Dominika Urbanski M.Sc.
Dr. rer. medic. Ursula Hahn
Dr. med. Kristian Gerstmeyer
Dr. rer. pol. Franziska Püschner
Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung

# Das Belegarztwesen: Eine Einschätzung aus dem Blickwinkel von Arzt und Krankenhaus am Beispiel der Augenheilkunde

## Zusammenfassung

Das Belegarztwesen ist als eine sektorenübergreifende Versorgungsform, die vielerorts fest in der Versorgungsstruktur verankert ist, ein etablierter Prototyp für integrierte Versorgung. Doch auch wenn das Belegarztwesen in den Zeitgeist und zur Forderung nach sektorenübergreifender Versorgung passt, die Entwicklung ist deutlich rückläufig. Die vorliegende qualitative Studie hatte zum Ziel, das Belegarztmodell in der Versorgungsrealität zu untersuchen und in diesem Zuge Faktoren herauszuarbeiten, die eine rückläufige Tendenz erklären können. Zur Datengewinnung wurden Expertengespräche mit Belegärzten der Augenheilkunde und Klinikleitern geführt. Zentrale Ergebnisse der Untersuchung sind das große Potential, das dem Belegarztwesen für qualitative medizinische und wirtschaftlich effiziente Versorgung von Patienten zugesprochen wird sowie die Existenz primär ordnungspolitischer und organisatorischer Hürden.

## Schlüsselwörter

Belegarztwesen, sektorenübergreifende Versorgung, Belegabteilung, Augenheilkunde, qualitative Interviews, Krankenhausperspektive, Belegarzt-Perspektive

Das Belegarztwesen ist eine langjährig etablierte Form integrierender wie sektorenübergreifender Versorgung (Hahn et al., 2015a, 2015b; Wienke und Mündnich, 2011). Beide Versorgungsansätze sind auch aktuell im Fokus der deutschen Politik: (Mehr) integrierte Versorgung wird seit nunmehr fast 20 Jahren immer wieder gefordert (Mühlbacher et al., 2006). Der Innovationsfonds, der im Versorgungsstärkungsgesetz vom 10.06.2015 in deutsches Gesetz überging, sieht 225 Millionen Euro pro Jahr vor, um „neue Versorgungsformen, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden“ zu fördern (Deutscher Bundestag, 2015). Im klassischen Verständnis des Belegarztwesens behandelt ein primär vertragsärztlich/ambulant tätiger Arzt seine Patienten unter Verwendung stationärer Ressourcen in einem Krankenhaus in einer Belegabteilung. Hierfür hat der Belegarzt einen Vertrag mit dem Krankenhaus, die Infrastruktur (inklusive Personals) im Krankenhaus nutzen zu dürfen. Belegarzt und Krankenhaus werden unabhängig voneinander vergütet. Während der Belegarzt seine Tätigkeit über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnet, erhält das Krankenhaus eine sogenannte Belegarzt-DRG.

>> Auch wenn das Belegarztwesen in den Zeitgeist und zur Forderung sektorenübergreifender Versorgung passt, die Entwicklung ist deutlich rückläufig. Eine Untersuchung der Fallzahlen, Betten und Ärzte in Haupt- und Belegabteilungen von Hahn et al. (2015b) zeigt für den Zeitraum 2005 bis 2012 bei allen Parametern rückläufige Trends. Waren im Jahr 2000 noch 6.424 Ärzte als Belegärzte tätig, so gab es 2014 nur noch 5.324 Belegärzte in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2015b). Auch die Anzahl der Behandlungen im GKV Bereich sank von fast 1,6 Millionen Behandlungen im Jahr 2000 um mehr als die Hälfte auf nur noch ca. 650.000 im Jahr 2014 (Statistisches Bundesamt, 2015a).

Die vorliegende qualitative Studie hatte zum Ziel, die Versorgungsrealität des Belegarztmodells besser zu verstehen und in diesem Zuge Faktoren herauszuarbeiten, die eine rückläufige Tendenz erklären können. Welche Rahmenbedingungen unterstützen und welche hindern die Umsetzung des Belegarztmodells? Die Untersuchung erfolgte am Beispiel der Augenheilkunde.

## Methodik

Trotz der langjährigen Historie des Belegarztwesens in der deutschen Versorgungslandschaft gibt es bislang laut unserem Wissen keine Studien, die die Perspektiven relevanter Stakeholder im Detail untersuchen. Mit dem Ziel, diese Wissenslücke zu schließen, wurden semi-strukturierte qualitative Experteninterviews mit zentralen Akteuren – Belegärzten sowie leitenden Angestellten der Klinikverwaltung – durchgeführt.

