und die Ambulantisierung vorantreiben. Ein Verbandsvertreter fordert, im Krankenhausplan eine Quote von 10% belegärztlicher Fälle pro Hauptabteilung vorzusehen. Als weitere Maßnahmen nennen die Ärzteverbände die Nutzung der lebenslangen Arztnummer nicht nur beim Vertragsarzt sondern auch beim angestellten Krankenhausarzt; zusätzliche Möglichkeiten für Krankenhausärzte, in der ambulanten Versorgung mitzuwirken; bessere Möglichkeiten für junge Ärzte, sowohl in der Praxis als auch im Krankenhaus zu arbeiten und eine entsprechende Anpassung der Weiterbildung. Die kurzzeitstationären Fälle sollten eine Neuregelung erfahren, die vom InEK neu kalkulierte DRGs beinhaltet. Die in den letzten Jahren ins Sozialgesetzbuch aufgenommenen additiven „dritten“ Versorgungssysteme zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sollten nach Meinung eines Ärztefunktionärs abgeschafft werden. Hinsichtlich der Vergütung der belegärztlichen Versorgung beinhalten die Antworten als Nahziel die Abschaffung der 80%-Regelung für DRGs zur honorarbelegärztlichen Versorgung, als mittelfristiges Ziel die Umstellung der Vergütung allein auf Krankenhaus-DRGs ohne Abrechnung über die KVen und den EBM sowie als Fernziel ein einheitliches Vergütungssystem für alle Versorgungsmodelle und Erbringer unter Einbeziehung praxisklinischer und teilstationärer Settings, in

dem sämtliche Leistungen statistisch nachvollziehbar sind. Bislang muss der Schwerpunkt der Tätigkeit des Belegarztes in der vertragsärztlichen Versorgung in der Praxis liegen. Die Versorgung der stationären Fälle muss dem quantitativ nachgeordnet sein. Ein Funktionär regt an, diese Beschränkung aufzuheben.

Den 20% Abschlag auf DRGs für Honorarbelegärzte abzuschaffen, regen auch die KVen an. Ansonsten zeigen die auf die Vergütung gerichteten Reformvorschläge der Vereinigungen eine gewisse Varianz. Im Gespräch ist eine Erweiterung des Kapitels 36 des EBM, eine zeitnahe und fristbewährte Aktualisierung der Kapitel 31 und 36 wie auch die Übertragung der stationären OPS-Codes auf die Belegärzte. Eine andere Idee zielt auf die Umstellung auf Hybrid-DRGs unter Wegfall der MDK-Prüfungen. Ein Vertreter der KVen schlägt die Abrechnung aller ärztlichen Krankenhausleistungen bzw. Arztkosten über die KVen vor. Ein anderer empfiehlt die Abschaffung des Kapitels 36 und neue DRGs für Belegkliniken. Daneben könne die belegärztliche Versorgung zusätzlich über die Regelungen zu förderungswürdigen Leistungen nach §87a Abs. 2 SGB V gestützt werden. Konsequenter als in der Vergangenheit sollten DRGs für jene Leistungen gestrichen werden, die inzwischen ambulant erbracht werden können. Notwendig seien außerdem Versorgungsaufträge und Abrechnungsmöglichkeiten für Praxiskliniken. Ein KV-Vertreter schlägt vor, den Spielraum der Krankenhäuser, belegärztliche Leistungen im Rahmen von Honorararztverträgen zu vergüten, grundsätzlich einzuschränken.

Die KVen zählen auch zahlreiche weniger monetäre Maßnahmenoptionen auf. So seien Hausärzte enger in die belegärztliche Versorgung einzubinden; Kooperation mit Berufskollegen in der Notfallbereitschaft auf alle Facharztgruppen auszudehnen, weil jeder Arzt für Notfallmaßnahmen ausgebildet sei; Übernachtungsmöglichkeiten bis 24 Stunden in Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften zu schaffen; gesetzliche Regelungen zu schaffen, dass Krankenhäuser eine bestimmte Anzahl Belegbetten vorzuhalten haben und die DKG in eine Körperschaft öffentlichen Rechts umzuwandeln, da sie als eingetragener Verein kein verlässlicher Vertragspartner sei und keine Durchgriffsrechte habe. Ein Vorschlag besteht darin, §121 SGB V in "Belegärztliche Versorgung" umzubenennen. Ein anderer darin, die Bezeichnung Belegarzt durch "behandlungsführender Arzt im sektorenübergreifenden Kompetenznetzwerk" zu ersetzen. Maßnahmenideen, die sich auf die Anbieterstrukturen richten, beinhalten die Konzentration der stationären Einrichtungen, den Ersatz zu kleiner Krankenhäuser durch Praxen und ärztlich geführte Gesundheitszentren, Fachzentren mit hohen spezifischen qualitätsgesicherten Operationszahlen, Praxiskliniken mit Hausärzten, Brückenstationen zwischen Praxis und Klinik sowie intersektorale Gesundheitszentren.

Die Krankenhäuser und Belegkliniken empfehlen als geeignete Reformschritte vor allem die Abschaffung von Kapitel 36 des EBM und die Ankopplung der belegärztlichen Versorgung an die allgemeinen Abrechnungsziffern, ein höheres Vergütungsniveau für die Belegärzte zur Kompensation der reduzierten Fallzahl in der Praxis und der Belastung durch die Notfallbereitschaft, überdies Zuschläge im EBM für die ärztliche Tätigkeit am Wochenende und an Feiertagen sowie mehr Rechtssicherheit bei Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten trotz Antikorruptionsgesetzgebung.

Abgesehen von der Verbesserung der Rechtssicherheit bei Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten empfehlen die Krankenhausgesellschaften andere Reformmaßnahmen als die Krankenhäuser und Belegkliniken. So soll die Zulassung der Belegärzte durch die KVen abgeschafft werden, weil sie die Krankenhäuser darin einschränke, unter den Niedergelassenen geeignete Vertragspartner auszuwählen. Die Vergütung der Belegärzte soll nicht mehr durch die KVen sondern durch die

am Belegarztvertrag beteiligten Krankenhäuser erfolgen. Die Begrenzung der Wochenstunden von Nebentätigkeiten für Vertragsärzte soll abgeschafft werden. Krankenhausärzte sollen mehr in die ambulante Versorgung eingebunden werden, gegebenenfalls durch mehr Ermächtigungen. Ein Funktionär meint, die Verlagerung der Versorgung von Belegärzten zu Honorarärzten entlaste die KVen und belaste die Krankenhausbudgets über die Hauptabteilungs-DRGs, weswegen die Krankenhausbudgets angehoben werden sollten.

4.9.4 Neue Versorgungsmodelle

Die Experten geben in den Interviews einige Hinweise, welche neuen Versorgungsmodelle die belegärztliche Versorgung fortentwickeln oder ersetzen könnten. Die meisten Ideen zielen auf Kooperation und Vernetzung sowie die Verlagerung der Versorgung aus dem Krankenhaus in andere Einrichtungen. In den Ministerien gibt es Befürworter für Medizinische Versorgungszentren mit Übernachtungsmöglichkeit, die ambulante wie stationäre Fälle versorgen und mit Krankenhäusern, Vertragsärzten und Belegärzten Kooperationsverträge schließen. Bisher sei dies rechtlich nur im Rahmen von IV-Verträgen möglich, was aber nur eine Übergangslösung sein könne. Die Kassenverbände artikulieren dieselbe Idee zur Weiterentwicklung der MVZ. Hier tritt allerdings noch der Aspekt der Bildung von Fachzentren hinzu, beispielsweise für onkologische Erkrankungen. Ein Vertreter der KVen ist der Ansicht, dass Belegkliniken die Funktion dieser Zentren übernehmen könnten. Die meisten kleinen Krankenhäuser könnten demnach geschlossen werden und durch Belegkliniken ersetzt werden. Die großen Krankenhäuser können seiner Meinung nach viel eigenes Personal reduzieren, indem sie Hauptabteilungen in Belegabteilungen umwandeln und mit weitaus mehr Vertragsärzten Belegarztverträge schließen. Dazu müsste allerdings noch mehr Fachärzten, die jetzt im Krankenhaus arbeiten, die Niederlassung oder Anstellung in vorhandenen Praxen ermöglicht werden. Vertreter aus Krankenhäusern und Belegkliniken sehen das teilweise ähnlich und vermuten, dass eine solche Auslagerung der elektiven Behandlungen Verwaltung einsparen hilft und durch die Kooperation mit dem gestärkten Vorfeld sowohl mehr Zuweisungen als auch Synergien im Einkauf, bei der Verwaltung und bei der Auslastung der Geräte realisierbar wären. Dazu müssten die Krankenhäuser aber noch flexibler werden, die OPs an Vertragsärzte zu vermieten sowie Kooperations- und Teilzeitverträge mit externen Ärzten zu schließen. Die Belegärzte merken dazu an, dass die Einzelpraxis in solchen Strukturen nur noch in Nischen bestehen könne. Größere Einheiten wie facharztgruppenübergreifende Netzwerke seien effizienter und auf Kooperationsverhandlungen besser vorbereitet. Daneben seien spezialisierte mobile OP-Teams inklusive des nichtärztlichen Personals eine sinnvolle Ergänzung, wenn sie mehrere Tage an einem Krankenhaus oder an einer Belegklinik elektive Behandlungen einschließlich Nachsorge anbieten und nah am Behandlungsort beherbergt werden. Mehr oder weniger mobile Teams aus mehreren kooperierenden Belegärzten existieren als Idee auch bei den Ärzteverbänden. Hinsichtlich der Vergütung sprechen sich die Belegärzte, Ärzteverbände, Krankenhäuser und Belegkliniken überdies für Hybrid-DRGs aus, sowie für IV-Verträge, die ambulante wie stationäre Behandlung ermöglichen und gleich vergüten. Die Kassenverbände sehen IV-Verträge eher kritisch und verweisen auf die Ambulante spezialfachärztliche Versorgung als eine Option.

5 Krieriologie zur Bewertung belegärztlicher Versorgungsmodelle

Die Bewertung gesundheitspolitischer Maßnahmen bzw. der Gestaltung von Teilen eines Gesundheitssystems kann nur im Zusammenhang mit der Erreichung von Gestaltungszielen erfolgen. Gleichwohl gibt es keinen allgemein oder wissenschaftlich konsentierten Katalog von Kriterien zur Bewertung von Gesundheitssystemen und ihren Teilsystemen.

Häufig zitiert und verwendet wird in der Gesundheitssystemforschung der Basis-Kriterienkatalog des Commonwealth Fund, der sich primär auf Gesundheitssysteme als Ganzes bezieht (Schoen, Davis et al. 2006; Gauld, Al-wahaibi et al. 2011). Tabelle 26 zeigt im Überblick den in diesem Zusammenhang verwendeten Basis-Kriterienkatalog mit 5 Hauptkriterien, von denen zwei jeweils über Unterkriterien weiter spezifiziert werden.

Tabelle 26: Basis-Kriterienkatalog des Commonwealth Fund zur Bewertung von Gesundheitssystemen

Hauptkriterium	Spezifizierung
Gesundheitlicher Outcome	
Qualität	Effektive gesundheitliche Versorgung
	Koordinierte gesundheitliche Versorgung
	Sichere gesundheitliche Versorgung
	Patientenzentrierte gesundheitliche Versorgung
Zugang	Universelle Teilhabe an der Versorgung
	Finanzielle Erschwinglichkeit der Versorgung (Affordability)
Effizienz	
Gleichheit (Equity)	

Dieser Ansatz ist einerseits umfassend in dem Sinne, dass verschiedene Aspekte eines Gesundheitssystems bewertet werden können, also z.B. sowohl Finanzierungsaspekte als auch Aspekte der Organisation der Leistungserbringung, andererseits sind durchaus zumindest weitere Differenzierungen in den Zielkriterien möglich. Gleichzeitig wird schon an dieser Aufstellung klar, dass Zielaspekte häufig nicht unabhängig voneinander sind, wie z.B. Gleichheitsaspekte in der Versorgung und Zugangsaspekte.

