

Fallzahlen und Erlöse in ophthalmologischen Haupt- und Belegabteilungen

Entwicklungen seit 2005

Im vorliegenden Beitrag wird auf Basis von Sekundärdaten und einer Modellrechnung untersucht, ob und wie sich der Wandel der Angebotsstrukturen in der vollstationären ophthalmologischen Versorgung – im Verhältnis zur gesamten stationären Versorgung sowie unterteilt nach Hauptabteilungen (HA) und Belegabteilungen (BA) – auswirkt. Wie haben sich Fallzahl, Bewertungsrelationen als Maß des Aufwands, Fallvergütungen und Gesamterlöse insgesamt sowie innerhalb der Abteilungstypen von 2005 bis 2012 entwickelt? Welche Tendenzen zeichnen sich ab, und welche Gründe sind dafür mutmaßlich ausschlaggebend?

Hintergrund

Die Versorgungsstrukturen der Augenheilkunde sind im Wandel begriffen. Wichtige Entwicklungen der letzten 20 Jahre in der ambulanten Medizin sind die zunehmende Verlagerung der Augenchirurgie in die ambulante Erbringung, weniger Praxen in der vertragsärztlichen Versorgung durch Konzentration der Augenärzte in Berufsausübungsgemeinschaften bzw. medizinischen Versorgungszentren, Etablierung von großen ambulanten Zentren und der Ausbau

ambulanter Behandlungskapazitäten in Krankenhäusern [1, 2, 3, 4].

Unstrittig sind auch perspektivisch stationäre Versorgungsangebote für eine suffiziente augenmedizinische Versorgung notwendig. Neben der für einige Leistungsangebote augenheilkundlich per se als stationär indizierten Versorgung kann die Krankenhausumgebung auch bei üblicherweise ambulanten Eingriffen indiziert sein: Augenpatienten sind überdurchschnittlich alt, damit häufig multimorbid und für ambulante Operationen nicht immer geeignet [5, 6, 7]. Allerdings wirkt sich die Verlagerung zu mehr ambulanter Versorgung ebenfalls auf die Strukturen der vollstationären Versorgung aus. Erste Studien befassen sich mit den Auswirkungen des Strukturwandels in der vollstationären Versorgung u. a. anhand der Entwicklung der augenmedizinischen Fallzahl bzw. der Zahl der Krankenhausabteilungen [8, 9].

Die bisherigen Analysen differenzieren nicht nach den beiden Abteilungstypen Hauptabteilungen (HA) und Belegabteilungen (BA). Die Rolle von BA jedoch ist in der Diskussion um den Strukturwandel in mehrerer Hinsicht relevant: Das Belegarztwesen ist die älteste Organisationsform der stationären Krankenhausversorgung. Bis in die 1950er Jahre hinein wurde der größte Anteil stationärer Behandlungsfälle durch freiberufliche Ärz-

te versorgt [10]. In der Person des Belegarztes – der als Vertragsarzt primär der ambulanten Medizin zugerechnet werden kann – bietet die belegärztliche Versorgung eine Verzahnung der beiden Versorgungssektoren und wird damit unmittelbar der (politischen) Forderung nach sektorenübergreifender Versorgung gerecht [11]. In der Literatur finden sich jedoch zahlreiche Hinweise auf eine rückläufige Entwicklung des Belegarztwesens u. a. in der Augenheilkunde. Allerdings wird diese Aussage bislang ausschließlich an der Entwicklung der Bettenzahlen dieses Abteilungstyps relativ zu den HA fest gemacht [11, 12, 13].

Die vorliegende Analyse befasst sich daher mit der Entwicklung versorgungsrelevanter und finanzieller Eckdaten der vollstationären Versorgung in der Augenheilkunde gesamt sowie innerhalb der beiden Abteilungstypen HA und BA. Für den Zeitraum von 2005 bis 2012 werden dazu Fallzahlen, Bewertungsrelationen, Fallvergütungen bzw. Abweichungen in den Fallvergütungen gesamt sowie stratifiziert nach Abteilungstypen auf Basis von Se-

Teilergebnisse dieser Arbeit werden zugleich im Rahmen der Jahrestagung 2014 der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) sowie der Jahrestagung 2014 der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) präsentiert.

kundärdaten dargestellt. Die Gesamterlöse werden entlang einer nachfolgend motivierten Methode zur Aggregation dieser Sekundärdaten hochgerechnet. Die Entwicklung der ophthalmologischen vollstationären Versorgung im Kontext des gesamten vollstationären Sektors und mögliche Ursachen für die jeweiligen Entwicklungen der beiden Abteilungstypen werden diskutiert.

Material und Methoden

Krankenhäuser rechnen ihre vollstationären Leistungen gegenüber gesetzlich und privat versicherten Patienten bzw. ihren jeweiligen Kostenträgern entlang den „diagnosis related groups“ (DRG) – nach einem bundesweit geltenden Fallpauschalenkatalog – ab [14]. Hauptdiagnosegruppen („major diagnostic categories“, MDC) gliedern die DRG nach dem Organsystem oder der Ursache der Erkrankung. Die DRG, ihre Legenden und Bewertungsrelationen sind im Fallpauschalenkatalog einzeln aufgeführt [14]. Berücksichtigt werden im Folgenden ausschließlich die für Augenabteilungen spezifischen DRG (führender Buchstabe „C“), die unter MDC 02 „Erkrankungen und Störungen des Auges“ zusammengefasst sind.

Haupt- und Belegabteilung

Die vollstationäre Versorgung erfolgt in 2 Abteilungstypen, den HA und den BA. In HA werden grundsätzlich alle Leistungen durch das Krankenhaus erbracht; die ärztliche Leistung erfolgt durch angestellte Ärzte. Gemäß § 18 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) sind bei der in dieser Analyse ausschließlich betrachteten klassischen Variante des Belegarztwesens die Belegärzte nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die ihre Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme von hierfür bereitgestellten Diensten, Einrichtungen und Mitteln stationär oder teilstationär behandeln. Während alle vollstationären Leistungen der HA über die HA-DRG abgegolten sind, umfasst die (niedrigere) Fallvergütung der BA-DRG nicht die Leistung des Belegarztes. Der Belegarzt stellt sein Honorar der kassenärztlichen Vereinigung (KV) nach Maß-

gabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) in Rechnung.

Datenbasis für vollstationäre Fallzahlen

Das Institut für die Entwicklung von Entgeltsystemen im Krankenhaus (InEK) veröffentlicht jährlich in der sog. Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) Daten zur Abrechnung der Krankenhäuser nach DRG. Mit der Begleitforschung sollen „Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung ... [und] die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen“ untersucht werden [15]. Die Datengrundlage der Begleitforschung umfasst sämtliche Krankenhäuser in Deutschland, die nach § 32 KHEntG zur Datenbereitstellung verpflichtet sind [16].

Die vorliegende Analyse der Fallzahlentwicklung basiert auf Daten des InEK und nicht auf Angaben des Statistischen Bundesamts, da das InEK die Fallzahlen getrennt nach Abteilungstypen und Liegedauern auswertet. Zudem fließen Verlegketten innerhalb des Krankenhauses ein: Liegt ein Patient also nur während eines (kleineren) Teils seines Krankenhausaufenthalts in der Augenabteilung, wird er – anders als bei der Diagnosestatistik des Statistischen Bundesamts – trotzdem gezählt [15].