### Ansatz

Für die Beantwortung des Forschungsinteresses wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Die Daten wurden anhand von leitfadengestützten Interviews erhoben. Der Vorteil liegt darin, dass gleichzeitig mehrere a priori erarbeitete Themen angesprochen werden, jedoch die Offenheit der Gesprächsführung nicht aufgegeben wird (Gläser und Laudel, 2010). Dafür wurden aus der Literatur deduktiv potentiell relevante Kategorien herausgearbeitet, die in den Interviewleitfaden einflossen. Die herausgearbeiteten potentiell relevanten Kategorien waren: Motivation und die Erfahrungen mit dem Belegarztwesen, der wahrgenommene Nutzen des Belegarztwesens für die Versorgung der Patienten, die strategische und finanzielle Relevanz des Belegarztwesens sowie die wahrgenommene Zukunftsaussicht dieser Versorgungsform (vgl. Tab. 1).

### Teilnehmerauswahl

Insgesamt wurden acht Interviews durchgeführt, davon jeweils vier mit mindestens einem Belegarzt und vier mit leitenden Angestellten der Klinikverwaltung. Es handelte sich dabei jeweils um Paarungen von Belegärzten und Verwaltungsleitern einer Klinik. Diese Paarungen erlaubten es, die Versorgungsrealität aus beiden Perspektiven der intersektoralen Kooperation zu betrachten. Einige Interviews wurden mit mehr als einem Belegarzt geführt, wenn aus der Berufsausübungsgemeinschaft mehrere Ärzte teilnehmen wollten. Dies war gewinnbringend, da im Interaktionsprozess Thematiken aufkamen, die vielleicht ohne diesen verborgen geblieben wären.

| Themenfelder des Interview-Leitfadens | | Erkenntnisinteresse der Untersuchung |
|---|---|---|
| **Themenfeld 1** | Motivation | Pfadabhängigkeit / Bandbreite des Fachs / Selbstständigkeit / Reputation |
| **Themenfeld 2** | Versorgung der Patienten | |
| **Themenfeld 3** | Strategische Relevanz des Belegarztsystems | Auslastung / Größe der belegärztl. Praxis / Geographische Nähe / Effizienz / Interesse des Krankenhauses / Finanzierungsproblematik |
| **Themenfeld 4** | Finanzielle Relevanz des Belegarztsystems | Gemeinsame Ziele / Kommunikation / Management der operativen Schnittstellen / Unklare Zuständigkeiten / Finanzieller Druck / Ineffizienz und Arbeitsweisen |
| **Themenfeld 5** | Ausblick | |

***Tab 1:*** Themenfelder des Interview-Leitfadens. Erkenntnisinteresse der Untersuchung – induktiv erarbeitete Kategorien und Subkategorien. Quelle: Eigene Darstellung, inav GmbH, 2015.

Als Interviewteilnehmer wurden belegärztlich tätige Augenärzte großer augenchirurgischer Zentren ausgesucht. Die Zusammenstellung der Studienteilnehmer erfolgte basierend auf dem Prinzip der willkürlichen Auswahl, d.h., es wurden Teilnehmer ausgewählt, auf die man leicht Zugriff hatte, z.B. weil sie sich freiwillig bereit erklärten (Sim und Wright, 2006). Die Stichprobe ist damit nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation der Belegärzte. Die Ansprache erfolgte über den Auftraggeber der Studie, OcuNet, einem verbandlichen Zusammenschluss großer augenchirurgischer Zentren, die überwiegend auch an Belegabteilungen tätig sind (www.ocunet.de). Da die Teilnehmer freiwillig partizipierten und daher ein gewisses Interesse für das Thema hatten, war es möglich, sehr offene und tiefgehende Gespräche zu führen. Auf eine Darstellung weiterer Charakteristika der Teilnehmer wird auf Grund der geringen Teilnehmerzahl verzichtet.

**Interviewablauf und Auswertung**

Die Interviews wurden meist in den Büro- bzw. Praxisräumen der interviewten Personen durchgeführt. Vorweg mussten die Interviewten eine Einverständnis- und Datenschutzerklärung unterschreiben. Die Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Die Dauer der Interviews betrug im Durchschnitt etwa eine Stunde. An den Interviews nahmen neben der Interviewerin des inav und den Interviewten auch die Geschäftsführerin der OcuNet Gruppe teil. Die Auswertung erfolgte basierend auf der Transkription der Audioaufnahmen und den Gesprächsnotizen der Interviewerin. Zunächst wurden grobe Kategorien, die von den Teilnehmern angesprochen wurden, identifiziert. Anschließend, in der Phase des fokussierten Codierens, wurden die primären Codes bzw. Themen zu größeren Themengebieten zusammengefasst.