In einem systematischen Review erfassen Aluwahlia et al. auf narrative Weise Kriterien, die in der wissenschaftlichen Literatur zur Bewertung von Gesundheitssystemen und der Organisation gesundheitlicher Leistungserbringung genutzt werden (Ahluwalia, Damberg et al. 2017). Tabelle 27 zeigt im Überblick diese Kriterien in der Reihenfolge der Häufigkeit ihrer Verwendung.

Tabelle 27: In der wissenschaftlichen Literatur genutzte Kriterien zur Bewertung von Gesundheitssystemen und der Organisation gesundheitlicher Leistungserbringung

Wissenschaftlich genutzte Kriterien zur Bewertung von Gesundheitssystemen:
Klinische Qualität
Kosten
Zugang
Gleichheit (Equity)
Patientenerfahrung
Patientensicherheit
Organisatorische Responsivität
Versorgungskoordination
Koordination mit sozialen Diensten (Community Service)
Ärztliche Arbeits- und Lebenszufriedenheit
Steuerungsfähigkeit (Governance)
Innovationszugang

Auch hier zeigt sich, dass die Kriterien einerseits teilweise spezifiziert werden müssen (klinische Qualität), andererseits in vielfältiger Weise miteinander verknüpft sind.

In beiden dargestellten Sammlungen handelt es sich um Bewertungskriterien aus gesellschaftlicher Perspektive, wenn man vom Kriterium der ärztlichen Zufriedenheit absieht, das allerdings nicht nur als Ausdruck einer Stakeholderperspektive, sondern auch als Voraussetzung der mittelfristigen Funktionsfähigkeit eines Gesundheitssystems gesehen werden kann. Bezogen auf die Bewertung von Systemumgestaltungen fehlen jedoch Kriterien der gesundheitspolitischen Realisierbarkeit, in die jeweils die Stakeholderperspektiven mit einbezogen werden müssen.

Die für die vorliegende Studie verwendete Kriteriologie wurde in einem dreischrittigen Prozess entwickelt. Grundsätzlich wurde auch hier die gesellschaftliche Perspektive eingenommen.

Zunächst erfolgte, wie oben dargestellt, die Analyse der in der Literatur verwendeten Kriteriologien zur Bewertung von Gesundheitssystemen und Systemen gesundheitlicher Leistungserbringung.

In einem zweiten Schritt wurden die in diesem Zusammenhang in der Literatur verwendeten Kriterien auf ihre Sinnhaftigkeit in Hinblick auf das zu untersuchende Teilsystem, also die Organisation der belegärztlichen Leistungen und ihre Weiterentwicklungsmöglichkeiten überprüft und in ein System von Kriterien und Subkriterien sowie zugehörigen Aspekten geordnet. Dabei waren auch hier, wie schon oben diskutiert, Überschneidungen und Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Kriterien nicht

vollständig vermeidbar. Schließlich wurde der Kriterienkatalog erweitert insbesondere in Hinblick auf eine explizite Berücksichtigung von ökonomischen Anreizkonstellationen sowie auf Aspekte der Realisierbarkeit der zu diskutierenden Reformmodelle. In diesem Zusammenhang sind auch Aspekte der einzelnen Stakeholderperspektiven zu berücksichtigen.

Der so vom Projektteam entwickelt Kriterienkatalog wurde am 27.6.2018 in einem Workshop relevanten Stakeholder-Vertretern vorgestellt und diskutiert. Aufbauend darauf erfolgten dann Ergänzungen und Verdeutlichungen, z.B. in Hinblick auf die Einbindung der Stakeholder-Perspektiven.

Tabelle 28 zeigt den finalen Kriterienkatalog, mit dem im Folgenden sowohl die derzeitige Organisation und Regulierung der belegärztlichen Versorgung wie auch die vom Projektteam zu entwickelnden Versorgungsmodelle bewertet werden sollen. Spalte 1 zeigt das jeweilige Kriterium, Spalte 2 explizite Subkriterien, und in Spalte 3 sind Aspekte gesammelt, die bei der Bewertung berücksichtigt werden sollen. Wiewohl hier versucht wird, relevante Aspekte abzubilden, erhebt diese Aufzählung keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Auch hier sind, ähnlich wie in den oben dargestellten Ansätzen, Überschneidungen und Wechselbeziehungen zwischen einzelnen Kriterien und auch Aspekten nicht vermeidbar, was es bei der Anwendung der Kriterien auf die Beurteilung der derzeitigen Regulierungssituation und auf reformierte Modelle zu beachten gilt. Bei der Aufteilung auf Kriterien, Subkriterien und Aspekten waren unterschiedliche Ansätze möglich. Die getroffene Auswahl orientiert sich an der Zielsetzung, das Kriterienset überschaubar und übersichtlich zu halten.

Tabelle 28: Kriteriologie der vorliegenden Studie

Kriterium	Subkriterium	Aspekte
Versorgungsqualität	Effektive Versorgung	Indikationsqualität, evidenzbasierte Auswahl der Behandlung, Anbindung an medizinischen Fortschritt
	Patientensicherheit	Qualifikation des Leistungserbringers, Notfallversorgung
	Behandlungskoordination	Informationsübermittlung und Begleitung an den Sektorengrenzen
Wirtschaftlichkeit	Behandlungseffizienz	Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Vermeidung unnötiger medizinischer Maßnahmen, Anreize zur wirtschaftlichen Auswahl von Versorgungsformen
	Anreiz-/Teilnahmekompatibilität	Anreize zur Teilnahme der Leistungserbringer an wirtschaftlichen Angeboten

Patientenorientierung		Berücksichtigung von Patientenpräferenzen bzgl. Behandler (u.a. Patientenvertrauen), Behandlung, Behandlungsort und Versorgungsform
Zufriedenheit medizinischer Leistungserbringer		Vereinbarkeit mit Work-Life-Balance, ökonomische Auskömmlichkeit, Verwertbarkeit von Kenntnissen, Teamarbeit
Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen		Ambulantisierung, regionale Unterversorgung, Veränderung der Anforderungen an Work-Life-Balance, demographische Veränderungen, Veränderungen im Angebot der med. Leistungserbringer, Veränderungen ärztlicher Weiterbildungsanforderungen
Transparenz und Regulierbarkeit		Planbarkeit, klare Zuständigkeiten, Evaluierbarkeit
Realisierbarkeit		Realisierungskosten, Realisierungswiderstände, Perspektiven relevanter Stakeholder, rechtliche Machbarkeit

Dem Kriterium Versorgungsqualität wurden die drei Subkriterien effektive Versorgung, Patientensicherheit und Behandlungskoordination zugeordnet. Das Kriterium der Patientenorientierung wurde ausgegliedert und als gesondertes Kriterium verwendet – das führt z.B. dazu, dass Aspekte der Evidenzorientierung der Behandlung getrennt behandelt werden von solchen der Berücksichtigung der Patientenpräferenzen.

Dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit werden zwei Subkriterien zugeordnet – einerseits die Behandlungseffizienz, andererseits aber auch die Anreizkompatibilität, die darüber entscheidet, ob sich Leistungsanbieter finden, die eine bestimmte Versorgungsform anbieten bzw. über den Umfang ihres jeweiligen Angebots.

Daraus ausgegliedert, aber als weiterer Faktor natürlich auch auf ein entsprechendes Versorgungsangebot einwirkend, ist die Zufriedenheit der Leistungserbringer bezüglich auf die jeweiligen Versorgungsformen.

Das Kriterium der Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklung enthält naturgegeben sehr verschiedene Aspekte. Es trägt der Situation Rechnung, dass sowohl die

Versorgungsanforderungen und die Versorgungssituation in der Bundesrepublik Deutschland regional unterschiedlich sind als auch die demographische, soziale, medizinische und soziokulturelle Entwicklung in der Prognose zu Veränderungen von Anforderungen an die medizinische Versorgung führt.

Das Kriterium Transparenz und Planbarkeit bezieht sich insbesondere auf die Evaluierbarkeit und Steuerbarkeit des Versorgungsangebots.

Unter das Kriterium der Realisierbarkeit fallen sowohl gesundheitspolitische als auch rechtliche Aspekte. Aus gesundheitspolitischer Perspektive soll hier insbesondere beurteilt werden, inwieweit die zu untersuchenden Versorgungsmodelle im Interesse relevanter Stakeholder liegen und welche Unterstützung bzw. welche Widerstände gegenüber ihrer Realisierung zu erwarten sind.

6 Reformmodelle für die belegärztliche Versorgung in Deutschland

Im folgenden Kapitel werden zwei alternative Reformmodelle für die belegärztliche Versorgung in Deutschland entworfen. Gegenübergestellt werden ein liberales sowie ein reguliertes Versorgungsmodell.

Als grundsätzliche Alternativen zum derzeitigen Belegarztwesen sind auch Modelle denkbar, die sich vollständig auf ein einheitliches Honorararztsystem ohne Fortbestand der belegärztlichen Erbringungsform beschränken oder die darüber hinausgehen und sich auch auf mobile Behandlungs- und OP-Teams unter Einbeziehung von Assistenz und Pflege beziehen. Die Ausarbeitung entsprechender Regulierungssysteme und ihre kriteriengestützte Beurteilung sind jedoch nicht Thema dieser Studie, so dass hier dementsprechend auch keine Aussage über ihre Eignung zur Erreichung der in der Kriteriaologie der Studie ausgearbeiteten Zielsetzungen getroffen werden kann. Auch intersektorale Gesundheitsszentren einer erweiterten ambulanten Versorgung werden hier nicht behandelt

6.1 Vorüberlegungen zur Modellentwicklung

Bei der Entwicklung der beiden belegärztlichen Versorgungsmodelle wird davon ausgegangen, dass das Belegarztwesen als eine Möglichkeit sektorenübergreifender Leistungserbringung grundsätzlich erhaltenswert ist. Diese Annahme wird durch die Leistungsfähigkeit dieser Versorgungsform begründet, wie sie in den Experteninterviews berichtet wurde. Jedoch hat sich gezeigt, dass einerseits regulative Fehlanreize, andererseits aber auch soziokulturelle Veränderungen wie z.B. veränderte Berufsvorstellungen niedergelassener Ärzte Risiken für den Erhalt des Belegarztwesens in Deutschland darstellen und seine Leistungsfähigkeit begrenzen.

In der Modellentwicklung werden aufbauend auf der Analyse fördernder und hemmender Faktoren Regulierungsmodelle für die belegärztliche Versorgung erstellt, die wesentliche Fehlanreize und Fehlregulierungen korrigieren sollen, soweit wie möglich ohne den Regulierungsrahmen anderer Versorgungsformen mit einzubeziehen. Hier werden also einzelne Regulierungselemente wie Zulassung, Vergütung, Leistungsumfang etc. gezielt angepasst, um unangemessene Hemmnisse der Entwicklung der belegärztlichen Versorgung, soweit durch Regulierungsmaßnahmen adressierbar, zu beseitigen.

Um das Spektrum möglicher Reformansätze deutlich zu machen, werden im Folgenden zwei Grundmodelle entwickelt. Das erste „liberale Modell“ beruht stärker auf dem Einsatz von marktorientierten Mechanismen und setzt auf eine weitgehend liberalisierte Gestaltung der Rahmenbedingungen, teilweise angelehnt an Regulierungen in der Schweiz, während das zweite, ein „reguliertes Modell“, den aktiveren Einsatz von Regulierungsmaßnahmen seitens Politik und Selbstverwaltung vorsieht.