Für die überwiegende Zahl einzelner DRG ist eine einfache Analyse der Fallzahlentwicklung aufgrund der fehlenden Kontinuität nicht möglich. Im Betrachtungszeitraum hat sich die Zahl der DRG von 24 auf 33 erhöht, und die DRG-Systematik bzw. -Legendierung wurde mehrfach überarbeitet. Eine Ausnahme stellt die häufigste ophthalmologische DRG, die C08B „Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)“ dar, deren Leistungslegende seit 2007 stabil ist; die absolute Fallzahlentwicklung für diese Leistung wird im Rahmen dieser Analyse daher ab 2007 mitbetrachtet.

Aufwand und Vergütung ophthalmologischer vollstationärer Leistungen

Zu jeder DRG benennt der ebenfalls vom InEK veröffentlichte Fallpauschalenkatalog eine sog. Bewertungsrelation [14]. Bewertungsrelationen repräsentieren den spezifischen Aufwand des Krankenhauses als Relativwert: Eine Bewertungsrelation von 1,0 entspricht dem Aufwand eines (theoretischen) durchschnittlichen vollstationären Krankenhauspatienten, eine DRG-Bewertungsrelation <1,0 repräsentiert einen relativ dazu niedrigeren, eine DRG-Bewertungsrelation >1,0 einen höheren Aufwand. Die Bewertungsrelation kommt für sog. Normallieger zur Anwendung; Die individuelle stationäre Aufenthaltsdauer dieser Patienten liegt zwischen der im Fallpauschalenkatalog zu jeder DRG spezifisch aufgeführten unteren Grenzverweildauer (UGV) und der oberen Grenzverweildauer (OGV). Unterschreitet die individuelle stationäre Aufenthaltszeit eines Patienten die UGV, wird die Bewertungsrelation um einen DRG-spezifischen tagesgenauen Abschlag reduziert, ab der OGV wird sie um einen tagesgenauen Zuschlag erhöht.

Im Fallpauschalenkatalog werden die maßgeblichen Determinanten der Vergütung – also Bewertungsrelation, UGV, OGV, Ab- und Zuschläge – für jede DRG getrennt für die Abteilungstypen HA und BA ausgewiesen. Innerhalb des Kapitels zu BA werden zusätzlich Bewertungsrelationen getrennt nach „Bewertungsrelation bei Belegoperator“ und „Bewertungsrelation bei Belegoperator und Beleganästhesist“ ausgewiesen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde in der vorliegenden Analyse nur die Kategorie „Bewertungsrelation bei Belegoperator“ für alle in BA erfolgten Versorgungen unterstellt. Davon abgesehen wurden in der Hochrechnung für alle weiteren Einflussparameter die jeweils maßgeblichen Kennwerte nach Abteilungstypen verwendet.

Die Analyse der Entwicklung der ophthalmologischen Bewertungsrelationen erfolgt anhand von 2 Kennziffern: Die ungewichtete durchschnittliche Bewertungsrelation steht für das ungewichtete Mittel der für Normallieger maßgeblichen Be-

U. Hahn · T. Neuhann · D. Mehnert · M. Ober · I. Neuhann · S. Schmickler · F. Krummenauer

Fallzahlen und Erlöse in ophthalmologischen Haupt- und Belegabteilungen. Entwicklungen seit 2005

Zusammenfassung

Hintergrund. Derzeit liegen kaum Informationen zur Entwicklung versorgungsrelevanter und finanzieller Eckdaten, differenziert nach den beiden vollstationären Abteilungstypen, den Hauptabteilungen (HA) und Belegabteilungen (BA), vor.

Ziel der Arbeit. Für die vollstationäre ophthalmologische Versorgung wurde mithilfe einer auf publizierten Sekundärdaten basierten Methode die jährliche Fallzahl- und Erlösentwicklung unter Differenzierung nach BA bzw. HA geschätzt.

Material und Methoden. Als Datenquelle dienten die jährlich publizierten Fallpauschalkataloge und Begleitforschungsdaten des Instituts für Entgeltsysteme im Krankenhaus

(InEK). Für den Zeitraum 2005–2012 wurden, stratifiziert nach Abteilungstypen, Fallzahlen gemäß „major diagnostic categories“ (MDC) und „diagnosis related groups“ (DRG) aufbereitet. Darauf basierend wurde, stratifiziert nach Abteilungstyp, eine kumulative Erlöshochrechnung über die DRG der MDC 02 „Erkrankungen und Störungen des Auges“ entlang von effektiven Bewertungsrelationen, Liegedauerverteilungen und (Bundes-)Basisfallwerten vorgenommen.

Ergebnisse. Bei steigender Gesamtfallzahl (+14%) entwickelten sich HA (+14%) und BA (–6%) im untersuchten Zeitraum in gegenläufige Richtung. Die effektive Bewertungsrelation fiel für HA um 3% auf 0,60 in 2012 und

stieg in BA um 5% auf 0,43. Im Jahr 2012 betrug die effektive Fallvergütung in HA € 1767 und in BA € 1271. Die Gesamterlöse für vollstationäre Leistungen stiegen von 549 Mio. € in 2005 auf 630 Mio. € in 2012; davon entfielen auf BA 10,6% in 2005 resp. 9,7% in 2012.

Schlussfolgerung. Innerhalb der Ophthalmologie haben BA gegenüber HA bezüglich der Indikatoren „Fallzahlen“ und „kumulative Erlöse“ an Gewicht verloren.

Schlüsselwörter

German Diagnosis Related Groups · Bewertungsrelation · Erlöse · Hauptabteilungen · Belegabteilung

Case numbers and revenues of main and affiliated ophthalmological departments. Developments since 2005

Abstract

Background. Currently, very little data exist on the development of healthcare-related and financial parameters of both types of inpatient treatment: clinical units run by affiliated physicians and those run by hospital physicians.

Aim. This study used a methodology based on published secondary data to estimate the annual number of cases and revenues for inpatient ophthalmological treatment differentiated into clinical units run by affiliated physicians and those run by hospital physicians.

Material and methods. The case-based flat-rate catalogs and accompanying research data published annually by the Institute for the Hospital Remuneration System (Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus, InEK) served as a data source. The numbers of annual cas-

es according to major diagnostic categories (MDC) and diagnosis-related groups (DRG), stratified by the unit type are reported for the period 2005–2012. The cumulative total revenues were calculated based on the number of ophthalmological cases, the effective DRG cost weighting, the length of stay and the national basic case values.

Results. Between 2005 and 2012 the units run by affiliated physicians showed a contrasting trend to those run by hospital physicians: the number of cases in units run by hospital physicians increased by 14%, while those in units run by affiliated physicians decreased by 6%. Up to 2012 the effective cost weighting for cases in units run by hospital physicians decreased to 0.60 (–3%) and increased to 0.43 (+5%) for units run by affiliated physicians. In 2012 the corresponding ef-

fective case revenue accounted for 1767 euros and 1271 euros, respectively. Total revenue estimates for all inpatient ophthalmological treatment increased from 549 million euros in 2005 to 630 million euros in 2012, while the share of units run by affiliated physicians amounted to 10.6% and 9.7%, respectively.

Conclusion. According to the indicators “number of cases” and “total revenue”, the affiliated ophthalmologists lost ground compared with inpatient units run by hospital physicians over the period from 2005–2012.