Im Zuge der Auswertung ergab sich, dass die Narrationen ein zentrales Themengebiet hervorbrachten, welches die zuvor definierten Kategorien nicht abbildeten: Intersektorale Zusammenarbeit. Außerdem fiel auf, dass bei den Ärzten der Aspekt Motivation für das Belegarztwesen stark mit dem eigenen Selbstbild zusammenhing, weshalb das Themenfeld um diesen Aspekt ergänzt wurde. Zudem wurden strategische und finanzielle Aspekte zu einem Themengebiet zusammengefasst, da diese Trennung bei den Interviews nicht deutlich wurde (vgl. Tab. 1).

## Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse entlang der zentralen Themengebiete dargestellt. Obwohl Probleme in der alltäglichen Aufrechterhaltung und dem Ausleben des Belegarztsystems erwähnt wurden, waren in den hier untersuchten Paarungen prinzipiell beide Akteursgruppen Befürworter des Belegarztsystems, wobei die Einschätzung bei einer Paarung weniger positiv ausfiel.

**Motivation und Selbstbild**

***Pfadabhängigkeit***

Aus Perspektive der Kliniken ist es vor allem die langjährige Zusammenarbeit, die den Weg für das Belegarztsystem ebnet. Die Verwaltungsleiter gingen auf diesen Aspekt stärker ein als die Ärzte, die diese Thematik indirekt über die Angst vor Veränderungen in der Zukunft äußerten. Zentral sei die Kontinuität der Zusammenarbeit. Aus gemeinsamen Erfahrungen erwachsen Routinen und Vertrauen, die es erlaubten, dass sich das System etabliert. Dort, wo die Kooperation zu stocken schien, hatte das Krankenhaus bislang weniger Erfahrungen mit dem Belegarztwesen gemacht.

*„Und weil die Qualität unserer Abteilung hoch ist, glaube ich, schätzt man uns. Und auf Grund unserer Kontinuität."*

***(Arzt)***

***Bandbreite des Fachs***

Den Belegärzten war wichtig, dass das Belegarztwesen ihnen ermöglicht, Patienten über die Sektorengrenzen hinweg zu versorgen. Außerdem können Ärzte ihr Tätigkeitsspektrum um stationäre operative Eingriffe erweitern.

*„In der ambulanten Versorgung müsste ich bei dem ein oder anderen Fall sagen: Stopp, jetzt muss der Patient in ein Krankenhaus, weil er engmaschiger kontrolliert werden muss (…), durch die Belegabteilung habe ich die Möglichkeit, den Patienten weiter zu betreuen."*

***(Arzt)***

Die Ärzte bewerten die Tätigkeit als Belegarzt als anspruchsvoll. Sie erlaube ihnen, in ihrem Fach auf höchstem Niveau zu arbeiten und fordere viel von ihnen. Der Anspruch an die eigene Arbeit, diesen Herausforderungen gerecht zu werden, zeigte sich als ein wichtiger motivierender Faktor.

***Selbstständigkeit***

Belegärzte wollen auf hohem Niveau, effizient und intersektoral – aber eigenständig und selbstbestimmt – arbeiten. Anders als in Universitätskliniken oder an Krankenhäusern, würde es im Belegarztsystem weniger Reibungspunkte und Energieverluste geben. Bei der Paarung, bei der die Kooperation als problematisch wahrge-

nommen wurde, wurden hingegen die Selbstständigkeit der Ärzte und die mangelnde Weisungsbefugnis von dem Verwaltungsleiter des Krankenhauses als Hürde genannt.

*„Ich wollte die Arbeitsumgebung, in der ich arbeite und in der ich die Leute, die für mich arbeiten, selbst bestimmen. Ich nehme keine Befehle entgegen. Ich lasse mich gerne überzeugen, aber ich nehme keine Befehle entgegen."*

***(Arzt)***

***Reputation***

Für die Ärzte sowie für die Kliniken kann die belegärztliche Zusammenarbeit einen wichtigen, nicht direkt monetären motivierenden Vorteil haben: die Reputation des anderen Partners. Diese Reputation wirke sich auf den Patientenzustrom aus – für die Praxen und für die Kliniken.

***Patientenversorgung***

Aus Sicht der Belegärzte und auch vereinzelnd der Klinikseite profitiert die Patientenversorgung stark vom Belegarztwesen. Für Patienten sei es positiv, den stationär behandelnden Arzt bereits aus dem ambulanten Bereich zu kennen. Die kontinuierliche Begleitung und der Wegfall der Anonymität seien zu begrüßen.

*„Am besten wäre es, wenn der, der operieren kann, mit dem Patienten in die Klinik geht und ihn wieder hinaus begleitet. Das wäre eine optimale Patientenversorgung."*

***(Klinik)***

Die Qualität der Versorgung der Patienten sei – insbesondere laut Verwaltungsseite – sehr hoch. Als selbstständige Unternehmer verfolgen die Belegärzte eine hohe Qualität im ambulanten Bereich und brächten diese ins Krankenhaus. Allerdings bemängelten einige Verwaltungsleiter an ihrer Kooperation mit anderen Belegärzten auch die Qualität der Versorgung. Der Standard der Leistungen im niedergelassenen Bereich sei allgemein geringer als im stationären Bereich.