Die jeweilige Darstellung zu den beiden Versorgungsmodellen gliedert sich nach den Regulierungsinhalten

- Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit
- Leistungsumfang
- Vergütung
- Bereitschaftsdienst
- Qualitätssicherung
- Krankenhausplanung.

Innerhalb dieser Modelle werden im Bereich der ärztlichen Vergütung jeweils zwei alternative Varianten vorgestellt.

Für die einzelnen Modelle werden systematisch nach den Regulierungsinhalten gegliederte Anpassungsvorschläge vorgestellt mit dem Ziel, eine quantitativ und qualitativ aus der Systemperspektive wünschenswerte Weiterentwicklung des Belegarztwesens zu ermöglichen.

6.2 Liberales Modell

Das liberale Modell basiert auf der Annahme, dass wenige grundsätzliche Vorgaben manifest, z.B. im Facharztstatus in der ambulanten ärztlichen Versorgung, ausreichen und die konkrete Ausgestaltung der belegärztlichen Tätigkeit weitgehend durch die individuellen Vertragspartner erfolgen kann. Dementsprechend wird auch davon ausgegangen, dass veränderte Erwartungen der Akteure ohne äußere Eingriffe (bzw. allenfalls durch regulative Liberalisierung ermöglicht) sich in einer entsprechend angemessenen Umgestaltung z.B. in Richtung gemeinschaftlicher Berufsausübungsformen oder der verstärkten Nutzung von Angestelltenverhältnissen in Arztpraxen umsetzen.

6.2.1 Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit

Es wird davon ausgegangen, dass der Facharztstatus eine ausreichende Voraussetzung zur belegärztlichen Tätigkeit darstellt und dass die Krankenhäuser außerdem aus Eigeninteresse an ihrer Reputation hohe Sorgfalt bei der Auswahl der Belegärzte walten lassen. Die Überprüfung der Voraussetzungen der räumlichen Nähe der Praxis zum Krankenhaus und der Erreichbarkeit wird insofern auch dem Krankenhaus überlassen. Der Belegarzt gilt als zur belegärztlichen Versorgung zugelassen, sobald er der KV einen Belegarztvertrag mit einem Krankenhaus mit Belegabteilung in entsprechender Fachrichtung in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan oder mit dem Versorgungsvertrag des Krankenhauses vorlegt.

Die belegärztliche Tätigkeit inklusive der Patientenbesuche im Krankenhaus ist auf die Erhöhung der Sprechstundenzeit von 5 Stunden durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) anzurechnen.

Die Sonderzulassung zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 103 Abs. 7 SGB V bleibt bestehen.

6.2.2 Leistungsumfang

Für die belegärztliche Tätigkeit gilt im liberalen Modell grundsätzlich der Verbotsvorbehalt. Da die Vergütung über das DRG-System bzw. über das Krankenhaus erfolgt (s.u. Vergütung), ergeben sich auch keine Probleme mehr durch eingeschränkte OPS-Ziffern im EBM. Die Haftungsrisiken für die Anwendung von über NUB vergüteten Leistungen verbleiben beim Krankenhaus.

6.2.3 Vergütung

Für die Vergütung werden zwei Varianten konzipiert:

A. Das Krankenhaus erhält einheitlich kalkulierte DRGs auch für belegärztliche Fälle. Die Differenzierung in Hauptabteilungs- und belegärztliche DRGs wird also zugunsten eines einheitlichen Fallpauschalenkataloges aufgegeben. Einerseits ist nicht zu begründen, warum eine solche Differenzierung nur bezogen auf belegärztliche Leistungen und nicht z.B. auf andere Krankenhauscharakteristika wie Versorgungsstufen vorliegen sollte. Weiterhin ist nicht eindeutig nachweisbar, dass die Fälle von Belegärzten systematisch anders gelagert sind als z.B. jene von Honorarärzten, bei denen es sich in Teilen um dieselben Personen mit entsprechendem Leistungsspektrum in einer anderen Klinik handeln kann, die auch über Hauptabteilungs-DRGs abgerechnet werden. Insbesondere sind die Anreize des Krankenhauses gegen den Einsatz von Belegabteilungen aus den niedrigeren Vergütungen der B-DRGs, u. a. getrieben durch die Abwertung des belegärztlich relevanten Sachkostenanteils in den DRGs und die nicht berücksichtigten Transaktions- und Dokumentationsaufwände, in Kombination mit der Unterfinanzierung im Bereich der Investitionskosten als kontraproduktiv anzusehen. Bei der vom Gesetzgeber beschlossenen Herauslösung der Pflegekosten aus den DRGs durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) würden diese Anreize bei Weiterbestehen des Investitionsstaus noch verstärkt. Im Krankenhausbudget sind die DRGs für belegärztliche Leistungen den Hauptabteilungsleistungen entsprechend gleichwertig zu berücksichtigen.

Der Belegarzt verhandelt mit dem Krankenhaus frei die belegärztliche Vergütung aus der DRG. Es unterliegt auch den vertraglichen Regelungen mit dem Krankenhaus, wer die Kosten für die Haftpflichtversicherung im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit übernimmt bzw. wie der Belegarzt im Falle eigener Haftpflichtkosten diese im Vergütungsvertrag mit dem Krankenhaus einpreist. Die freie Verhandlung mit dem Krankenhaus würde auch Lösungen unter Mitnahme eigenen OP-Personals auch über den Anästhesisten hinaus ermöglichen.

B. Sukzessive werden zusätzlich zu den Regelungen aus Variante A die Vergütungen für grundsätzlich ambulant erbringbare Leistungen im Sinne von Hybrid-DRGs für alle Erbringungsformen vereinheitlicht. Diese Hybrid-DRGs könnten einerseits aus gewichteten Durchschnittsvergütungen der bisherigen Erbringungsformen gebildet werden. Andererseits könnten sie im Sinne eines Tarifge-

berprinzips aufbauend auf den empirisch ermittelten Kosten der jeweiligen hauptsächlichen Leistungserbringerform kalkuliert werden. In beiden Fällen müssten die Hybrid-DRGs regelmäßig angepasst werden. Weiterhin müssten zur Vermeidung von Risikoselektion klar definierte Fälle mit der Notwendigkeit stationärer Erbringung weiterhin auf Basis von Hauptabteilungs-DRGs vergütet werden können.

6.2.4 Bereitschaftsdienst

Im liberalen Modell bleibt hier in Bezug auf die Bereitschaftsdienste im Krankenhaus bzgl. der Belegpatienten alles wie bisher: es wird auf die Organisationsfähigkeit und das Eigeninteresse der Belegärzte gesetzt. Die Belegärzte können theoretisch ihre Bereitschaftsdienste alleine absolvieren oder aber sich vernetzen. Die Erreichbarkeitsanforderungen für Belegärzte stellen einen hohen Anspruch und geraten häufig in Konflikt mit Vorstellungen von Work-Life-Balance gerade bei jüngeren Vertragsärzten. Einige KVen haben zur Entlastung Belegärzte vom allgemeinen Notfalldienst freigestellt. Angesichts der geplanten erhöhten Erreichbarkeitsanforderungen durch das TSVG erscheint dies jedoch keine auf alle KVen übertragbare Lösung zu sein, so dass über die Anrechnung der belegärztlichen Tätigkeit auf die durch das TSVG zusätzlich angeordneten Sprechstundenzeiten hinaus keine zusätzlichen Freistellungen möglich erscheinen. Insofern bietet sich hier nur die Nutzung des schon vorhandenen Trends einer veränderten Organisation der vertrags- bzw. belegärztlichen Tätigkeit an, sei es durch Gemeinschaftspraxen, Praxen mit angestellten Ärzten, MVZ oder ärztliche Netzwerke, so dass die Belastung vertraglich auf mehrere Köpfe verteilt werden kann.

6.2.5 Qualitätssicherung

Auch hier werden keine zusätzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgeschrieben, sondern weitgehend der Vereinbarung zwischen Krankenhaus und Belegarzt überlassen. Der Belegarzt ist grundsätzlich in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und in die klinischen Risikomanagementprozesse des Krankenhauses zu integrieren. Dabei entscheidet der Belegarzt allein darüber, in welcher Weise seine Entscheidungsautonomie als behandelnder Arzt zu wahren ist und welche Zeit- und anderen Kosten für ihn zumutbar sind.

6.2.6 Krankenhausplanung

Da bei angemessener Anreizsetzung über das Vergütungssystem davon ausgegangen wird, dass es keiner zusätzlichen planerischen Vorgaben für den sinnvollen Einsatz belegärztlicher Versorgungsmodelle bedarf, gibt es im liberalen Modell keine Vorgaben für den Ausweis bzw. die explizite Berücksichtigung von Belegabteilungen in der Krankenhausplanung der Länder.

6.3 Reguliertes Modell

Das regulierte Versorgungsmodell geht davon aus, dass es neben angemessenen ökonomischen Anreizen für die Marktteilnehmer im Gesundheitssystem weiterer gezielter Planungs- und Steuerungsmaßnahmen bedarf, um versorgungspolitische Ziele zu erreichen.

6.3.1 Zulassung zur belegärztlichen Tätigkeit

Die Zulassung von Belegärzten wird neu geregelt. Da Qualität und Organisation ihrer Tätigkeit für beide Sektoren, also ambulante ärztliche und stationäre Versorgung, relevant sind, sollen die Erweiterten Landesausschüsse nach § 116b SGB V die Zuständigkeit für ihre Zulassung übernehmen. Diese sollen, soweit nötig, zu diesem Zweck angemessen personell ausgestattet werden. Für das Zulassungsverfahren ist zu erwägen, inwieweit sich hier analog zu den Zulassungen zur spezialfachärztlichen Versorgung eine Fristsetzung anbietet, nach der bei Nicht-Widerspruch des Landesausschusses die Zulassung als erteilt gilt.

Der Gesetzgeber unterstützt regulativ die Steuerung des Belegarztwesens Richtung Kooperation im Sinne von Nachwuchsförderung und Qualitätssicherung. Insofern sind regelhaft nur Kooperationen von drei Ärzten gleicher Fachrichtung zur belegärztlichen Versorgung zuzulassen, für strukturschwache Regionen sind ggfs. Sonderregelungen vorzusehen.

Voraussetzungen für die Zulassung ist neben der Tätigkeit als Vertragsarzt, dem entsprechenden Belegarztvertrag mit dem Krankenhaus und dem Vertragsarzt in der Nähe des Krankenhauses sowie der Gewährleistung des Bereitschaftsdienstes für die Belegpatienten weiterhin die Erfüllung der vorgeschriebenen ambulanten Sprechstundenzeiten entsprechend dem Versorgungsauftrag. Allerdings ist auch in diesem Modell bei einer Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten, wie im Kabinettsentwurf des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) geplant, die Belegarztztätigkeit inklusive der Besuchszeiten im Krankenhaus auf die Erhöhung der ambulanten Sprechstunden anzurechnen und dies in den Bundesmantelverträgen entsprechend umzusetzen.

Als Voraussetzung für die Zulassung können, soweit evidenzbasiert, persönliche Mindestmengen für bestimmte Prozeduren vorausgesetzt werden. Dabei ist darauf hinzuwirken, dass bei Evidenz für arztbezogene Mindestmengen als relevantes Qualitätskriterium vergleichbare Kriterien der Strukturqualität arztbezogen auch für Krankenhausärzte eingeführt und mittels der lebenslangen Arztnummer auch nachvollzogen werden können. Der Nachweis von auf die angestrebte belegärztliche Tätigkeit bezogener Fortbildung sowie Kooperationserfordernisse können ebenfalls Bestandteil der Zulassungsvoraussetzungen sein. Näheres ist hier vom G-BA festzulegen.