Keywords

German diagnosis-related groups · Effective cost weighting · Revenues · Hospital attending physicians · Inpatient department

wertungsrelationen über alle ophthalmologischen DRG der MDC 02. Diese durchschnittliche Kennziffer berücksichtigt jedoch 2 für das Abbild des tatsächlichen Aufwands wichtige Faktoren nicht: Zum einen haben die DRG unterschiedliche „Durchführungshäufigkeit“, zum anderen wirken sich Ab- und Zuschläge zu den Bewertungsrelationen aus. In die Kennziffer „effektive Bewertungsrelation“ fließen beide Faktoren als Wichtung ein.

Die individuelle Fallvergütung des Krankenhauses für die vollstationäre Be-

handlung eines Patienten entspricht dem Produkt der maßgeblichen Bewertungsrelation der angesetzten DRG mit dem Basisfallwert. Der Basisfallwert ist der „Preis“ für den (fiktiven) „durchschnittlichen“ stationären Fall. Bis 2004 wurden ausschließlich krankenhausspezifische Fallwerte zugrunde gelegt. Ab 2005 wurde für jedes Bundesland ein verbindlicher Landesbasisfallwert vereinbart; die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte mussten von 2005 bis 2009 an diesen angepasst werden. Zwischen 2010 und

2014 wurden dann auch die Landesbasisfallwerte innerhalb eines Korridors an einen inzwischen eingeführten Bundesbasisfallwert (§ 10 Abs. 9 KHEntG) herangeführt. In **Tab. 1** ist am Beispiel der DRG C08B („Extrakapsuläre Extraktion der Katarakt“) und dem Jahr 2012 exemplarisch die Berechnungsweise der Fallvergütungen in HA und BA für die verschiedenen Liegedauern erläutert.

Als Maß der über alle DRG der Augenheilkunde hinweg aggregierten Fallvergütung des ophthalmologischen voll-

Tab. 1 Berechnung der Diagnosis-Related-Group (DRG)-Fallvergütung nach Abteilungstyp und Liegedauer am Beispiel der DRG C08B, 2012

Diagnosis Related Group (DRG)	DRG C08B: „Extrakapsuläre Extradaktion der Linse“	
(Bundes-)Basisfallwert	€ 2964	
Abteilungstyp	Hauptabteilung	Belegabteilung
Normallieger		
– BR	0,494	0,378
– Fallvergütung	€ 1478	€ 1131
Kurzlieger		
– Abschlag von BR	–0,110	–0,068
– Fallvergütung für einen Tag weniger	€ 1138	€ 901
Langlieger		
– Zuschlag zu BR	+0,070	+0,057
– Fallvergütung für einen Tag länger	€ 1672	€ 1289
BR Bewertungsrelation.		

Tab. 2 Entwicklung der vollstationären Fallzahlen der MDC 02 nach Abteilungstyp und gesamt

	HA	BA	Summe	Anteil HA (%)	Anteil BA (%)
2005	283.554	51.032	334.586	84,7	15,3
2006	292.657	49.765	342.422	85,5	14,5
2007	294.878	51.715	346.593	85,1	14,9
2008	304.329	49.539	353.868	86,0	14,0
2009	313.706	45.562	359.268	87,3	12,7
2010	318.962	49.863	368.825	86,5	13,5
2011	319.716	50.473	370.189	86,4	13,6
2012	321.932	47.801	369.733	87,1	12,9
Veränderungen von 2005 bis 2012					
Absolut	38.378	–3231	35.147		
Prozentual	13,5	–6,3	10,5		
BA Belegabteilung, HA Hauptabteilung, MDC „major diagnostic categories“, MDC 02 „Krankheiten und Störungen des Auges“.					

stationären Patienten wird eine „effektive durchschnittliche vollstationäre ophthalmologische Fallvergütung“ ermittelt: Sie ergibt sich als Mittel aus den Produkten von maßgeblichen Bewertungsrelationen (unter Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen) und den Basisfallwerten, gewichtet über die Fallzahlen und aller DRG des MDC 02.

Hochrechnung zur Bestimmung der Gesamterlöse des Krankenhauses

Die Gesamterlöse für ophthalmologische vollstationäre Leistungen wurden als Summe über die Erlöse der einzelnen DRG ermittelt. Letztere ergeben sich als Produkt von Fallzahl und jeweils maßgeblicher Bewertungsrelation, stratifiziert nach Normal-, Kurz- und Langliegern so-

wie entsprechendem Basisfallwert (Schema in [Infobox 1](#)).

Mit Ausnahme des Basisfallwerts sind alle in die Betrachtung einfließenden Größen DRG- und abteilungsspezifisch: Die Fallzahlen nach Liegedauern (Kurz-, Normal- und Langlieger) wurden der Begleitforschung, die Bewertungsrelation sowie die Höhe des Ab- und Zuschlags für Kurz- und Langlieger dem Fallpauschalenkatalog entnommen. Im Folgenden wird vereinfachend im Sinne einer Modellannahme zur Hochrechnung für Kurz- und Langlieger nur ein einmaliger Ab- bzw. Zuschlag in der Berechnung berücksichtigt: Tatsächlich werden die Ab- und Zuschläge für Kurz- und Langlieger in den realen Krankenhausabrechnungen jeweils tagesgenau angewendet. Daten zur Verteilung oder zumindest medianen Unter- oder Überschreitungsdauer werden jedoch nicht veröffentlicht.

Zeitraum der Analyse

Die vorliegende Analyse umfasst den Zeitraum von 2005 bis 2012: Bis 2004 einschließlich ist kein übergreifendes Abbild der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser anhand eines krankenhausbereitenden Basisfallwerts verfügbar; der letzte verfügbare Berichtszeitraum zur Begleitforschung des InEK liegt für 2012 vor.

Ergebnisse

Die Gesamtzahl der abgerechneten ophthalmologischen DRG-Codierungen nach MDC 02 erhöhte sich von 2005 auf 2012 von 334.586 auf 369.733 um 11% ([Tab. 2](#)). Die Entwicklung der Fallvolumina in HA wies dabei einen deutlich positiven Trend (+14%) auf, die in BA einen negativen (–6%). Die Gesamtzahl von Codierungen der häufigsten ophthalmologischen DRG, der extrakapsulären Extradaktion der Linse (C08B), hat von 2007 auf 2012 um insgesamt 14% abgenommen, dabei in BA um 25% und in HA um 9% ([Tab. 3](#)).

Der ungewichtete Durchschnitt der ophthalmologischen Bewertungsrelationen stieg in HA von 0,79 in 2005 auf 0,85 in 2012 sowie für BA von 0,61 auf 0,68. Die effektive Bewertungsrelation unterschritt die durchschnittliche Bewertungsrelation für beide Abteilungstypen ([Tab. 4](#)): Sie fiel für HA über den betrachteten Zeitraum von 0,62 auf 0,60, zeigte zugleich für BA von 2005 auf 2012 mit Ausnahme von Höchstwerten in 2006 und 2007 bei Jahreswerten zwischen 0,41 und 0,43 einen leichten Anstieg. Das niedrigere Niveau der effektiven Bewertungsrelationen erwuchs zum einen aus der Verteilung der Fallzahlen nach DRG: So wiesen in 2012 die 3 häufigsten ophthalmologischen DRG Bewertungsrelationen auf, die unter den durchschnittlichen Bewertungsrelationen lagen. Zum anderen überwog der Anteil der Kurzlieger den der Langlieger: Über beide Abteilungstypen hatte sich der Anteil der Kurzlieger von 2005 bis 2012 von 15,9 auf 32% verdoppelt, während der Anteil der Langlieger konstant rund 4% der Patienten betrug.