Ärzte wie Verwaltungsleiter meinten, dass das Belegarztwesen geeignet sei, um auch dort eine flächendeckende Versorgung zu garantieren, wo sich Hauptabteilungen nicht rentieren. Ohne das Belegarztwesen würde sich die Versorgung vieler Fachrichtungen – insbesondere in ländlichen Regionen – auf einige große Krankenhäuser konzentrieren.

Das Belegarztwesen eigne sich nicht für alle Fachrichtungen, meinten insbesondere die Verwaltungsleiter. Für Fächer, in denen es zu schwerwiegenden post-operativen Komplikationen kommen kann, sei es schwierig, die Akutversorgung über ein Belegarztsystem zu sichern. Klassische, für das Belegarztwesen geeignete Fächer, seien die Augenheilkunde, Urologie, HNO, Neurologie, die Geburtshilfe und Gynäkologie (obwohl umstritten) und die Anästhesie.

**Strategische und finanzielle Aspekte**

***Auslastung***

Für Kliniken ist die Bettenbelegung zu relativ geringen Kosten im Belegarztwesen attraktiv. Eine geringe Bettenzahl bzw. -auslastung könne jedoch nach Meinung aller Akteure zum Ende einer Kooperation führen. Bei „kleinen" Belegabteilungen bestehe auf Seiten der Kliniken wenig Engagement, diese am Krankenhaus zu halten.

Neben der Patientenzahl sei Verlässlichkeit relevant. Nicht nur die Verwaltungsseite, sondern auch die Ärzte, hoben hervor, dass sich die Krankenhäuser auf die Wahrnehmung zugewiesener OP-Termine und die Auslastung ihrer OPs und Betten verlassen können müssen. In positiven Beispielen garantierten die Belegärzte diese; zum Beispiel dadurch, dass sie die OPs und Betten für das ganze Jahr mieteten und die wirtschaftlichen Folgen der Nicht-Nutzung (z.B. durch Urlaub) nicht dem Krankenhaus übertragen.

***Größe der belegärztlichen Praxis***

Die Größe der Praxis (im Sinne der Anzahl dort tätiger Ärzte) wurde von den Verwaltungsleitern und Ärzten als zentral für eine zufriedenstellende und funktionierende Kooperation hervorgehoben. Für größere Praxen sei es einfacher, ausreichend viele Patienten im Krankenhaus zu behandeln. Die Kooperation mit einzelnen niedergelassenen Ärzten bzw. mehreren kleineren Praxen wird als nicht wünschenswerte Alternative erachtet. Notfalldienste seien schwerer zu garantieren.

***Geografische Nähe***

Wo die Belegärzte ihre Praxis nah am oder auf dem Krankenhausgelände führten, schien die Kooperation besser zu funktionieren als dort, wo eine größere geografische Distanz herrscht. Durch große Distanz würden laut Ansicht der befragten Ärzte und Verwaltungsleiter mehr Koordinationsprobleme, längere Anfahrtszeiten und Verzögerungen (etwa bei Notfällen) entstehen. Neben diesen praktischen Vorteilen zeigten sich geografisch nah am Krankenhaus angesiedelte Ärzte dem Krankenhaus gegenüber verbundener. Hohe Loyalität und gemeinsame Visionen schienen stärker ausgeprägt. Dies hob auch die Verwaltungsseite als Vorteil hervor.

***Effizienz***

Ein zentraler strategischer und finanzieller Vorteil des Belegarztwesens aus Sicht beider Gruppen ist, dass das Belegarztwesen eine effiziente Patientenversorgung ermögliche.

*„Das Belegarztwesen ist schlank, furchtbar effizient und überhaupt kein hauptamtliches Wesen kann damit mithalten…"*

***(Arzt)***

Dies sei u.a. auf Arbeitsteilung zurückzuführen. So können Verantwortungen, wie etwa die Validierung der Sterilisation, vom Krankenhaus übernommen werden, während die Auslastung und ärztliche Tätigkeit im Verantwortungsbereich der Belegärzte liegen.

***Mangelndes Interesse der Krankenkassen***

Aus Blick der Ärzte und der Klinikleitung ist es unverständlich, warum die Krankenkassen das Belegarztsystem nicht stärker fördern. Die deutlich geringeren Versorgungskosten im Belegarztwesen sollten Anreiz sein, sich stärker dafür zu engagieren. Die Bereitschaft der Krankenkassen, dieses Einsparpotential auszuschöpfen, fehle. Das läge primär am mangelnden Interesse, aber auch an der fehlenden Auseinandersetzung mit dem Belegarztwesen.