Sollen durch den Belegarzt NUB-Leistungen erbracht werden (s.u. Leistungsumfang), so wird die erweiterte Zulassung zur Erbringung eines so erweiterten Leistungsumfangs entsprechend dem Verbotsvorbehalt an die Weiterbildungserlaubnis des Belegarztes im ausgeübten Fachgebiet in einem festzulegenden Mindestumfang gebunden. Weiterhin könnte überlegt werden, hier Anforderungen an fachliche Vernetzungen festzulegen.

Die Sonderzulassung im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 103 Abs. 7 SGB V aufgrund belegärztlichen Versorgungsbedarfs in überversorgten Regionen wird abgeschafft, um einen Beitrag zum Ausgleich regionaler Versorgungsunterschiede zu leisten.

Um kooperative Modelle unter Einbezug der belegärztlichen Versorgung zu fördern, verpflichtet der Gesetzgeber im Steuerungsszenario die Partner der Gesamtverträge, Modelle mit weitergehender Kooperation zu ärztlicher, pflegerischer und palliativer Versorgung, Einbezug von Pflege und Arztassistenz

zu fördern. Ziel kann es hier auch sein, Anpassungen in der Organisationsform der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu erproben, z.B. an die besonderen Bedingungen strukturschwacher Regionen.

6.3.2 Leistungsumfang

Bei Erfüllung der erweiterten Zulassungsvoraussetzungen (s.o. Zulassung von Belegärzten) können Belegärzte analog zu Krankenhausärzten alle Leistungen erbringen, die nicht einem Verbot des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unterliegen. Die veränderte Abrechnung der Vergütung (s.u. Vergütung) bedingt außerdem, dass alle Belegärzte entweder nicht mehr den Begrenzungen des im EBM niedergelegten OPS-Katalogs unterliegen oder der OPS-Katalog im EBM auf durch Belegärzte im Krankenhaus erbringbare Leistungen überprüft und auch unter Einbezug konservativer Leistungen erweitert wird.

6.3.3 Vergütung

Für die Vergütung werden auch hier zwei Varianten konzipiert:

A. Die Vergütung der Belegärzte wird in dieser Variante des Steuerungsmodells auch aus dem DRG-System finanziert. Die Differenzierung in Haupt- und Belegabteilungs-DRGs wird im Hinblick auf Kalkulation und Vergütung mit der oben näher erläuterten Begründung hier ebenfalls zugunsten eines einheitlichen Fallpauschalensystems aufgegeben. Der vom Krankenhaus an den Belegarzt zu zahlende Anteil der DRGs wird allerdings nicht frei verhandelt, sondern vom InEK einheitlich ermittelt. Hierzu weist das InEK jeweils den belegärztlichen Vergütungsanteil der DRGs aus, den das Krankenhaus an den Belegarzt zu überweisen hat.

In Bezug auf die belegärztlichen Anteile der DRGs ist vom InEK, insbesondere im Bereich der Geburtshilfe, zu überprüfen, wie Haftpflichtkosten des Belegarztes einzubeziehen sind. Dabei ist zu berücksichtigen, inwieweit im individuellen Falle die Haftpflichtprämien vom Belegarzt oder vom Krankenhaus getragen werden.

Bei NUB-Leistungen müssen die Belegärzte, die entsprechend ihrer Zulassung nur dem Verbotsvorbehalt unterliegen, die Vergütung des entsprechenden ärztlichen Leistungsanteils individuell mit dem Krankenhaus verhandeln.

B. In der zweiten Vergütungsvariante werden die DRGs für belegärztliche Leistungen zwar auch einheitlich – ohne Unterscheidung zwischen Haupt- und Belegabteilung – kalkuliert, allerdings unter Abzug der vom InEK ermittelten belegärztlichen Leistungsanteile (s.o.) an die Krankenhäuser vergütet. Die Vergütung der Belegärzte wiederum erfolgt weiterhin über den EBM. Ausnahme sind die mit dem Krankenhaus zu verhandelnden belegärztlichen Anteile an NUB-Leistungen für die zu diesen Leistungen berechtigten Belegärzte mit erweiterter Zulassung.

Der Gesetzgeber beauftragt den Bewertungsausschuss, die OPS-Liste für die belegärztlichen Leistungen des EBM in Hinblick auf langjährig im Krankenhaus umgesetzte OPS zu überprüfen und anzupassen sowie konservative Leistungen mit einzubeziehen. Entsprechende Leistungen dürfen nur dann ausgeschlossen werden, wenn ihre Erbringung eine über die Bereitschaftsdienstpflichten des Belegarztes

hinausgehende Anwesenheit des behandelnden Facharztes unbedingt erfordern. Eine darauf aufbauende Anpassung der EBM-GOPs hat zu erfolgen.

Weiterhin gibt der Gesetzgeber die extrabudgetäre Vergütung sämtlicher im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit erbrachten Leistungen vor, da eine budgetäre Begrenzung schon auf der Seite des Krankenhauses vorliegt.

Auch hier ist zu prüfen, inwieweit eine Vergütungsposition analog zur schweizerischen Praxiskostenabgeltung für Belegärzte zu schaffen ist (vgl. Variante A).

6.3.4 Bereitschaftsdienst

Für die belegärztlichen Bereitschaftsdienste gelten die gleichen Regelungen wie im liberalen Szenario. Allerdings wird die Belastung durch Bereitschaftsdienste durch die Kooperationsvorgaben im Rahmen der Zulassung breiter verteilt, indem mehrere Fachärzte in koordinierter Weise synergetisch zusammenwirken.

6.3.5 Qualitätssicherung

Auch über die Anpassungen bedingt durch das einheitliche DRG-Vergütungssystem hinaus (s.o. Vergütung) sollten Regelungen der Kodierung, Dokumentation und Qualitätssicherung für Beleg- und angestellte Krankenhausärzte möglichst einheitlich, aber zumindest vergleichbar sein. Durch Aufhebung der DRG-Differenzierung sollten bereits Anreize zur sorgfältigen Falldokumentation durch die Belegärzte gesetzt sein. Die Krankenhäuser werden verpflichtet, die Belegärzte in die Prozesse des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und des klinischen Risikomanagements gemäß G-BA-Richtlinie zu integrieren. Im Speziellen sollte dies durch Schulung und Einbindung der Belegärzte in die Abläufe einrichtungsinterner Fehlermeldesysteme sowie in die Umsetzung von Risikoanalysen/ -überwachungen, Risiko-/ Fehlerbewertungen, Risiko-Audits, Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen, Fallanalysen etc. erfolgen. In dem Zusammenhang sind vor allem im Bereich der Qualitätssicherung Widersprüche eines arztbezogenen vs. eines einrichtungsbezogenen Systems zu überwinden (s. auch Zulassung). Auch hierzu ist die Nutzung der lebenslangen Arztnummer auch für alle im Krankenhaus tätigen Ärzte unabdingbar.

6.3.6 Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung bezieht verpflichtend die Unterscheidung in Haupt- und Belegabteilung mit ein, um lenkend auf den regionalen Einsatz belegärztlicher Versorgung einwirken zu können. In Umsetzung muss der Gesetzgeber auf der Ebene des Landes im Rahmen der Krankenhausplanung explizit entscheiden, für welche Krankenhäuser und in welchen Fachbereichen er Haupt- und/ oder Belegabteilungen, bspw. zur Verbesserung der ländlichen Versorgung, verpflichtend vorsieht und wo er Wahlrechte des Krankenhauses zur Vorhaltung der Planbetten in Haupt- oder Belegabteilungen ausdrücklich öffnet.

7 Kriteriengestützte Beurteilung des Status Quo der belegärztlichen Versorgung und der zwei Alternativmodelle zur Regulierung der belegärztlichen Versorgung

Im folgenden Kapitel wird die in Kapitel 5 dargestellte Krieriologie sowohl auf den Status Quo der belegärztlichen Versorgung und ihres regulativen Umfelds als auch auf die zwei in Kapitel 6 entwickelten alternativen Regulierungsmodelle angewendet. Dazu wird jedes Kriterium bzw. im Falle der ersten zwei Kriterien jedes Subkriterium sowohl bewertend auf den Status Quo als auch auf die zwei Alternativmodelle angewendet. Bei der Beurteilung des Status Quo im Kontext seiner Regulierung ist dabei die quantitative Abwärtsbewegung dieser Versorgungsform im derzeitigen Regulierungskontext zu berücksichtigen. D.h. die dargestellten Vor- und Nachteile der belegärztlichen Versorgung können immer nur im Rahmen der sinkenden Versorgungsteilnahme im derzeitigen Regulierungskontext realisiert werden. Entsprechend müssen die Bewertungen der alternativen Versorgungsmodelle vor dem Hintergrund vermuteter Einflüsse auf die quantitative Entwicklung des Belegarztwesens verstanden werden. Es ist anzunehmen, dass die Anreize aus dem liberalen Modell – zumindest was Vergütungsvariante A angeht – zur belegärztlichen Tätigkeit am höchsten sind (vgl. auch Kap. 6.2.3), dagegen könnte von Vergütungsvariante B wegen verstärkter Anreize zur ambulanten Behandlung bei ambulant erbringbaren Leistungen ein gegenläufiger Effekt ausgehen. Auch das regulierte Modell lässt eine positive quantitative Entwicklung erwarten, allerdings gedämpft durch die stärker regulierte Zulassung und den potenziellen Widerstand der Krankenhäuser gegen die zusätzliche Regulierungslast.

7.1 Kriterium Versorgungsqualität: Effektive Versorgung

Status Quo

Ein deutlicher und von allen Stakeholdern anerkannter Vorteil (vgl. Kap. 4.7) der belegärztlichen Versorgung stellt die sektorenübergreifende Versorgung dar, die Informationsverluste an der Sektorengrenze vermeidet und dadurch einen positiven Einfluss auf die Effektivität der Versorgung ausübt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014).

Bezüglich der Indikationsqualität sind in der Literatur kritische Stimmen zu finden im Zusammenhang mit elektiven Operationen (Hemschemeier, Bittkowksi et al. 2018), die sich allerdings auch auf Honorar- und Konsiliarärzte beziehen. Bzgl. der Belegärzte könnte die extrabudgetäre Vergütung belegärztlicher Operationen als Anreiz gesehen werden; einer Ausdehnung über den derzeitigen Stand hinaus sind allerdings durch die Krankenhausbudgets Grenzen gesetzt.

Die Effektivität belegärztlicher Versorgung im derzeitigen Regulierungssystem kann im Rahmen der derzeitigen Regulierung durch den beschränkten Leistungskatalog über den OPS-Katalog des EBM und durch den hier geltenden Erlaubnisvorbehalt eingeschränkt sein, da bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden so dem Belegarzt nicht möglich sind. In diesem Zusammenhang wäre es jedoch auch möglich zu argumentieren, dass jedenfalls die dem Erlaubnisvorbehalt unterliegenden neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht auf ihre Effektivität empirisch überprüft sind und insofern ggfs. auch ineffektive Behandlungsansätze vermieden werden.

Liberales Modell

Da durch den Regulierungsrahmen des liberalen Modells eine Zunahme belegärztlicher Tätigkeit angereizt wird (s.o.), könnten die Vorteile der sektorenübergreifenden Versorgung im Gesundheitssystem quantitativ deutlicher ausfallen. Dies gilt allerdings nur unter der Voraussetzung, dass durch eine Zunahme belegärztlicher Tätigkeit nicht alleine honorarärztliche Tätigkeit niedergelassener Vertragsärzte substituiert wird, da auch hier ja ambulante und stationäre Behandlung häufig in einer Person zusammenläuft.