Die Fallvergütung der Krankenhäuser für den „effektiven“ ophthalmologischen

Infobox 1

Ansatz zur Hochrechnung der Gesamterlöse für vollstationäre Leistungen^a

Erlösvolumen pro Diagnosis Related Group (DRG)

- Bewertungsrelation·Fallzahl
Normallieger·Basisfallwert
- + (Bewertungsrelation – Abschlag)·Fallzahl
Kurzlieger·Basisfallwert
- + (Bewertungsrelation + Zuschlag)·Fallzahl
Langlieger·Basisfallwert

Erlösvolumen über alle DRG hinweg
Ungewichtete Summe der Erlösvolumina pro DRG

^aDie Hochrechnungen wurden getrennt für Haupt- und Belegabteilung durchgeführt; alle Werte beziehen sich auf die jeweils gleiche Periode.

Fall stieg im untersuchten Zeitraum von € 1640 in 2005 auf € 1703 in 2012 um 4% (■ **Tab. 4**) für die Gesamtheit aller Abteilungen. In HA wurde in 2012 € 1767 pro Fall erzielt, entsprechend einem Anstieg um +2% gegenüber 2005. Der Anstieg in der Belegabteilung betrug +11% (2012: € 1271). Die Fallvergütung für die extrakapsuläre Extraktion der Linse (C08B; ■ **Tab. 3**) entwickelte sich von 2007 bis 2012 in HA positiv (+ € 133) und in BA leicht negativ (– € 20).

Der Unterschied zwischen den Abteilungstypen bezüglich der effektiven Fallvergütung betrug in 2012 knapp € 500 und wies im untersuchten Zeitraum erhebliche Schwankungen auf (zwischen € 654 und € 387; ■ **Tab. 4**). Die Unterschiede in den Fallvergütungen nach Abteilungen bezogen auf einzelne DRG war ferner erheblich: Unter den 10 am häufigsten abgerechneten ophthalmologischen DRG in 2012 reichte die Differenz der Fallvergütungen zwischen den Abteilungstypen von € 101 (C64Z) bis € 1135 (C06Z).

Das entlang des Schemas in ■ **Infobox 1** ermittelte kumulative Erlösvolumen für beide Abteilungstypen über alle vollstationären ophthalmologischen DRG hinweg entsprach 2005 rund 549 Mio. € (■ **Tab. 5**). Bis 2012 ist dieser Betrag um 15% auf 630 Mio. € angewach-

sen. Auf BA entfielen davon in 2005 insgesamt 58 Mio. € und in 2012 61 Mio. €; der kumulierte Anteil der BA an den jährlichen Gesamterlösen sank damit von 2005 bis 2012 von 11 auf 10%.

Diskussion

Würdigung der methodischen Vorgehensweise zur Ermittlung der Gesamterlöse

Die Darstellung des gesamten und des abteilungsspezifischen Erlösvolumens der Krankenhäuser erfolgte entlang der im Abschn. „Material und Methoden“ vorgestellten Systematik. Mit Blick auf die Limitationen in den zugänglichen Sekundärdaten als Basis der in ■ **Infobox 1** schematisierten kumulativen Hochrechnung waren jedoch Unschärfen in den Ergebnissen unvermeidbar. Während in die Darstellung des Leistungsgeschehens die vom InEK bereitgestellten Daten unmittelbar einfließen, beruhte die hier vorgeschlagene Hochrechnungsmethode zur Ermittlung der Erlöse u. a. auf folgenden vereinfachenden Annahmen:

- I. Eine Unschärfe ergibt sich aus fehlenden Daten über die tagesgenaue Verteilung der Überschreitungsdauern für Langlieger bzw. der Unterschreitungsdauern für Kurzlieger. Gleichzeitig wiesen nur 3 ophthalmologische DRG eine UGV von mehr als einem Tag auf, für alle anderen DRG entsprach der im Modell vorgenommene einmalige Abzug bei Kurzliegern der tatsächlichen Erlössituation. Höhere Unschärfe ist grundsätzlich bei Langliegern eingeflossen; allerdings war der Anteil der Langlieger im Dokumentationszeitraum mit konstanten 4% gering, der Einfluss dieser Modellannahme auf die Erlöshochrechnung ist daher als moderat einzuschätzen.
- II. In der Berechnung der Erlöse für BA wurde ausschließlich die (höhere) „Bewertungsrelation bei Belegoperateur“ und nicht die (niedrigere) „Bewertungsrelation für Belegoperateur und Beleganästhesist“ herangezogen. Es liegen keine Daten zur Verteilung der Fälle auf diese beiden Belegabteilungskonstellationen vor. Im Sin-

ne einer konservativen Schätzung des Erlösvolumens wurde für diese Hochrechnung die höhere Bewertungsrelation verwendet: Davon ausgehend, dass die Tätigkeit von Beleganästhesisten in der vollstationären Versorgung auch umgesetzt wird, ist das für die Belegabteilung ermittelte Erlösvolumen laut ■ **Tab. 5** somit systematisch überschätzt worden.

- III. Eine weitere Einflussgröße ist der verwendete Basisfallwert: Bis 2010 existierte kein einheitlicher Bundesbasisfallwert; die Landesbasisfallwerte für die Jahre 2005 bis 2009 wichen z. T. erheblich ab. Allerdings fanden sich große Abweichungen eher bei den bevölkerungsärmeren Ländern und Stadtstaaten; in Bundesländern mit hohen Anteilen an der Bevölkerung (und damit vollstationären Behandlungsfällen) war die Abweichung vom Durchschnittswert vergleichsweise gering (NRW in 2005 z. B. –2,4%, Bayern –0,5%, Baden-Württemberg +1,9%). Zudem wurde das Ausmaß der Abweichung zum Durchschnitt im Zeitablauf immer geringer. Wiesen in 2005 noch 8 Bundesländer einen Landesbasisfallwert mit Abweichung vom Durchschnitt um mindestens ±4% auf, waren es in 2009 nur noch 2. Der fehlende einheitliche Bundesbasisfallwert vor 2010 ist damit zwar eine Fehlerquelle, doch nimmt dessen Relevanz im Zeitablauf ab.
- IV. Auch der für den Zeitraum ab 2010 zugrunde gelegte (Bundes-)Basisfallwert bildet die Realität nur teilweise ab: Im Rahmen der immer noch andauernden Konvergenzphase sind abweichende Fallwerte nach Ländern zulässig. Die Variationsbreite ist jedoch (noch) geringer, als dies vor 2010 der Fall war.
- V. Der (Bundes-)Basisfallwert eines Kalenderjahrs steht häufig nicht bereits zu Jahresbeginn fest und kommt damit erst unterjährig zum Einsatz. Zudem wirken sich auf die Erlössituation der Krankenhäuser weitere Zu- und Abschläge wie etwa Transferzahlungen sowie der „case mix“ aus. Auf Basis der Krankenhausabrechnungen der Ortskrankenkassen veröffentlicht das wissenschaftliche Institut der

Tab. 3 Entwicklung von Basisfallwert sowie abteilungstypspezifische Vergütungshöhe und Fallzahl der DRG C08B^a

Zeit- raum	(Bundes-) Basisfallwert in € ^b	DRG C08B „Extrakapsuläre Extraktion der Linse“				Unterschied in der Vergütungs- höhe HA/BA
		Hauptabteilung (HA)		Belegabteilung (BA)		
		Vergütungs- höhe in €	Fallzahl	Vergütungs- höhe in €	Fallzahl	
2007	2807,00	1344,55	67.923	1150,87	29.193	-193,68
2008	2812,90	1367,07	68.446	1029,52	27.784	-337,55
2009	2894,25	1383,45	68.508	1056,40	25.107	-327,05
2010	2935,78	1435,60	65.765	1068,62	25.839	-366,97
2011	2963,82	1467,09	62.737	1102,54	23.879	-364,55
2012	2991,53	1477,82	61.797	1130,80	21.923	-347,02
Prozentuale Verän- derung von 2007 bis 2012, kumuliert		9,9	-9,0	-1,7	-24,9	

^aVor 2007 abweichende Leistungslegende, daher hier nur verkürzter Betrachtungszeitraum ab 2007 präsentiert statt des Gesamtzeitraums 2005–2012 der Untersuchung. ^bBis 2009 Durchschnitt der Landesbasisfallwerte.