***Finanzierungsproblematik***

Die Verwaltungsseite machte deutlich, dass das Belegarztwesen – wenn mit ausreichender Fallzahl gelebt – finanziell attraktiv sei, insbesondere über die Verteilung der Fixkosten.

Alle Ärzte hoben hervor, dass die finanzielle Entlohnung für die belegärztliche Tätigkeit nach EBM unzureichend und finanziell nicht attraktiv sei. Vor allem in den letzten Jahren habe sich die Situation verschlechtert. Die belegärztliche Tätigkeit trage sich primär aus Quersubventionen aus der ambulanten Tätigkeit.

*„Wenn ich jetzt sehe, was wir an Umsätzen machen, dann steht das in keinem Verhältnis mit den Kosten, die wir da investieren."*
***(Arzt)***

Die unzureichende Finanzierung sieht auch die Krankenhausseite. Den Interviewten war oft bewusst, dass die Ärzte die belegärztliche Tätigkeit über andere Wege finanzieren. Teilweise wurde diese Finanzierungsproblematik von Seiten der Verwaltung auf unzureichende Interessenvertretung der Belegärzte zurückgeführt.

*„Für die gleiche Leistung sollte es auch die gleiche Vergütung geben."*
***(Leitung)***

***Intersektorale Zusammenarbeit***

Dieses Themengebiet unterteilt sich in Aspekte, die die Zusammenarbeit erleichtern und jene, die diese primär behindern.

**Zusammenarbeit erleichternde Faktoren**

***Gemeinsame Ziele***

Deutlich wurde bei den Kooperationspaaren mit positiven Ansichten ein „Wir-Gefühl". Dort jedoch, wo gemeinsame Ziele fehlen, sinkt das gegenseitige Kooperationsinteresse. Die Relevanz gemeinsamer Ziele für die positive Zusammenarbeit wurde von beiden Partnern hervorgehoben, insbesondere da die Krankenhäuser den Belegärzten gegenüber kein Weisungsrecht haben. Die Kooperation als Win-Win-Situation zu sehen, trug maßgeblich dazu bei, dass Veränderungen initiiert werden konnten – auch gegen Widerstand. Beide Seiten merkten an, dass ein Ziel der Krankenhäuser die Wahrung wirtschaftlicher Interessen sei. War dieses Ziel Teil des gemeinsamen Zielekanons, war die Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser hoch.

*„Ich glaube, das Erfolgsgeheimnis ist wirklich eine hohe Identifikation und eine Gleichrichtung von Zielen und dann glaube ich, kann man in diesen Modellen super Medizin machen."*
***(Leitung)***

***Kommunikation***

Kommunikation (sowohl in Form von Bereitschaft, aber auch Institutionalisierung etwa über Zielgespräche) wurde in den Interviews als zentral für den Erfolg der Kooperation deutlich hervorgehoben. Die Ärzte betonten zudem die Relevanz niedrigschwelliger Kommunikation für die Lösung operativer Probleme (wie z.B. Personalengpässe). Die Krankenhausleiter, die die Kooperation als positiv bewerteten, hoben die sehr enge Integration der Belegärzte in Entscheidungen und Gremien als einen Erfolgsfaktor hervor. In allen Paarungen offenbarten sich auch Kommunikationsprobleme. Oft war die Klinikleitung der Meinung, Reibungspunkte auf den Stationen würden niedrigschwellig gelöst. Der Abgleich der Narrationen offenbarte jedoch, dass Reibungspunkte, die von den Ärzten wahrgenommen werden, nicht alle bis an die Verwaltungsebene dringen und teilweise ungelöst bleiben.

***Management der operativen Schnittstellen***

Schnittstellen zu vermeiden oder zu optimieren war in den Interviews das zentrale Thema. Schnittstellen wurden aus Perspektive der Klinik als problematisch, jedoch lösbar wahrgenommen. Diese Zuversicht teilten die Ärzte meist nicht. Mangelndes Schnittstellenmanagement führe nach Ansicht der beteiligten Ärzte zu großen Produktivitätsverlusten und einem verringerten Patientendurchlauf. Dies erschwere den Belegärzten die Arbeit und verringere die Attraktivität des Systems.

Innovative Kooperationsformen können nach Ansicht der Akteure Schnittstellen reduzieren. Dies könne beinhalten, dass die Belegärzte ihr eigenes Personal mitbrächten oder den OP-Betrieb selbst verantworten. Dort, wo solche Wege bereits gegangen wurden, profitierten beide Seiten stark davon. In den anderen Konstellationen wurden flexiblere Kooperationsformen von den Belegärzten explizit gewünscht. Hürden dafür seien die Kliniken, aber auch mangelnder politischer Wille.