Bzgl. der Indikationsqualität ist ähnlich zu argumentieren wie im Status Quo. Allerdings entfallen Anreize aus extrabudgetärer EBM-Leistung, aber es verbleibt der Anreiz für das Krankenhaus, im Rahmen seines Budgets Fälle zu generieren.

Die Auswahl an Behandlungsoptionen ist durch die uneingeschränkte Geltung des Verbotsvorbehalts und die Anbindung an das DRG-System (vgl. Kap.6.2.3) höher und kann eine effektive Behandlungsauswahl stärken. Gleichzeitig können ggfs. die für den Status Quo beschriebenen Risiken über bisher nicht auf ihre Effektivität überprüfte Methoden entstehen.

Reguliertes Modell

Auch im regulierten Modell dürften die Vorteile der belegärztlichen Versorgung analog zum liberalen Modell tendenziell quantitativ bedeutsamer werden, wie in Abschnitt 6.3 beschrieben.

Auch die Anreizsituation bzgl. der Indikationsqualität ist ähnlich zu sehen, wobei hier in Vergütungsvariante B die spezifischen Anreize durch extrabudgetäre Leistungsabrechnung verbleiben. Ggfs. kann hier argumentiert werden, dass durch die vorgeschriebene stärkere Vernetzung interkollegiale Korrekturmechanismen stärker wirksam werden.

Entsprechend dem liberalen Modell sind auch die Auswirkungen bezüglich der Behandlungsoptionen einzuschätzen, wobei der breitere Zugang zum medizinischen Fortschritt durch die volle Auswahl zur Anwendung von NUB hier an qualitative Voraussetzungen geknüpft ist. Bei Anwendung von Vergütungsvariante B könnte eine zeitliche Schwerfälligkeit im korporativen System die Anpassung des Leistungskatalogs im Vergleich zur Vergütungsvariante A ggfs. verzögern und insofern den Zugang zum vollen Leistungskatalog leicht einschränken.

7.2 Kriterium Versorgungsqualität: Patientensicherheit

Status Quo

Vorteil der belegärztlichen Versorgung gegenüber der Versorgung in der Hauptabteilung des Krankenhauses ist die überwiegende Geltung des Facharztstatus in der Patientenversorgung, eingeschränkt allenfalls durch einen zunehmenden Einsatz von Weiterbildungsassistenten.

Allenfalls gilt zu hinterfragen, inwiefern die fehlende Harmonisierung der Voraussetzungen der Strukturqualität zwischen Krankenhaus und Belegarzt Bedeutung für die Patientensicherheit haben könnte – bisher existieren hierzu keine Studien.

Im Rahmen der geführten Leitfadeninterviews wurden aus der Praxis auch Zweifel geäußert, inwieweit die übliche 30-Minuten-Frist für die Bereitschaft des Belegarztes bei allen Arten von Operationen ausreichend kurz ist – dies wurde allerdings kontrovers bewertet (vgl. Kap. 4).

Liberales Modell

Generell gilt für das liberale Modell ein analoger Bewertungsansatz wie für den Status Quo.

Zusätzlich ist hier zu hinterfragen, inwieweit der sehr stark liberalisierte Zugang zu NUB ohne weitere Zugangsvoraussetzungen die Patientensicherheit beeinträchtigen könnte.

Reguliertes Modell

Bezüglich der Vorteile des Facharztstatus für die Patientensicherheit gilt Ähnliches wie für die Vergleichsmodelle, verstärkt durch die Absicherung durch die Zulassungsvoraussetzungen insbesondere für die erweiterte Zulassung sowie die angestrebte Harmonisierung der Bedingungen der Strukturqualität mit dem Krankenhaus, die auch einen positiven Einfluss auf die Patientensicherheit in der Krankenhausbehandlung in Hauptabteilungen haben könnte.

Zusätzlich ist der Bereitschaftsdienst hier immer und nicht nur bei freiwilliger Vernetzung teamorientiert organisierbar.

7.3 Kriterium Versorgungsqualität: Behandlungskoordination

Status Quo

Die verbesserte Koordination zwischen ambulanter und stationärer Behandlung stellt einen wesentlichen Vorteil der belegärztlichen Versorgung dar; die Informationsübermittlung erfolgt „in persona“. Die Koordination mit dem Leistungsanteil des Krankenhauses scheint allerdings – folgt man den Erkenntnissen aus den Leitfadeninterviews – individuell sehr unterschiedlich zu gelingen. Dies scheint u.a. abhängig zu sein von der Trägerschaft des Krankenhauses – insbesondere Krankenhäuser in belegärztlicher Trägerschaft scheinen sowohl die OP-Organisation als auch die Pflege am ehesten mit belegärztlichen OPs koordinieren zu können.

Liberales Modell

Im liberalen Modell sind Vor- und Nachteile hinsichtlich der Behandlungskoordination ähnlich zu beurteilen wie im Status Quo.

Reguliertes Modell

Eine ähnliche Beurteilung gilt auch für das regulierte Modell.

Die größeren Belegärzeteams und die Harmonisierung der Qualitätssicherung kann hier ggfs. zu besserer Koordination auch mit dem Krankenhaus beitragen; allerdings kann bei Belegärzeteams auch der Vorteil der Informationsübermittlung „in persona“ entfallen, so dass die tatsächliche Behandlungskoordination innerhalb des Behandlungsnetzes organisiert werden muss. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass sowohl im Status Quo als auch im liberalen Modell ebenfalls Anreize zur Netzwerkbildung

und zum Aufbau größere Praxiseinheiten wirken und in der Entwicklung auch schon manifest sind; allerdings werden diese im regulierten Modell per Zulassungsbedingung beschleunigt, während im Status Quo und im liberalen Modell alleine auf marktliche Mechanismen vertraut wird.

7.4 Kriterium Wirtschaftlichkeit: Behandlungseffizienz

Status Quo

Auf die Behandlungseffizienz in der belegärztlichen Versorgung im Status Quo wirken einige der auch für andere Kriterien relevanten Effekte ein. So dienen eine mögliche Vermeidung von Doppeluntersuchungen und insgesamt die Vermeidung unnötiger medizinischer Maßnahmen aufgrund der Steuerung der Gesamtbehandlung durch den Belegarzt sicherlich der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung.

Inwieweit die belegärztliche Behandlung insgesamt wirtschaftlicher ist als die stationäre Behandlung in Krankenhäuser und eine ambulante Vor- und Nachbehandlung zusammengenommen je Fall, lässt sich bislang nicht durch Studien nachweisen. Während die häufig niedrigeren B-DRGs unter anderem auch mit kürzeren Liegezeiten (und niedrigeren Schweregraden) begründet werden, gibt es bislang keine publizierten Studien über die empirischen Gesamtkosten eines Falles in beiden Settings, die auch die ambulanten Elemente der Behandlung einbeziehen. Auch von Seiten der Krankenkassen scheinen, wenn man den Ergebnissen der Leitfadeninterviews folgt, keine Ansätze zu einer vergleichenden vollständigen Wirtschaftlichkeitsbetrachtung zu bestehen. Insofern besteht hier noch Forschungsbedarf.

Einzig begrenzte Anreize zu angebotsorientierter Nachfrage bei elektiven Maßnahmen (vgl. Abschn. 7.1) könnten auch hier gegenläufige, d.h. negative Auswirkungen auf die Behandlungseffizienz haben.

Liberales Modell

Die belegärztliche Versorgung im liberalen Modell ist ähnlich zu bewerten wie im Status Quo, wenn man von den Auswirkungen einer quantitativen Erweiterung belegärztlicher Tätigkeit absieht.

Die Gesamtkostenberechnung aus der Perspektive des Kostenträgers fällt bei einer Realisierung von Vergütungsvariante A naturgemäß höher aus.

Wird die Vergütungsvariante B gewählt, so findet zusätzlich tendenziell eine Steuerung in ambulante Versorgungsformen statt, was die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung insgesamt stärken dürfte.

Reguliertes Modell

Generell gilt auch für das regulierte Modell hier eine Bewertung wie für das liberale Modell bei Vergütungsvariante A.

Möglicherweise sind zusätzliche Wirtschaftlichkeitsimpulse aufgrund der erhöhten Notwendigkeit der ärztlichen Vernetzung zu erwarten.

7.5 Kriterium Wirtschaftlichkeit: Anreiz-/Teilnahmekompatibilität

Status Quo

Für das Krankenhaus bestehen aufgrund der niedrigeren B-DRGs, u. a. getrieben durch die Abwertung des belegärztlich relevanten Sachkostenanteils in den DRGs und die nicht berücksichtigten Transaktions- und Dokumentationsaufwände, Anreize gegen die Einrichtung einer Belegabteilung. Unter den Bedingungen fehlender bzw. zu niedriger Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder ist es notwendig, Investitionskosten aus den laufenden Erlösen des Krankenhauses aus dem DRG-System aufzubringen. Ungünstige Anreize bestehen im Krankenhaus auch gegenüber ambulanten Erbringungsformen von Leistungen (Hahn und Mussinghoff 2017).

Dagegen sind die Erlöse aus ambulanten Operationen, soweit diese Alternative besteht, im vertragsärztlichen Bereich höher als diejenigen aus belegärztlichen OPs, was mit bei belegärztlichen Leistungen geringer anfallenden Sach- und Hilfspersonalkosten begründet wird. Es besteht hier zumindest kein Anreiz, ambulant erbringbare Leistungen in den stationären Bereich zu verschieben. Hier werden eher gegenläufige Anreize zur Ambulantisierung diskutiert (Hahn und Mussinghoff 2017).

Seitens des Krankenhauses besteht außerdem eine deutlich geringere Durchgriffsmöglichkeit gegenüber dem Belegarzt als gegenüber angestellten Ärzten und Honorarärzten. Belegärztliche Leistungen können, handelt es sich nicht um ein reines Belegkrankenhaus, ggfs. schwerer in die Organisationsabläufe des Krankenhauses eingegliedert werden.

Als positive Teilnahmeanreize für Belegärzte sind vor allen Dingen immaterielle Vorteile, wie die Möglichkeit einer Verbreiterung des eigenen Leistungsspektrums, die Verwertung des im stationären Bereich erworbenen Fachwissens sowie die umfassendere Betreuung der eigenen Patienten zu nennen.

Dem gegenüber stehen negative Anreize durch die Einschränkung des Leistungskatalogs über die Begrenzungen des Belegarztkapitels im EBM, z.B. die fehlende Einbeziehung konservativer Leistungen und insbesondere der Erlaubnisvorbehalt.

Übereinstimmend mit den Erfahrungen aus anderen Ländern wie den USA (vgl. Kap.3.1) üben veränderte Lebensvorstellungen, bedingt durch Vorstellungen einer ausgeglichenen Work-Life-Balance, sowie die stärkere individuelle Bedeutsamkeit familiärer Zeitanprüche verstärkt durch die Feminisierung der Ärzteschaft einen negativen Einfluss auf die Bereitschaft, sich auf zeitlich aufwändige und unregelmäßige Tätigkeiten wie den belegärztlichen Bereitschaftsdienst einzustellen. Besonders wirksam sind diese negativen Anreize in Bezug auf eine nicht vernetzte belegärztliche Tätigkeit, in der Bereitschaftsdienste alleine wahrgenommen werden müssen.

Aus den Leitfadeninterviews geht hervor, dass alleine materielle Fehlanreize einen wenig entscheidenden Anteil am quantitativen Niedergang des Belegarztwesens haben. Auch die regional unterschiedlichen Regelungen zur Gestaltung der extrabudgetären belegärztlichen Leistungen (vgl. Kap. 2.1.3.1) scheinen keinen nachweisbaren Einfluss auf den Umfang belegärztlicher Tätigkeit zu haben.