Tab. 4 Entwicklung der effektiven Bewertungsrelationen und Fallvergütungen nach Abteilungstypen und gesamt^a

Zeit- raum	(Bundes-) Basisfallwert ^b	Effektive aggregierte Bewertungsrelation			Effektive Fallvergütung als Produkt der effektiven Bewertungsrelation mit (Bun- des-)Basisfallwert in Euro			
		HA	BA	Gesamt	HA	BA	Gesamt	Abweichung
2005	2802	0,62	0,41	0,59	1729	1145	1640	-584
2006	2804	0,62	0,48	0,60	1731	1344	1675	-387
2007	2807	0,59	0,45	0,57	1661	1262	1603	-399
2008	2813	0,61	0,42	0,58	1722	1169	1644	-553
2009	2894	0,60	0,42	0,58	1744	1218	1676	-525
2010	2936	0,63	0,41	0,60	1854	1199	1765	-654
2011	2964	0,60	0,41	0,57	1778	1228	1703	-551
2012	2964	0,60	0,43	0,57	1767	1271	1703	-496
Veränderung von 2005 bis 2012								
Absolut					38	126	63	
Prozentual					2,2	11,0	3,8	

^aGewichtet entlang jahresweiser Verteilung der Liegedauern (Kurz-, Normal- und Langlieger), aggregiert über alle DRG der MDC 02 sowie jährliche Fallvergütung als Produkt aus jahresweiser effektiver Bewertungsrelation und (Bundes-)Basisfallwert: jeweils abteilungsübergreifend („gesamt“) und getrennt für Hauptabteilung (HA) und Belegabteilung (BA) für den Untersuchungszeitraum 2005–2012. ^bBis 2009 Durchschnitt der Landesbasisfallwerte.

Ortskrankenkassen den Z-Bax, den Zahlbasisfallwert der Krankenhäuser [17], der regelhaft den in diesen Modellannahmen verwendeten tatsächlichen (Bundes-)Basisfallwert geringfügig unterschreitet.

Insgesamt scheint der Effekt dieser modellbedingten Unschärfen jedoch ohne Einfluss auf die qualitativ ableitbaren Aussagen zu sein: Seit 2010 veröffentlicht das Statistische Bundesamt Erlöse der Krankenhäuser nach MDC [18]. Die Abweichungen zwischen den mit der hier verfolgten näherungsweise Hochrechnung

ermittelten Gesamterlösen für vollstationäre ophthalmologische Leistungen (Tab. 5) zum entsprechenden vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Gesamtbetrag betragen für die Jahre 2010 bis 2012 zwischen +2 und -1% (Angaben Statistisches Bundesamt in 2010: 627 Mio., 2011: 621 Mio., 2012: 636 Mio.).

Entwicklung der vollstationären Augenheilkunde innerhalb des Krankensektors

Die Analyse zeigt, dass Fallzahlen und Erlösvolumen der vollstationären ophthal-

mologischen Versorgung im Kontext der gesamten Krankenhausversorgung eine zwar geringe, aber weitgehend stabile Rolle spielen. Trotz starkem und zunehmendem ambulanten Fokus des Fachs Augenheilkunde [1, 4] sowie Selektivverträgen, die eine Verlagerung von stationär nach ambulant befördert haben, ist die Gesamtzahl vollstationärer ophthalmologischer Leistungen im Betrachtungszeitraum parallel zur Gesamtfallzahl der Kliniken insgesamt gestiegen. Seit 2006 liegt der Prozentsatz vollstationärer ophthalmologischer Patienten unter allen Patienten bei durchgängig 2,1% (Tab. 2; [15]). Im Zeitablauf weitgehend stabil geblieben ist zudem der in den Kennziffern zu den Bewertungsrelationen zum Ausdruck kommende relative Aufwand des Krankenhauses für einen vollstationären ophthalmologischen Fall (Tab. 4).

Im Abgleich mit den vom Statistischen Bundesamt berichteten vollstationären Gesamterlösen zeigte sich zudem für die Jahre 2010–2012 ein konstanter Anteil von 1,1% der auf die Ophthalmologie entfallenden Gesamterlöse (Tab. 5; [18]). In der parallelen Entwicklung der für die vollstationäre Ophthalmologie maßgeblichen Parameter zu Fallzahl und Erlösvolumen bestätigt sich somit die unveränderte wichtige Bedeutung eines vollstationären Leistungsangebots der Augenheilkunde.

Spezifika der ophthalmologischen vollstationären Versorgung sind der unterdurchschnittliche Aufwand des (fiktiven) durchschnittlichen ophthalmologischen Patienten im Vergleich zum fachübergreifenden (fiktiven) vollstationären Patienten. Dies zeigen die Kennziffern zur durchschnittlichen und auch zur effektiven Bewertungsrelation, die beide merklich <1 sind (Tab. 4). Zudem ist der Anteil der Kurzlieger in der Augenheilkunde überproportional hoch: Über alle vollstationären Fälle hinweg berichtet das InEK in 2012 einen Anteil der Kurzlieger von 17% gegenüber einem Anteil der Langlieger von 6% [16].

Entwicklung nach Abteilungstypen

Diese Analyse bestätigt auf Basis von Daten für das gesamte Bundesgebiet die anderweitig auf Basis der Bettenzahl in

Tab. 5 Entwicklung des Erlösvolumens aus vollstationären ophthalmologischen Leistungen nach Abteilungstypen und gesamt^a

	Absolut (€)		Summe	Anteil (%)	
	HA	BA		HA (%)	BA (%)
2005	490.351.951	58.428.199	548.780.151	89,4	10,6
2006	508.527.147	62.015.754	570.542.902	89,1	10,9
2007	507.990.092	66.526.501	574.516.592	88,4	11,6
2008	523.487.546	58.078.150	581.565.697	90,0	10,0
2009	530.283.075	56.601.244	586.884.318	90,4	9,6
2010	556.276.766	58.614.589	614.891.354	90,5	9,5
2011	566.796.809	61.956.909	628.753.717	90,1	9,9
2012	568.928.213	60.772.474	629.700.687	90,3	9,7
Veränderung von 2005 bis 2012					
Absolut	78.576.261	2.344.275	80.920.536		
Prozentual	16,0	4,0	14,7		

*BA Belegabteilung, HA Hauptabteilung.*Kumuliert über alle DRG der MDC 02 unter Berücksichtigung von maximal eintägig angenommenen Abschlägen bzw. Zuschlägen für Kurz- bzw. Langlieger.*

der Literatur berichtete abnehmende Bedeutung der BA im Vergleich zu HA [11, 12, 13]. Die ophthalmologischen BA wiesen zwischen 2005 und 2012 einen abnehmenden Anteil an allen vollstationären Fällen (von 15 auf 13%; **Tab. 2**) und Erlösen (von 11 auf 10%; **Tab. 4**) auf. Die absolut und relativ abnehmende Bedeutung der BA nach Fallzahlen zeigt sich auch und gerade bei der mengenmäßig wichtigen DRG C08B (Extraktionskapsuläre Extraktion der Katarakt), die ebenfalls unter dem Einfluss von Selektivverträgen besonders deutlich von der Verlagerung aus der stationären in die ambulante Versorgung betroffen ist ([1, 5]; **Tab. 3**): Die Verlustrate der BA überstieg die der HA hier sogar um das Dreifache.