**Zusammenarbeit erschwerende Faktoren**

***Unklare Zuständigkeiten***

Unklare Zuständigkeitsbereiche erschweren und behindern die Zusammenarbeit. Die Ärzte problematisierten, dass sie für Tätig-

## Literatur


Bucholtz, N./Hahn, U./Chase, D./Reichert, A./Amelung, V.E. (2014): Sektorengrenzen erfolgreich überwinden: Eine empirische Untersuchung am Beispiel der ambulanten Augenchirurgie. In: Monitor Versorgungsforschung 2014, 7, 1, 34-39.

Deutscher Bundestag (10.06.2015 ): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) Online unter: http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/051/1805123.pdf [abgerufen am: 29.10.2015].

Gläser, J./Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hahn, U./Neuhann, T./ Mehnert, D./ Ober, M./ Neuhann, I./ Schmickler, S., et al. (2015a): Fallzahlen und Erlöse in ophthalmologischen Haupt- und Belegabteilungen. Entwicklungen seit 2005. In: Der Ophthalmologe 2015, 112, 7, 589-598.

Hahn, U./Schalkhäuser, K./Neumann, A./Mussinghoff, P./Schmickler, S. (2015b): Fall-Betten- und Arztzahlen in Haupt- und Belegabteilungen seit 2005 - Entwicklung und Einflussfaktoren für die Entwicklung des Belegartzwesens. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2015, online publiziert am 12.08.2015, DOI 10.1055/s-0035-1553142

Hahn, U./Chase, D./Bucholtz, N./Reichert, A./Amelung, V. (2013): Sektorenübergreifende Kooperation: Es gibt sie schon. Umsetzung und Versorgungsrelevanz am Beispiel der ambulanten Augenchriurgie. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 2013, 67,6, 54-59.

Mühlbacher, A./Lubs, S./Röhrig, N./Schultz, A./Zimmermann, I./Nübling, M. (2006): Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland – eine empirische Analyse. Berlin: Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie.

Sim, J./Wright, C. (2006): Research in Health Care: Concepts, Designs and Methods. Cheltenham: Stanley Thornes.

Statistisches Bundesamt (2015a): Art der ärztlichen Leistung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung, Abrechnungsfälle/Leistungsfälle (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, ärztliche Leistungen, Kassenart, Versichertengruppe. Online unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=6037485&nummer=263&p_sprache=D&p_indsp=18386167&p_aid=97487660 [abgerufen am: 30.10.2015].

Statistisches Bundesamt (2015b): Ärztliches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Funktionale Stellung, Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung, Einrichtungsmerkmale. Online unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=16574075&nummer=537&p_sprache=D&p_indsp=18389510&p_aid=64609963 [abgerufen am: 30.10.2015].

Wienke, A./Mündnich, A. (2011): Kooperationen mit Krankenhäusern: Im Dschungel der Rechtsprechung. Laryngo-Rhino-Otol 2011, 90, 10, 621-621..

keiten, die sie ihrer Ansicht nach im alleinigen Interesse des Krankenhauses verrichten, nicht entlohnt würden. Dazu gehöre das Codieren der Eingriffe nach DRG-Systematik für die Abrechnung der Leistungen durch das Krankenhaus. Aus Sicht der Klinik liegt die Verantwortung dafür bei den Ärzten. Auch die Anschaffungen von Betriebsmitteln wie Drucker oder Papier für die Station erwiesen sich als potentielle Reibungspunkte mit Verstimmungen auf beiden Seiten.

*„Mittlerweile müssen wir jeden Drucker kaufen. Festgehalten ist im belegärztlichen Vertrag: Personelle und apparative Ausstattung wird zugesichert. Wir müssen aber jedes Druckerpapier selbst besorgen."*

***(Arzt)***

***Finanzieller Druck***

Auch dort, wo die Kooperation als sehr gut eingestuft wurde, zeigte sich Angst, dass dies in Zukunft nicht mehr so sei. Diese Angst auf Seiten der Ärzte ging Hand in Hand mit dem Gefühl, dass das Krankenhaus Kosten, dort wo möglich, auf die Belegabteilung abwälzt. Die Kostenargumentation und die Dominanz finanzieller Überlegungen als Entscheidungsgrundlage wurden von den Ärzten als negativ für die Kooperation identifiziert. Gleichzeitig merkte insbesondere ein Arzt an, dass es nicht verwunderlich sei, dass Kliniken so agieren. Sie stünden unter hohem wirtschaftlichem Druck. Aufgrund der Neustrukturierungen und neuen Zwänge, denen die Krankenhäuser unterliegen, werde dieser Druck nur anwachsen und zunehmend dominieren.