Liberales Modell

Die negativen Anreize gegen die Führung belegärztlicher Abteilungen aufgrund der niedrigeren Erlöse pro Fall werden im liberalen Modell im Falle der Anwendung von Vergütungsvariante A ausgeglichen,

so dass alleine mögliche organisatorische Nachteile aus Sicht des Krankenhauses noch wirksam werden könnten. In der Vergütungsvariante B sind stärkere Anreize zum Angebot ambulanter und weniger kostenintensiver Versorgungsformen wahrscheinlich, soweit es sich um ambulant erbringbare Leistungen handelt.

Positiv im Vergleich zum Status Quo dürfte sich die deutliche Verbreiterung des belegärztlichen Leistungsumfangs auswirken.

Die negativen Einflüsse auf eine Entscheidung zur Aufnahme einer belegärztlichen Tätigkeit in Hinblick auf die private Lebensgestaltung bleiben jedoch unverändert.

Positiv auf die quantitative Entwicklung des Belegarztwesens könnte jedoch die Erleichterung der belegärztlichen Zulassung einwirken.

Reguliertes Modell

In beiden Vergütungsvarianten des regulierten Modells entfallen die bisherigen negativen Anreize für die Krankenhäuser in Bezug auf die Führung von Belegabteilungen aufgrund der Kalkulation von B-DRGs.

Wie im liberalen Modell entstehen positive Anreize durch die Erweiterung des belegärztlichen Leistungsumfangs. Die Einführung des Verbotsvorbehalts geschieht hier jedoch unter Absicherung der Strukturqualität, so dass die Zugangsbarrieren, die generell verfahrensbedingt höher sind als im liberalen Modell, für die Erbringung von NUB-Leistungen durch Belegärzte noch einmal steigen.

Die höhere Vernetzungsnotwendigkeit im Rahmen des Zulassungsverfahrens kann ggfs. tendenziell zur Abnahme der negativen Anreize aus Ansprüchen an die private Lebensgestaltung führen, da Dienste besser verteilt werden können. Sie stellt aber auch eine weitere Zugangsbarriere zum Belegarztwesen dar.

7.6 Kriterium Patientenorientierung

Status Quo

Vorteile der belegärztlichen Versorgung sind in der Möglichkeit freier Arztwahl auch im Krankenhaus zu sehen, die zumindest für GKV-Patienten sonst nicht gegeben ist. Hierdurch kann das Patientenvertrauen ggfs. positiv beeinflusst werden. Allerdings geht damit eine Einschränkung der Krankenhauswahl einher, falls der Belegarzt nicht, wie teilweise derzeit praktiziert in mehreren Krankenhäusern eventuell in anderen Organisationsformen, z.B. als Honorararzt, tätig ist.

Liberales Modell

Die entsprechenden Vor- und Nachteile gelten auch für das liberale Modell, allenfalls modifiziert durch eine veränderte quantitative Entwicklung des Belegarztwesens.

Reguliertes Modell

Die Bewertung gilt gleichfalls für das regulierte Modell.

7.7 Kriterium Zufriedenheit medizinischer Leistungserbringer

Status Quo

Die Zufriedenheit medizinischer Leistungserbringer in Bezug auf die belegärztliche Tätigkeit kann weitgehend analog zur Bewertung anhand des Kriteriums der Anreiz-/Teilnahmekompatibilität bewertet werden, soweit sich dieses auf die belegärztliche Tätigkeit bezieht.

Im Status Quo scheint die Bewertung der ökonomischen Auskömmlichkeit nicht im Vordergrund zu stehen, sieht man von der speziellen Situation bzgl. der Refinanzierung der Haftpflichtversicherungskosten in der Geburtshilfe ab (Bayrischer Landtag 2018).

Es wird das erweiterte fachliche Spektrum geschätzt, wohingegen die derzeitigen Einschränkungen des Leistungsumfangs zu Unzufriedenheit führen. Insbesondere die Anforderungen an die Bereitschaftsdienste kollidieren mit den Vorstellungen von Work-Life-Balance gerade jüngerer Ärztinnen und Ärzte und mit familiären Zeitansprüchen.

Die Anreize zur Teamarbeit, die von den Anforderungen belegärztlicher Tätigkeit ausgehen, können unterschiedlich wahrgenommen werden. Gerade jüngere Ärztinnen und Ärzte und Studierende der Medizin sind zunehmend auch an der Niederlassung in Gemeinschaftspraxen und an abhängiger Tätigkeit in größeren Einheiten interessiert (Gibis, Heinz et al. 2012).

Liberales Modell

Die ökonomische Auskömmlichkeit der belegärztlichen Versorgung sollte sich insbesondere bei Anwendung von Vergütungsvariante A eher steigern, da die einheitliche DRG über alle Abteilungen den Ausgangspunkt der Vergütung bildet und der mögliche Leistungsumfang und damit auch die möglichen Fälle steigen. Im Falle der Vergütungsvariante B wiederum wird dieser Effekt durch eine wahrscheinliche Verringerung der Fälle mit stationärem Aufenthalt zugunsten ambulanter Versorgungsformen konterkariert.

Das Problem der Versicherungskosten insbesondere im Bereich der Geburtshilfe ist im liberalen Modell über Verhandlung mit dem Krankenhaus zu lösen; die Verhandlungsposition des Belegarztes hängt insofern vom Interesse des Krankenhauses ab.

Im Vergleich mit dem Status Quo dürfte der höhere mögliche Leistungsumfang in der belegärztlichen Tätigkeit die Arztzufriedenheit steigern.

Im Übrigen lehnt sich die Bewertung hier an die des Status Quo an.

Reguliertes Modell

Im regulierten Modell ist eine höhere Auskömmlichkeit belegärztlicher Versorgung in beiden Vergütungsvarianten zu erwarten. In Vergütungsvariante A besteht eine höhere Sicherheit eines kostengerechten Anteils des Belegarztes durch von Empirie getriebener Kalkulation des InEK, hier dürfte auch im Vergleich zum liberalen Modell die Sicherheit einer Refinanzierung der Haftpflichtversicherungskosten relativ höher sein. In der Vergütungsvariante B können höhere Einnahmen durch die Erweiterung des Leistungsspektrums und die erweiterte Extrabudgetarität der belegärztlichen Leistungen erzielt werden.

Der Work-Life-Balance-Konflikt dürfte durch die Vorgabe der Vernetzung leicht reduziert sein im Vergleich zu Status Quo und liberalem Modell.

Ähnlich wie im liberalen Modell, aber durch die Zulassungsbedingungen zum erweiterten Leistungsumfang etwas eingeschränkter, kann auch hier die Zunahme erbringbarer Leistungen die Arztzufriedenheit im belegärztlichen Bereich steigern.

Je nach Ausgestaltung der Zugangformalia zur belegärztlichen Tätigkeit und zur grundsätzlichen Erlaubnis zu Erbringung von NUB könnten diese als Belastung wahrgenommen werden.

7.8 Kriterium Adaptionfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen

Status Quo

Der Status Quo lässt insofern Raum für die Anpassung an gesellschaftliche Entwicklungen, als er als Reaktion auf veränderte Berufsvorstellungen und auch veränderte technische Leistungsbedingungen Freiheiten für eine Vernetzung von niedergelassenen Ärzten und die Bildung größerer Einheiten bietet. Dies wird auch genutzt.

Das Belegarztwesen ist auch jetzt schon ein geeigneter Ort für die fachärztliche Weiterbildung, so dass die immer bedeutsameren ambulanten Leistungsanteile gleichzeitig mit im Rahmen des Erlaubnisvorbehalts möglichen stationären Leistungsanteile erbracht und damit die entsprechenden Fertigkeiten durch Weiterbildungsassistenten erlernt werden können.

Nicht möglich ist eine Anpassung an die Bedarfe einer alternden Bevölkerung im Rahmen konservativer belegärztlicher Leistungen.

Gleichfalls findet in der Regel keine systematische Steuerung der belegärztlichen Versorgung in Bezug auf ländliche Gebiete mit drohender Unterversorgung im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder statt.

Liberales Modell

Für das liberale Modell gilt ein großer Teil der Bewertungen für den Status Quo analog. Auch in diesem Modell wird auf marktliche Anpassungsbewegungen an veränderte Berufsvorstellungen vertraut. Das hier zum quantitativen Wachstum angereizte Belegarztwesen bietet gute Möglichkeiten zur Weiterbildung.

Auch im liberalen Modell findet weiterhin keine verpflichtende regionale Steuerung der belegärztlichen Versorgung durch die Länder statt.

Allerdings ermöglicht der erweiterte Leistungsumfang eine bessere Anpassung an den jeweiligen Patientenbedarf.

Weiterhin lässt der einfache Zugang von Vertragsärzten zur belegärztlichen Versorgung eine schnelle Anpassung an sich verändernde Bedarfe in Hinblick auf diese Versorgungsform zu.

Reguliertes Modell

Auch im regulierten Modell gilt die positive Bewertung der Bereicherung der ärztlichen Weiterbildung.

Der erweiterte, hier im Zugang stärker qualitätsgesicherte Leistungsumfang ermöglicht ebenfalls eine Anpassung an die jeweiligen Patientenbedarfe.

Sowohl die Anpassung des regionalen Angebots an entsprechende Bedarfe als auch die Anpassung an veränderte Berufsvorstellungen niedergelassener (potenzieller) Belegärzte werden hier stärker regulativ unterstützt, insofern wird hier nicht alleine auf Marktmechanismen und autonome Anpassungsbewegungen der Ärzteschaft vertraut. Belegärztliche Versorgungsstrukturen sollen seitens der Länder gezielt regional gesteuert und die Vernetzung und die Bildung größerer Leistungserbringereinheiten im Belegarztwesen regulativ beschleunigt werden.

Zusätzlich werden im regulierten Modell gezielt und verpflichtend Suchbewegungen zur Erweiterung kooperativer Versorgungsformen gefördert. Dies könnte z.B. die Erprobung der Anpassung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung an die Anforderungen stärker ländlich strukturierter Regionen ermöglichen. Erste Ansätze dazu sind schon in Überlegungen aus der Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung enthalten (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2018).

7.9 Kriterium Transparenz und Regulierbarkeit

Status Quo

Die Einbindung des Belegarztes in die Planung sowie in die Qualitätssicherung des Krankenhauses erscheint je nach Art und Organisation des Krankenhauses unterschiedlich gut möglich; am stärksten auf belegärztliche Tätigkeit eingerichtet sind naturgemäß reine Belegkrankenhäuser.

Auch aus der Perspektive des Belegarztes stellt sich die Planbarkeit seiner Leistungserbringung unterschiedlich dar – die Patientenbehandlung insgesamt ist eher gut plan- und koordinierbar, die eigene Planungshoheit über den zeitlichen Einsatz im OP des Krankenhauses wird aber teilweise durch andere krankenhauserne Erwägungen eingeschränkt.

Aus Perspektive des Patienten kann sich eine bessere Planbarkeit durch Absprache mit dem Belegarzt als im Verhältnis zur Krankenhausorganisation ergeben.

Die Übersicht über und die Evaluierbarkeit belegärztlicher Leistungen wird erschwert durch die doppelte Zuständigkeit in der Abrechnung über das DRG-System und über den EBM. Entsprechend wenige Auswertungen scheint es nach den Ergebnissen der Interviews auch im Bereich der Kassen zu geben.

Völlig intransparent ist die Entwicklung der honorarärztlichen Versorgung als mögliche Alternative der Tätigkeit auch von Vertragsärzten im stationären Bereich. Hier ist es zumindest aus der Perspektive der Kostenträger nicht möglich, Art und Umfang honorarärztlicher Versorgung zu analysieren.

Liberales Modell

Das liberale Modell ist grundsätzlich ebenso zu beurteilen wie der Status Quo. Allerdings entfallen die aufwendigen doppelten Zuständigkeiten im Rahmen der Vergütung.