Die rückläufige Entwicklung der Fallzahlen in den BA verschärft die Asymmetrie zwischen den Abteilungstypen: Eine deutlich größere Zahl an BA versorgt eine vergleichsweise geringere Zahl an vollstationären Patienten. Laut einer aktuellen Quelle gab es in 2010 in Deutschland 36 Universitätskliniken, 68 nichtuniversitäre Augenkliniken sowie über 200 weitere Kliniken mit augenheilkundlichen BA [9]. In 2010 entfielen also auf 34% der Augenabteilungen, nämlich die HA, 87% der Fälle (**Tab. 2**), während die anderen 66% belegärztlich geführten Augenabteilungen nur 13% der Fälle auf sich vereinigten. Auf die durchschnittliche HA entfielen damit in 2010 etwas über

3000 Fälle/Jahr, auf die durchschnittliche BA 250 Fälle.

Im Zeitverlauf 2005–2012 schnitten die BA bezogen auf die Parameter „effektive Bewertungsrelation“ und „effektive Fallvergütung“ geringfügig besser ab als die HA: Die Entwicklung der effektiven Bewertungsrelationen bzw. Fallvergütungen im Abgleich der Abteilungstypen zueinander verlief im betrachteten Zeitraum nicht monoton oder gar proportional (**Tab. 4**). Deutliche Variationen mit erheblicher Aufwertung der belegärztlichen Bewertungsrelationen sind insbesondere im Nachgang zum Jahr 2006 festzustellen. In 2006 wurde die DRG-Systematik stark verändert: Sechs DRG wurden neu gefasst, 6 alte DRG entfielen; Leistungsinhalte wurden z. T. auf die neuen DRG, z. T. aber auch auf andere alte DRG verteilt. Jenseits dieser Ausnahme der Jahre 2006 und 2007 realisierten die BA über die 7 Jahre einen Zuwachs in der effektiven Bewertungsrelation und einen höheren Anstieg in der effektiven Fallvergütung (**Tab. 4**). Unter Berücksichtigung des Kaufkraftverlusts laut Statistischem Bundesamt im gleichen Zeitraum (Verbraucherpreisindex in 2012 zum Basisjahr 2005: 112,19) ist der reale Wert der effektiven Fallvergütung in der BA damit in etwa konstant geblieben, in der HA sogar abgefallen.

Attraktivität von BA aus dem Blickwinkel von Krankenhaus und Vertragsarzt

Eine mögliche Ursache für die rückläufigen Fallzahlen der BA könnte mangelnde Attraktivität dieser Abteilungsform für Krankenhausträger sein. Tatsächlich sind BA ungeachtet der (marginal) besseren Entwicklung der Fallvergütung im Zeitablauf aus dem betriebswirtschaftlichen Blickwinkel des Krankenhausträgers weniger attraktiv als eine HA: Die effektive Fallvergütung der BA unterschreitet die der HA im gesamten Betrachtungszeitraum durchgängig um rund 30%, die Abweichung in 2012 betrug 28% oder annähernd € 500. Zudem ist das in BA faktisch darstellbare Leistungsspektrum deutlich geringer als das in einer HA. Im EBM haben insbesondere komplexere vollstationäre Leistungen kein Pendant [19], sodass Belegärzte für diese Leistungen nicht honoriert werden. Regelmäßig mit hohen Bewertungen ausgestattete DRG kommen daher in BA nicht zur Abrechnung.

Eine im Sinne höherer Erlöse folgerichtige Strategie von Krankenhausträgern mit mehreren Einrichtungen in einer Region wäre daher, ophthalmologische vollstationäre Fälle in einer HA zu bündeln und auf BA zu verzichten. Soweit Krankenhäuser jedoch nicht über diese Option verfügen, ist der Erhalt der BA zur Abrundung des Leistungsangebots und der Sicherung der damit verbundenen Erlöse sinnvoll. Tatsächlich hielten in 2011 insgesamt 15% der Krankenhäuser eine Augenabteilung vor; das Fach Augenheilkunde war damit trotz geringer vollstationärer Fallzahlen relativ häufig vertreten.

Eine unzureichende Honorierung des Belegarztes wird vielfach als eine Ursache dafür diskutiert, dass das Interesse der Vertragsärzte an belegärztlicher Tätigkeit nachlässt [10, 12, 20]. Tatsächlich lässt sich auf Basis der Daten dieser Analyse eine Disparität im Vergütungssystem von Krankenhäusern und der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Belegärzte erkennen: Ein wichtiger Faktor für die abteilungsspezifische Abweichung der Fallvergütung ist, dass in der BA-DRG die ärztliche Vergütung nicht enthalten ist. Der Belegarzt als Vertragsarzt erhält sein Honorar über die KV nach Maßgabe des

EBM. Die zu erwartende Parallelität des belegärztlichen Honorars nach EBM und der Differenz im Vergütungsvolumen der beiden Abteilungstypen ist jedoch nicht gegeben. Ein umfassender Vergleich des über die Fallvergütung der HA abgebildeten Vergütungsniveaus für die ärztliche Leistung mit dem über das EBM-System gezahlten Honorar an den Belegarzt muss zwar aufgrund der Vielzahl der Faktoren (abweichende Vergütungssystematiken, abweichende Leistungsinhalte von DRG- und EBM-Positionen, Einflussfaktoren der Kalkulation, pauschale Kalkulation der Fallvergütungshöhe vieler belegärztlicher DRG) einer eigenen Untersuchung vorbehalten sein, die mit der obigen Analyse abgeleiteten Daten lassen jedoch erkennen, dass die finanziellen Rahmenbedingungen der beiden Vergütungssysteme zulasten der Belegärzte nicht durchgängig harmonisiert sind.

- Es besteht eine weitgehende Vergleichbarkeit bezogen auf DRG- und EBM-Vergütungssysteme für die extrakapsuläre Extraktion der Katarakt (DRG: C08B, EBM 36350 und 36351; [19]). Die Differenz von HA- und BA-Fallvergütung betrug in 2012 € 347 (■ **Tab. 3**), nach EBM wurden zum Punktwert von € 0,035 Belegärzten jedoch nur € 211 gezahlt. Für abweichende patientenbezogene Schwierigkeitsgrade und damit einhergehendem höherem ärztlichen Zeitbedarf als möglicher Ursache der Diskrepanz gibt es keine Evidenz [21].
- Die Vergleichbarkeit zwischen DRG und EBM ist, bezogen auf andere Leistungen, sehr viel problematischer. Aber auch hier gibt es Anhaltspunkte für eine relative Schlechterstellung des Belegarztes: Die für belegärztliche Leistung am höchsten bewertete EBM in 2012 (36315, „Intraocularer Eingriff der Kategorie V5“) löst ein Honorarvolumen von € 329 aus. Diese EBM-Ziffer korrespondiert in der Systematik des Operationen- und Prozedurenschlüssels mit der DRG C03C; die Differenz der Fallvergütung zwischen den beiden Abteilungstypen für diese DRG betrug in 2012 € 942.

Eine mögliche Ursache für die geringere Vergütung nach EBM mag in der zeitlichen Dynamik des KV-Vergütungssystems zu suchen sein: Für den vollstationären Sektor erhebt das InEK jährlich die Kosten in ausgewählten Krankenhäusern, die dann zeitnah durch geänderte Bewertungsrelationen im Fallpauschalenkatalog bzw. (steigenden) Basisfallwert berücksichtigt werden. In diesen Ansätzen schlagen sich auch die gestiegenen Krankenhauskosten etwa aufgrund der höheren Gehälter für Krankenhausärzte nieder [22]. Hingegen wurde der EBM nach ursprünglich betriebswirtschaftlicher Grundkalkulation in 1998 primär normativ angepasst, eine systematische Berücksichtigung steigender Betriebskosten ist genau so wenig eingepreist wie eine Steigerung der Arzthonorare. Vom Bundesverband der Belegärzte geforderte Zuschläge speziell für belegärztlichen Leistungen wurden in der Vergangenheit von den Selbstverwaltungsgremien nicht umgesetzt [10].

Aus dem Blickwinkel von Vertragsärzten haben BA im Zuge der Verlagerung mengenmäßig bedeutender ophthalmologischer Operationen aus der stationären in die ambulante Versorgung an Relevanz verloren. Viele vertragsärztliche Augenchirurgen, die vormals ausschließlich als Belegärzte in Krankenhäusern operieren konnten, haben ihre chirurgische Tätigkeit in ambulante Operationszentren verlagert [23]. Belegabteilungen haben damit an Bedeutung als zentraler Kristallisationspunkt chirurgischer Tätigkeit verloren. Bei einer belegärztlichen Tätigkeit muss sich der Vertragsarzt zudem nicht nur den administrativen und arbeitsorganisatorischen Gegebenheiten der Klinik unterordnen; die Betreuung vollstationärer Patienten ist mit zusätzlichem Zeitaufwand für die Fahrten zur Klinik im Rahmen der eigentlichen Operation und der Nachbetreuung verbunden.

Trotz vergleichsweise schlechter Entlohnung und guter Alternativen für die operative Tätigkeit hat gleichzeitig die Zahl der augenchirurgischen Belegärzte jedoch nicht ab-, sondern sogar leicht zugenommen [1]. Dies kann als Indiz für die Bedeutung gewertet werden, die vertragsärztliche Ophthalmochirurgen dem vollstationären Leistungsangebot zur Abrun-

dung eines umfassenden Versorgungsspektrums zumessen [24].

Nutzen der verschiedenen Abteilungstypen aus dem Patientenblickwinkel

Die Berechtigung von Versorgungsstrukturen ist abhängig von dem Beitrag, den sie aus der Perspektive des Patienten leisten. Beide Abteilungstypen, HA und BA, sind Anbieter vollstationärer Versorgung und damit grundsätzlich substituierbar. Das zeigt auch der Blick auf andere Gesundheitswesen: Während in Deutschland die Versorgung durch hauptamtlich am Krankenhaus angestellte Ärzte die Regel ist, arbeiten andere Gesundheitswesen (z. B. in USA und Italien) primär mit dem deutschen Belegarztwesen entsprechenden Strukturen.

Eine wichtige Leistung des Belegarztwesens besteht darin, dass der Patient über die Sektorengrenze ambulant/stationär begleitet wird: Belegärzte behandeln typischerweise – anders als HA – ihre eigenen Patienten im Krankenhaus. Die Identität des Arztes im Behandlungsprozess ist damit gewährleistet [10, 20]. Hauptabteilungen bieten zwar zunehmend auch ambulante Leistungen an [4], diese umfassen in der Regel aber nicht die gesamte Versorgungskette, einschließlich der „hausaugenärztlichen“ Betreuung, sondern sind auf anlassbezogene weiterführende Diagnostik und Therapie beschränkt.

Die Ophthalmologie gehört zu den Fächern, die im Zuge des demografischen Wandels deutlich stärker gefordert sein werden [5]; die Zahl alter Patienten mit augenmedizinischem Bedarf wird steigen. Die rund 110 ophthalmologischen HA können allein ein flächendeckendes Angebot nicht bieten. Hinzu kommt, dass BA meist an kleineren (ländlichen) Allgemeinkrankenhäusern angesiedelt sind [25].

Die HA weisen im Regelfall breitere Leistungsspektren als BA auf. Das bezieht sich sowohl auf angebotene Diagnostik und Therapie als auch auf Spezialisierungen der Ophthalmologen und des Pflegepersonals sowie Präsenzzeiten. Nur wenige BA sind aktuell ähnlich breit aufgestellt: Diese „faktischen HA“ gehören typischerweise zu großen ambulanten

Zentren und setzen Sonderverträge voraus, mit denen die Limitationen des EBM kompensiert werden. Im Sinne einer umfassenden und komplexen Patientenversorgung jedoch ist das vorwiegend an HA vorgehaltene breitere Leistungsspektrum unabdingbar.

Ausblick: Perspektiven für ophthalmologische Belegabteilungen

Die Relevanz des Belegarztwesens als intersektorale Versorgungsform haben auch in jüngster Zeit Politik, Wissenschaft und Ärzteschaft immer wieder bestätigt [26, 27]. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen führt in seinem Sondergutachten 2012 zu Wettbewerb an den Sektorengrenzen im Belegarztssystem aus, dass sich „die Idee einer sektorenübergreifenden Behandlung durch Niedergelassene im Rahmen stationärer Behandlung keinesfalls überlebt“ hat: Es sei ein Beispiel für eine existierende intersektorale Verzahnung der Leistungserbringung, das die „Qualität der Leistungserbringung steiger(t) sowie auch der Arzt-Patienten-Beziehung entgegen komm(t) ...“ [11].

Eine neuere Entwicklung zeigt eine weitere Facette des Belegarztwesens auf: Der Belegarztstatus kann Nukleus für neue Kooperationsformen zwischen klassischem ambulanten und klassischem stationären Sektor sein [24, 28]: Vertragsärztliche Berufsausübungsgemeinschaften siedeln – an die BA andockend – ihre ambulanten konservativen und operativen Standorte am Krankenhaus an und erbringen Augenheilkunde über die ganze Breite des Fachs und alle Versorgungsformen als „Shop-in-Shop“-Lösung am Krankenhaus. In beiden Fällen – der klassischen BA und der BA als Andockstelle für ein erweitertes vertragsärztliches Angebot innerhalb von Krankenhäusern – sichert das Belegarztwesen die Verzahnung in der Patientenversorgung. In Anbetracht der ohnehin vergleichsweise geringen Zahl an Augenabteilungen bei gleichzeitig im demografischen Wandel stark wachsenden Versorgungsbedarf sind BA zudem in zunehmendem Maß wichtig, um eine flächendeckende augenmedizinische vollstationäre Versorgung abzubilden [5].