Reguliertes Modell

Im regulierten Modell bleibt die Einschätzung bzgl. der Planbarkeit für Krankenhaus, Belegarzt und Patienten weitgehend gleich.

Allerdings ist der Belegarzt besser in die Qualitätssicherung des Krankenhauses einbezogen. Außerdem können Parameter der Strukturqualität auch arztbezogen durch die lebenslange Arztnummer vergleichbar für Beleg- und Krankenhausärzte erhoben werden.

Die lebenslange Arztnummer auch für Krankenhausärzte erhöht außerdem die Transparenz konkurrierender Versorgungsmodelle für die Kostenträger.

Im regulierten Modell entfällt die doppelte Vergütungszuständigkeit allerdings nur in Vergütungsvariante A.

Eine stärkere regionale Planbarkeit durch die Länder ergibt sich durch die Verpflichtung der expliziten Berücksichtigung und des getrennten Ausweisens von Haupt- und Belegabteilungen in den Krankenhausplänen.

7.10 Kriterium Realisierbarkeit

Status Quo

Im Status Quo fallen definitionsgemäß keine Regulierungskosten aufgrund Reformen statt. Allerdings ist eine relativ große Unzufriedenheit der Belegärzte hinsichtlich ihrer Rahmenbedingungen zu verzeichnen (Bundesverband der Belegärzte e.V. 2018). Unter den Bedingungen der derzeitigen Regulierung nimmt das Interesse der niedergelassenen Ärzte an belegärztlicher Tätigkeit ständig ab, was sich in der in Kap. 2.3 beschriebenen quantitativen Abwärtsbewegung zeigt. Es hat scheinbar ein Übergang in Konkurrenzmodelle wie das Honorar- und Konsiliararztwesen stattgefunden, allenfalls gebremst durch die Regelungen des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (vgl. Kap 2.2.3). Empirische Daten über den Umfang der Versorgung über diese alternativen Versorgungsformen liegen allerdings nicht vor.

Aus Krankenhaus- und aus Kassenperspektive ist aus den Ergebnissen der Leitfadeninterviews ein nur geringes Interesse an der Weiterentwicklung des Belegarztwesens abzuleiten.

Liberales Modell

Gegen die Einführung einer Regulierung entsprechend dem liberalen Modell ist vor allem großer Widerstand der Krankenkassen zu erwarten. Der leichte Zugang zum Belegarztwesen kombiniert mit der Einführung des Verbotsvorbehalt kann hier Befürchtungen einer angebotsinduzierten Leistungsausweitung hervorrufen.

Aus der Sicht der Vertragsärzte könnte es eher Konflikte bei Einführung der reduzierten Sprechstundenverpflichtung für Belegärzte geben, gerade wenn es aus Gründen erleichterten Zugangs hier zu einer quantitativen Zunahme belegärztlicher Leistungserbringer kommt.

Reguliertes Modell

Auch das regulierte Modell dürfte den Widerstand der Kassen in Bezug auf die Einführung des Verbotsvorbehalts hervorrufen, allerdings wegen der stärker qualitätsorientierten Form der gestuften Zulassung in einem etwas geringeren Ausmaß als das liberale Modell.

Aus Perspektive der Kassenärztlichen Vereinigung könnte sich Unzufriedenheit mit der Einbeziehung der Krankenhausesseite in den Erweiterten Landesausschüssen in das gestufte Zulassungsverfahren für Belegärzte manifestieren.

Die Krankenhäuser wiederum könnten sich gegen die stärkeren Eingriffe der Krankenhausplanung des Landes wehren sowie ungünstigen Zusatzaufwand in Hinblick auf ihr Qualitäts- und Risikomanagement sowie die Verwendung der lebenslangen Arztnummer auch im Zusammenhang mit Krankenhausleistungen befürchten. Möglicherweise sehen sie jedoch auch Vorteile in harmonisierten Regelungen der Qualitätssicherung.

Die Anhebung der Vergütung für belegärztliche DRGs und auch die vereinheitlichten Vergütungsvarianten für Belegärzte dürften ihnen indes explizit entgegenkommen.

Einer einheitlichen Regelung der Krankenhausplanung dürften darüber hinaus legislative Probleme im föderalistischen System entgegenstehen.

7.11 Gesamtbeurteilung

Eine zusammenfassende Gesamtbeurteilung von Status Quo und den zwei Regulierungsmodellen ist auf wissenschaftlicher Basis nicht möglich, da hierzu eine Gewichtung der angewandten Bewertungskriterien erfolgen müsste. Aus Stakeholderperspektive wird diese interessensabhängig unterschiedlich ausfallen. Letztlich ist erst der Gesetzgeber legitimiert, eine Gewichtung vorzunehmen, um ggfs. zu einer rechtlichen Umsetzung zu kommen.

Abschließend wird jedoch in nachfolgender Tabelle 29 eine Bewertung der Veränderungen durch die Einführung des jeweiligen Regulierungsmodells im Vergleich zum Status Quo nach den einzelnen Kriterien vorgenommen. Der ordinalen Bewertung sind jeweils die wichtigsten Einflüsse regulativer Veränderungen zugeordnet, die die Autoren zu dieser Bewertung bewogen haben. Ein Teil der Bewertungen beruht auch auf erwarteten Anreizwirkungen der Modelle in Hinblick auf eine Erweiterung des Angebots an belegärztlicher Versorgung.

Tabelle 29: Bewertung der Veränderungen durch die Einführung des jeweiligen Regulierungsmodells im Vergleich zum Status Quo

Kriterium	Liberales Modell		Reguliertes Modell	
	Veränderung zum Status Quo	Wesentliche Maßnahmen	Veränderung zum Status Quo	Wesentliche Maßnahmen
Versorgungsqualität: Effektive Versorgung	gesteigert+	<ul style="list-style-type: none"> Anreize zu Wachstum sektorenübergreifender Versorgung Erweiterter Leistungskatalog und Verbotsvorbehalt Keine Qualitätssicherung des Zugangs zu NUB 	deutlich gesteigert++	<ul style="list-style-type: none"> Anreize zu Wachstum sektorenübergreifender Versorgung Erweiterter Leistungskatalog und Verbotsvorbehalt Qualitätssicherung des Zugangs zu NUB
Versorgungsqualität: Patientensicherheit	wenig gesteigert(+)	<ul style="list-style-type: none"> Anreiz zu Wachstum, höherer Anteil von Behandlungen mit Facharztstatus Keine Qualitätssicherung des Zugangs zu NUB 	deutlich gesteigert++	<ul style="list-style-type: none"> Anreiz zu Wachstum, höherer Anteil von Behandlungen mit Facharztstatus Qualitätssicherung im Zugang und durch Kooperationsvoraussetzung Qualitätssicherung des Zugangs zu NUB Bessere Sicherung des Bereitschaftsdienstes im Team
Versorgungsqualität: Behandlungs-koordination	gesteigert+	<ul style="list-style-type: none"> Anreize zu Wachstum sektorenübergreifender Versorgung 	deutlich gesteigert++	<ul style="list-style-type: none"> Anreize zu Wachstum sektorenübergreifender Versorgung Bessere Koordination durch größere Teams und Harmonisierung der Qualitätssicherung mit stationärem Sektor
Wirtschaftlichkeit: Behandlungseffizienz	Vergütungsmodell A		Vergütungsmodell A	
	gesteigert+	<ul style="list-style-type: none"> Anreize zu Wachstum sektorenübergreifender Versorgung 	gesteigert+	<ul style="list-style-type: none"> Anreize zu Wachstum sektorenübergreifender Versorgung
	Vergütungsmodell B		Vergütungsmodell B	
	gesteigert++	<ul style="list-style-type: none"> Anreize zu Wachstum sektorenübergreifender Versorgung Anreize zur Auswahl der wirtschaftlichsten Versorgungsform 	gesteigert+	<ul style="list-style-type: none"> Anreize zu Wachstum sektorenübergreifender Versorgung

Wirtschaftlichkeit: Anreiz-/Teilnahme-kompatibilität	gesteigert+	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgleich der Anreize zur Leistungserbringung in der Hauptabteilung durch Vergütungssystem • Positive Anreize durch Erweiterung des Leistungsumfangs 	gesteigert+	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgleich der Anreize zur Leistungserbringung in der Hauptabteilung durch Vergütungssystem • Positive Anreize durch qualitätsgesicherte Erweiterung des Leistungsumfangs
Patientenorientierung	gesteigert+	<ul style="list-style-type: none"> • Anreize zu Wachstum sektorenübergreifender Versorgung 	gesteigert+	<ul style="list-style-type: none"> • Anreize zu Wachstum sektorenübergreifender Versorgung
Zufriedenheit medizinischer Leistungserbringer	Vergütungsmodell A		gesteigert+	<ul style="list-style-type: none"> • Höhere Auskömmlichkeit belegärztlicher Tätigkeit • Leichte Belastungsreduzierung durch Stärkung der Teamarbeit • Qualitätsgesicherte Verbreiterung des belegärztlichen Leistungsumfangs • Ggfs. Belastung durch Zulassungsformalia
	gesteigert+	<ul style="list-style-type: none"> • Höhere Auskömmlichkeit belegärztlicher Tätigkeit • Verbreiterung des belegärztlichen Leistungsumfangs 		
	Vergütungsmodell B			
	Gesteigert+	<ul style="list-style-type: none"> • Höhere Auskömmlichkeit belegärztlicher Tätigkeit, begrenzender Mengeneffekt durch Anreiz zu ambulanter Leistungserbringung 		
Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen	gesteigert+	<ul style="list-style-type: none"> • Leichter Zugang zum Belegarztwesen • Bedarfsgerechte Anpassung des Leistungsspektrums möglich 	deutlich gesteigert++	<ul style="list-style-type: none"> • Gezielte Steuerung in von Unterversorgung bedrohte Räume möglich • Bedarfsgerechte Anpassung des Leistungsspektrums möglich • Unterstützung der Anpassung an veränderte Berufsvorstellungen der Ärzte durch Netzwerkbildung als Zugangsvoraussetzung
Transparenz und Regulierbarkeit	Kein eindeutiger positiver oder negativer Einfluss +-	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Überprüfung der Strukturqualität über Zulassung • Einheitliches Vergütungssystem 	gesteigert+	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Einbindung in die Qualitätssicherung des Krankenhauses • Einheitliches Vergütungssystem in Vergütungsvariante A, Fortbestand getrennter Systeme in Variante B

				<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Transparenz durch lebenslange Arztnummer ambulant und stationär • Höhere Planbarkeit über Krankenhauspläne
Realisierbarkeit	verringert -	<ul style="list-style-type: none"> • Widerstand der Krankenkassen zu erwarten wegen Verbotsvorbehalt und erleichtertem Zugang zur belegärztlichen Tätigkeit • Ggfs. Widerstand aus vertragsärztlicher Versorgung wegen reduzierter belegärztlicher Sprechstundenverpflichtungen 	deutlich verringert --	<ul style="list-style-type: none"> • Widerstand der Krankenkassen zu erwarten wegen Verbotsvorbehalt, aber reduziert im Vergleich zum liberalen Modell • Ggfs. Widerstand der vertragsärztlichen Versorgung wegen Einbezugs der Krankenhäuser in die Zulassung zu erwarten • Widerstand der Krankenhäuser wegen Eingriffe durch Krankenhausplanung und in Voraussetzungen der Strukturqualität zu erwarten • Legislative Probleme, da Krankenhausplanung Ländersache

8 Literaturverzeichnis

Ahluwalia, S., C. Damberg, et al. (2017): What Defines a High-Performing Health Care Delivery System: A Systematic Review. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 43(9), 450-459.