Auffällig ist bei dieser Rolle innerhalb der entsprechenden aktuellen Diskussionen um demografischen Wandel und die daraus erwachsenden Anforderungen an die Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem jedoch, dass trotz des betonten Versorgungspotenzials einerseits und der vorhandenen quantitativen Relevanz in der vollstationären Versorgung derzeit noch kaum wissenschaftliche Literatur zur Entwicklung und den Leistungen des Belegarztwesens verfügbar ist. Die rückläufige Entwicklung dieses Versorgungsbereichs mag vor diesem Hintergrund neben den oben diskutierten Aspekten auch auf (zu) geringe öffentliche Aufmerksamkeit zurückzuführen sein. Zu befürchten ist, dass ohne Änderung der aus dem Blickwinkel von Krankenhäusern und von Vertragsärzten kritischen Rahmenbedingungen nicht mit einer Erholung des klassischen Belegarztwesens zu rechnen ist und damit das unmittelbare Versorgungspotenzial sowie das Potenzial für sektorenübergreifende Versorgung perspektivisch verloren gehen.

Fazit für die Praxis

Über den Zeitraum 2005–2012 ist die Bedeutung der vollstationären Augenheilkunde im Kontext der gesamten deutschen Krankenhausversorgung gering, aber weitgehend stabil. Spezifika sind der niedrige Aufwand des ophthalmologischen Falls und der hohe Anteil an Kurzliegern. Zwischen den Abteilungstypen – HA und BA – driften Fallzahlen und Erlöse auseinander: Die kleinere Gruppe der HA entwickelte sich, anders als die BA, bezogen auf die Parameter „Fallzahlen“ und „Erlöse“ positiv, in 2012 entfielen auf sie rund 87% der Fälle und 90% der Erlöse. Trotz vielfach betonter Versorgungsrelevanz der BA zeigten sich die entsprechenden Entwicklungen für diese ungünstig.

Korrespondenzadresse

Dr. U. Hahn
Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 50,
58448 Witten-Herdecke
Ursula.Hahn@uni-wh.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. U. Hahn, T. Neuhann, D. Mehnert, M. Ober, I. Neuhann, S. Schmickler und F. Krumenauer geben an, dass keine finanziellen oder sonstigen Interessenkonflikte zu den in der Arbeit präsentierten Inhalten bestehen. Die in der Arbeit enthaltenen Ergebnisse wurden im Rahmen der Jahrestagungen 2014 der Deutschen Gesellschaften für Ophthalmologie (DOG) und für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) auf der Basis von zitierbaren „abstracts“ präsentiert.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Amelung V et al (2012) Sehen im Alter; Versorgungsstrukturen und -herausforderungen in der Augenheilkunde. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
2. Hahn U (2013) Anstellung wird zur wichtigen Variante; Trends bei den Organisations- und Tätigkeitsformen in der ambulanten Augenheilkunde. Ophthalmol Nachricht 6:22
3. Hahn U (2008) Neue Organisationsformen in der Augenheilkunde. In: Biermann H (Hrsg) Augenheilkunde in Deutschland; Bericht zur Lage eines Faches. Biermann, Köln, S 67–72
4. Reinhard T, Roeder J, Kampik A (2013) Krankenhäuser haben Schlüsselstellung; Leserbrief zu „Augenheilkunde: weitgehend ambulante Versorgung“ Buchbesprechung von Ursula Hahn in DÄ 35–36/2013. Dtsch Arztebl 110(43):A2025–A2027
5. Wille E, Popp M (2012) Die Bewertung von Kataraktoperationen aus gesundheitsökonomischer Sicht. Gutachten im Auftrag des Bundesverbandes Deutscher Ophthalmochirurgen e. V. (BDOC). <http://www.bdoc.info/pdf/gutachten-augenaerzte-maerz-2012x.pdf>
6. Wolfram C (2013) Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Augenheilkunde. Z Prakt Augenheilkd 34:113–116
7. Ziemssen F, Röck D (2013) Zukunft der Augenheilkunde? Zahlen und Fakten. Z Prakt Augenheilkd 34:457–461
8. Finger RP et al (2013) Entwicklung der stationären augenärztlichen Versorgung in Deutschland. Ophthalmologie 110(3):224–229
9. Wolfram C, Pfeiffer N (2012) Weißbuch zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland. http://www.dog.org/wp-content/uploads/2013/03/DOG_Weissbuch_2012_fin.pdf
10. Schalkhäuser K (2009) Die belegärztliche Versorgung in Deutschland. <http://www.bundesverband-belegaeerzte.de/download/files/1259156115-1674/download/Analyse.doc>
11. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012) Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. In: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg) Sondergutachten 2012. Bonn
12. Clade H (2011) Belegärzte; zerrieben zwischen ambulant und stationär. Dtsch Arztebl 108(5):A200–A202
13. Statistisches Bundesamt (o J) Grunddaten der Krankenhäuser; Fachserie 12 Reihe 6.1 (jährliche Erscheinungsweise). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

14. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg) (o J) Fallpauschalen-Katalog (jährliche Erscheinungsweise). Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Siegburg
15. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg) (o J) Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG (jährliche Erscheinungsweise). Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Siegburg
16. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg) (2013) Daten zum G-DRG-System; Auswertung der Datenbereitstellung gem. §21 KHEntG zum Zweck der Begleitforschung gem. §17b Abs. 8 KHG. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Siegburg
17. Klauber J et al (2013) Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? In: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg) Krankenhaus-Report. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, Berlin
18. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (o J) Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Fachserie 12 Reihe 6.4. (jährliche Erscheinungsweise). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
19. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg) (2012) Einheitlicher Bewertungsmaßstab Stand 2012. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
20. Schmitz RW (2011) Honorar- und belegärztliche Tätigkeit des niedergelassenen Chirurgen. *Passion Chir* 1(10):04_01
21. Hahn U et al (2012) Patientenmerkmale und Ergebnisqualität der Kataraktchirurgie – Ergebnisse aus einer Registerdatenbank. In: D.O. Gesellschaft (Hrsg) *Der Ophthalmologe – Abstracts zum 110. Kongress der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft e. V.* S 108
22. Neubauer G (2014) Die ökonomische Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland. *Gesundheitsökonom Qualitätsmanage* 19:26–35
23. Reuscher A (2008) Die ambulanten OP-Zentren. In: Biermann H (Hrsg) *Augenheilkunde in Deutschland, Bericht zur Lage eines Faches.* Biermann, Köln, S 115–118
24. Buchholtz N et al (2014) Sektorengrenzen erfolgreich überwinden: eine empirische Untersuchung am Beispiel der ambulanten Augenchirurgie. *Monitor Versorgungsforsch* 1:34–39
25. Augurzky B et al (2010) Krankenhaus Rating Report 2010, Licht und Schatten. In: RWI Materialien. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen
26. Meißner M, Rieser S (2009) 115. Deutscher Ärztetag; kooperative Versorgungsstrukturen. *Dtsch Arztebl* 109(22–23):A1136–A1140
27. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) Bedarfsgerechte Versorgung Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. In: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) *Gutachten 2014.* Bonn
28. Hahn U et al (2013) Sektorenübergreifende Kooperation: Es gibt sie schon. Umsetzung und Versorgungsrelevanz am Beispiel der ambulanten Augenchirurgie. *Gesundheit Sozialpol* 6:54–59