Ärztchamber Wien (2014): Richtlinien 2014 betreffend ärztliche Sonderklassehonorare in Wien. Im Internet abrufbar unter: http://sobekb.aekwien.at/media/Richtlinien_2014.pdf (Zugriff am: 01.10.2018)

Bachner, F., J. Bobek, et al. (2018): Austria. Health system review. *Health Systems in Transition* 20(3).

Bayrischer Landtag (2018): Antwort des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom 30.11.2017 auf die Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Kathi Petersen SPD vom 25.10.2017 Belegärzte in der Geburtshilfe. Drucksache 17/19477.

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2018): Krankenhausplan des Freistaates Bayern, Stand 1. Januar 2018 (43. Fortschreibung).

Bundesamt für Statistik (2017): Krankenhausstatistik: Standardtabellen 2016. Tabelle B5: Ausbildungsstand der internen Ärzteschaft am 31.12. und Anzahl der externen Ärzt/innen, nach Grossregion des Betriebes. Im Internet abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/spitaeler/infrastruktur-beschaeftigung-finanzen.assetdetail.3722885.html> (Zugriff am: 10.10.2018)

Bundesärztekammer (2016): Hinweise und Erläuterungen zu Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten Möglichkeiten und Grenzen aus berufsrechtlicher und vertragsarztrechtlicher Sicht. *Deutsches Ärzteblatt*, 113(24), A1-A7.

Bundesgerichtshof, Urtl. v. 16.10.2014 - III ZR 85/14, Rz. 17 und 23, juris=Ges R 2014, 720. 2014.

Bundesministerium für Gesundheit (2018): Finanzergebnisse der GKV (KJ 1 / KV 45 Statistik). Im Internet abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html>. (Zugriff am: 21.01.2018)

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung. LKF. Systembeschreibung. 1. Jänner 2018. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/2/0/CH1166/CMS1128341476394/systembeschreibung_2018.pdf (Zugriff am: 10.03.2018)

Bundesverband der Belegärzte e.V. (2018): Aktionsbündnis Belegarzt; Belegarztwesen - die idealtypische sektorenübergreifende Versorgungsform.

Bundesverband der Honorarärzte e.V. (2018): Statistik - Fakten, Daten, Meilensteine. 2018; Im Internet abrufbar unter: <https://www.bv-honoraraerzte.de/info/presse/248-fakten-daten-meilensteine.html>. (Zugriff am: 20.01.2018)

Bundesversicherungsamt (2014): Pressemitteilung: Pflicht der Krankenkassen zur Vorlage der Selektivverträge hat sich bewährt - Geld für die Verträge muss in die Versorgung und nicht in die Verwaltung gehen. Im Internet abrufbar unter: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2014/2014-03-07_Selektivvertraege.pdf. (Zugriff am: 02.02.2018)

Burns, L. und R. Muller (2008): Hospital-Physician Collaboration: Landscape of Economic Integration and Impact on Clinical Integration. *The Milbank Quarterly* 86(3), 375-434.

Casalino, L., E. November, et al. (2008): Hospital-Physician Relations: Two Tracks And The Decline OfThe Voluntary Medical Staff Model. *Health Affairs* 27(5), 1305-1314.

Cylus, J., E. Richardson, et al. (2015): United Kingdom: Health System Review. *Health Systems in Transition*. Kopenhagen.

De Pietro, C., P. Camenzind, et al. (2015): Switzerland. Health system review. *Health Systems in Transition* 17(4).

DESTATIS, Robert Koch Institut (2018): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. - Art der ärztlichen Leistung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung. 2018; Im Internet abrufbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/7/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_30/D.000/3722. (Zugriff am: 20.01.2018)

Deutsche Bundesregierung (2006): Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Drucksache 16/3950. W. Deutscher Bundestag.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Ed. (2016): Der niedergelassene Arzt im Krankenhaus. Musterverträge der DKG. Berlin.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. unter Mitwirkung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Ed. (2008): Der niedergelassene Arzt im Krankenhaus. Berlin.

Deutsche Praxisklinikgesellschaft e.V. (2015): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) vom 26. August 2015. Im Internet abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/blob/386202/09d82d230c5ebf47ea34b178b520dad2/deutsche-praxisklinikgesellschaft-e-v---pkg--data.pdf#search=%22%22>. (Zugriff am: 02.02.2018)

Deutscher Bundestag (2017): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Harald Weinberg, Sabine Zimmermann, weiterer Abgeordnete und der Fraktion DIE LINKE. (14. September 2017) (Drucksache 18/13577). Im Internet abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/135/1813577.pdf>. (Zugriff am: 02.02.2018)

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Bremen (2011): Krankenhausplan des Landes Bremen 2010 bis 2015. Bremen, Beschlossen von der Deputation für Gesundheit am 06.12.2011. Im Internet abrufbar unter: https://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/landeskrankenhausplan_2010_2015.40474.pdf (Zugriff am: 02.02.2018)

Erweiterter Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V (2017): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 52. Sitzung am 19. September 2017 Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2018. Berlin, Institut des Bewertungsausschusses.

Eufinger, A. (2017): Strafbarkeitsrisiken des Honorararztmodells in Krankenhäusern. MedR 35, 296-301.

FMH (2017): FMH-Ärztstatistik 2016. Tabelle 1b. Berufstätige Ärzte nach Kanton und Sektor. Im Internet abrufbar unter: https://www.fmh.ch/files/pdf21/1b._Berufsttige_rzte_nach_Kanton_und_Sektor_2016.pdf (Zugriff am: 10.10.2018)

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Amt für Gesundheit (2016): Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg. 1. Auflage, Hamburg, Januar 2016.

Gauld, R., S. Al-wahaibi, et al. (2011): Scorecards for health system performance assessment: The New Zealand example. Health Policy 103(2-3), 200-208.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2013): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. (zuletzt geändert am 11.10.2017). Im Internet abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1451/ASV-RL_2017-07-20_iK-2017-10-11.pdf. (Zugriff am: 02.02.2018)

Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein (2017): Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein, 01.01.2017.

Gibis, B., et al. (2012): The Career Expectations of Medical Students; Findings of a Nationwide Survey in Germany. Deutsches Ärzteblatt International 109(18), 327-332.

GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014): Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V, Ambulantes Operieren und sonstige stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag) vom 16. Mai 2014. Im Internet abrufbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/AOP_Vertrag.pdf. (Zugriff am: 02.02.2018)

GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018): Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus. (Stand: 14.02.2018). Im Internet verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/ambulante_krankenhausleistungen/ambulantes_operieren/aop_katalog_2018/AOP-Katalog_2018_Deckblatt.pdf. (Zugriff am: 02.02.2018)

GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017): Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Auswirkungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Kostenträger, die Leistungserbringer sowie die Patientenversorgung. (12.05.2017). Im Internet abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/asv/2017-05-12_ASV_Bericht_ans_BMG_Auswirkungen.pdf. (Zugriff am: 02.02.2018)

Hahn, U. und P. Mussinghoff (2017): Ökonomische Anreize belegärztlicher im Vergleich zu alternativen Versorgungsformen aus den Perspektiven von Krankenhaus und Vertragsarzt/Belegarzt sowie aus gesundheitssystemischer Sicht. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2017(22), 1-11.

Heller, K. (2016): Das Honorararztwesen in Deutschland - wem nutzt es, wem schadet es? Orthopädie und Unfallchirurgie - Mitteilungen und Nachrichten 5(1): 92-93.

Hemschemeier, M., et al. (2018): Knieprothesen - starker Anstieg und große regionale Unterschiede. Bertelsmann Stiftung.

Hessisches Sozialministerium (2009): Hessischer Krankenhausrahmenplan. HA Hessen Agentur GmbH, Wiesbaden, 2008.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2017): Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2018.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2018): Fallpauschalenkatalog; G-DRG-Version 2018.

Jenschke, C. (2015): Ärztliche Wahlleistungen durch Honorarärzte. GesundheitsRecht 14(3), 136-143.

Jones, K. (2016): Hospitalists: A Growing Part of the Primary Care Workforce. AAMC: Analysis in Brief 16(5).

Kane, C. (2016): Updated Data on Physician Practice Arrangements: Physician Ownership Drops Below 50 Percent. Policy Research Perspectives. A. M. Association. Washington.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Köln, Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018): Sektorenübergreifende Versorgung mit Belegärzten; Versorgung von onkologischen und hämatologischen Erkrankungen im Kompetenznetzwerk.

Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer (2011): Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland. - Positionsbestimmung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Im Internet abrufbar unter: <https://www.bv-honoraerzte.de/downloadbv/PositionspapierBAEK.pdf>. (Zugriff am: 21.01.2018)

Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband (2018): Bundesmantelvertrag – Ärzte vom 1. Januar 2018.

Kirchhoff, S. (2013): Physician Practices: Background, Organization, and Market Consolidation. Washington, Congressional Research Service.

Koch, L. M. (2012): Über den Teich geschaut: Bericht eines deutschen Unfallchirurgen über das Consultant System in England. Passion Chirurgie 10(2), Artikel 02_03.

Kocher, R. und N. Sahni (2011): Hospitals' Race to Employ Physicians - The Logic behind a Money-Losing Proposition. The New England Journal of Medicine 364(19), 1790-1793.

Landesregierung Sachsen-Anhalt: Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA. Stand 01.03.2013.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Auflage. Beltz, Weinheim

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg (2010): Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg, Beschluss der Landesregierung vom 9. November 2010.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (2010): Landeskrankenhausplan 2010.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Freistaates Thüringen (2017): 7. Krankenhausplan für den Freistaat Thüringen 2017-2022, Stand: März 2018. Im Internet abrufbar unter: https://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheits/krankenhauswesen/krankenhausplan_thueringen.pdf (Zugriff am: 21.01.2018)

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013): Krankenhausplan NRW 2015. Düsseldorf, 22.07.2013.

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland (2018): Krankenhausplan für das Saarland 2018 bis 2025. Im Internet abrufbar unter: https://saarland.de/dokumente/res_soZIALES/Krankenhausplan_2018_WEB.pdf (Zugriff am: 21.10.2018)

Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (2013): Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg, Stand: 18.06.2013. In: Amtsblatt für Brandenburg, Nummer 34, 2111-2218.

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2012): Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Stand April 2018.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2018): Niedersächsischer Krankenhausplan 2018, Stand: 1. Januar 2018 (33. Fortschreibung).

Quentin, W., D. Scheller-Kreinsen, et al. (2013): Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States. *Health Affairs* 32(4), 713-723.

Rüefli, C., E. Huegli et al. (2016): Umsetzung von Art. 55a KVG durch die Kantone. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Schlussbericht. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/rapports-de-recherche/umsetzung-art-55a-kteBuero-Vatter.pdf.download.pdf/2016.pdf> (Zugriff am: 10.10.2018)

Rüggeberg, J. (2006): Ambulantes Operieren – eine Standortbeschreibung. *Der Urologe* 45(8), 939-944.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2018): Krankenhausplan des Freistaates Sachsen, Stand: 1. September 2018 (12. Fortschreibung) vom 30. August 2018.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung: Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn/Berlin.

Schoen, C., C. Davis, et al. (2006): U.S. Health System Performance: A National Scorecard. *Health Affairs* 25(6), w475.

Scott, K., J. Orav, et al. (2017): Changes in Hospital–Physician Affiliations in U.S. Hospitals and Their Effect on Quality of Care. *Annals of Internal Medicine* 166(1), 1-8.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2015): Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin. Beschluss vom 24.11.2015.

Teske, A., N. Schäfer, und G. Ollenschläger (2010): Honorarärzte in Deutschland - Demographie, Rahmenbedingungen und Motivation - Erste Ergebnisse der Honorararztstudie. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFG)* 104(5), 426-430.

Witzel A. und H. Reiter (2012): *The Problem-centred Interview*. SAGE, London