*„Aber das Krankenhaus ist da nicht bereit, irgendwie einen Euro zu tragen, sondern die wollen das immer kostenneutral haben."*

***(Arzt)***

***Ineffizienz und Arbeitsweisen***

Breit diskutiert wurde von Seiten der Ärzte die wahrgenommene Ineffizienz der Arbeit auf den Stationen und die dadurch entstehende Ressourcenverschwendung. Ineffizienz sei maßgeblich auf Abstimmungsprobleme, vom Bestellen eines Fahrdienstes bis hin zur Dauer des Aufnahmeprozesses, aber auch auf unterschiedliche Arbeitsweisen zurückzuführen. Mit erheblich längeren Arbeitszeiten in der ambulanten Praxis und im ambulanten OP, schnelleren Wechselzeiten, besser eingearbeitetem Personal und einem höheren Patientenaufkommen unterscheide sich ihre Arbeitsweise von der im stationären Bereich. Die Ärzte bewerteten ihr ambulantes Arbeiten als effizient und sahen dies als zentrales Merkmal, das sie vom Krankenhaus abgrenze. Diese Inkongruenz erschwere die operative Zusammenarbeit.

Die Knappheit der OP-Zeiten würde die Ineffizienz weiter verstärken. Dabei merkten die Ärzte, deren ambulante Praxis nah am Krankenhaus war, an, dass sie in Notfällen gerne ihren ambulanten OP-Saal für stationäre Operationen nutzen würden, dies aber laut Krankenhaus aus rechtlichen Gründen nicht möglich sei.

Die Selbstständigkeit der Ärzte in ihrer ambulanten Praxis wurde von Seiten der Klinik fast durchgängig als Pluspunkt hervorgehoben. Die Unzufriedenheit der Belegärzte und die wahrgenommenen Effizienzunterschiede schienen der Klinikseite nicht bekannt. Sie sahen die belegärztliche Kooperation als Kooperation zweier Unternehmer, die auf höchstem Niveau qualitativ hochwertig und effizient arbeiten.

In Konstellationen, in denen die Arbeitsteilung im Sinne innovativer Kooperationsformen organisiert war (Ärzte hatten z.B. eigenständige Verantwortung für das OP-Personal und den OP-Betrieb), funktioniert die Kooperation effizienter. Eine höhere Eigenverantwortung der Belegärzte für die Abläufe wurde von den Ärzten als großes Plus bewertet.

***Zukunftsaussichten***

Die Akteure waren geteilter Meinung bezüglich der Zukunftsfähigkeit des belegärztlichen Systems. Unterschiedliche Hürden wurden angeführt, alle sahen aber mangelnde politische Unterstützung für das Belegarztwesen.

Obwohl es laut Ärzten nicht primär der finanzielle Nutzen sei, der die Kooperationsbereitschaft treibe, wurde die Entlohnung als kritisch erachtet. Würde sich diese in Zukunft gar verschlechtern, sei irgendwann der Punkt erreicht, an dem Quersubventionen nicht mehr tragbar sind. Diese Finanzierungsnot erkannten einige Klinikleiter daran, dass Ärzte anderer Belegabteilungen vermehrt an einer Kooperation über den honorarärztlichen und nicht den belegärztlichen Vertrag interessiert seien. Mangelnde Bereitschaft zur Kooperation und Kostenabwälzungen der Klinik auf die Belegärzte sahen die Belegärzte als weiteren Aspekt, der das System zum Einsturz bringen könnte.

Angesprochen wurden auch der Generationenwandel und die daraus resultierenden Probleme für das Belegarztwesen. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Kooperation in Zukunft fortbestehe, hänge davon ab, ob sich geeignete Nachfolger auf Seiten der Ärzte finden lassen. Der hohe Arbeitsaufwand der belegärztlichen Tätigkeit (z.B. 24-Stunden Bereitschaftsdienst) sei laut Ansicht der Interviewten wenig kongruent mit dem Arbeitsethos der nachfolgenden Generationen. Insbesondere kleine Belegabteilungen stünden vor dem Untergang.

*„Der kleine Belegarzt, den es ja früher gab, der wird aussterben. Allein, weil er sich auch sagt, das rentiert sich nicht."*

***(Arzt)***

Die Zukunft intersektoraler Zusammenarbeit wurde als positiv eingeschätzt. Die Klinikseite sah darin fast einstimmig den Weg der Versorgung in der Zukunft. Sektorengrenzen seien überholt, teuer, und der Patientenversorgung nicht dienlich. Das Belegarztwesen könne ein zentraler Baustein für ein solches sektorenübergreifendes System sein. Gleichzeitig gebe es vermehrt neuere und attraktivere Wege sektorenübergreifender Versorgung, die das Krankenhaus alleine umsetze.

## Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung liefert aufschlussreiche Einblicke in die Versorgungsrealität des Belegarztwesens am Beispiel der Augenheilkunde. Insbesondere die zeitgleiche Untersuchung der ärztlichen Perspektive und der Perspektive der Klinikverwaltung erwies sich als gewinnbringend. Der Vergleich der Narrationen jener Paarungen, die ihre Kooperation als besser einschätzen, mit denen, die weniger zufrieden waren, erlaubte es, Gründe oder aber Folgen (da eine kausale Aussage hier nicht getroffen werden kann) von tendenziell als schwierig erachteten Aspekten der Zusammenarbeit explorativ herauszuarbeiten. Die vorliegende Untersuchung schließt eine deutliche Wissenslücke und bietet wichtige Einsichten, die in die Gestaltung der Versorgungsrealität einfließen sollten. Dabei sind die Einblicke gewiss für die Konzeption der intersektoralen Kooperation von Vertragsärzten und Krankenhäusern – über das Belegarztwesen hinaus – interessant.

Die praktische Umsetzung der intersektoralen Zusammenarbeit in der Praxis erwies sich als zentrale Hürde für das Belegarztwesen. Dabei scheinen Arbeitstaktung und Ablauforganisation sowie wahrgenommene Kommunikations- und Abstimmungsprobleme an den Schnittstellen die zentralen Faktoren zu sein, die das System aus Sicht der befragten Belegärzte behindern. Krankenhausverwalter berichten andererseits, dass kleine belegärztliche Abteilungen oder Abteilungen, in denen Belegärzte aus verschiedenen Praxen arbeiten, nicht ausreichend verlässlich sind und Kooperationen schwierig sind.

Die Identifikation miteinander scheint von der geografischen Nähe der Akteure und der Häufigkeit der Interaktionen abzuhängen. Ein möglicher Lösungsansatz ist das sogenannte Shop in Shop Modell von selbstständigen primär ambulanten Zentren auf dem Gelände von Krankenhäusern (Buchholtz et al., 2014; Hahn et al., 2013). Die Einblicke verdeutlichen zudem, wie wichtig eine Flexibilisierung der Kooperationsbeziehungen ist. Akteure – insbesondere die Kliniken und die Politik – sollten innovative Ansätze erlauben, damit das Belegarztwesen sein von allen Akteuren als hoch eingeschätztes Potential für die Versorgungsbereitstellung ausschöpfen kann.

Neben den engen Grenzen in der Ausgestaltung der Kooperation zwischen den Krankenhäusern und den Ärzten hindern auch politische Entscheidungen, dass das Belegarztwesen floriert. Insbesondere die großen Differenzen in der Vergütung der Leistungen in Beleg- und Hauptabteilungen zu Ungunsten der Belegabteilungen macht das System für Krankenhäuser unattraktiv, entsprechendes gilt für Belegärzte aufgrund des gegenüber einer ambulanten Versorgung geringeren Honorares. Damit werden die Vorteile, die die Kooperation mit selbstständigen, nicht am Krankenhaus angestellten Ärzten mit sich bringen kann (hohe Qualität, hohe Effizienz, Konstanz der Arzt-Patienten-Beziehung, freie Arztwahl durch Patienten), verspielt. Die Relevanz des Belegarztwesens für die Versorgung in ländlichen Regionen und die erwähnten hohen Kosteneinsparungen sind weitere in dieser Studie hervorgehobene Vorteile. Das Unverständnis gegenüber den Krankenkassen, die das System nicht ausreichend fördern, erscheint plausibel.

Beide Akteure befürworten das Belegarztwesen grundsätzlich. Die Belegärzte argumentieren mit ihrem Selbstverständnis als Mediziner, Patienten über die ganze Bandbreite des Faches versorgen zu wollen. Krankenhäuser befürworten die Abrundung des Leistungsspektrums und den wirtschaftlichen Beitrag der Abteilungen. Als gemeinsame Basis ist das Verständnis für die wirtschaftlichen Überlegungen des Krankenhauses durch die Belegärzte und umgekehrt entscheidend. Erfolgreiche Kooperation erschafft ein Momentum und gemeinsame Ziele führen zu Vorteilen für beide Akteure. In der intersektoralen Kooperation können und müssen alle drei Akteure profitieren: der Patient, die Klinik und der Belegarzt. <<

## Care provision via hospital-affiliated physicians: An evaluation from the perspective of hospitals and physicians using the example of ophthalmology

Many reforms in Germany have focused on the topic of integrated care. The most recent of such reforms is the Care Provision Strengthening Act with the included Innovationfund. The provision of health care via hospital-affiliated physicians is one form of integrated care which is already established in many parts of Germany. But, even though the system of affiliated physicians fits the Zeitgeist as well as the demand for cross-sectoral provision of care, the development appears to be declining. This qualitative studies aimed at investigating this particular system to providing health care. The focus was also on factors which might explain the recent decline. The data was collected via expert interviews with hospital-affiliated ophthalmologists as well as hospital directors. The findings show that the system of affiliated physicians is perceived as having great potential for high-quality and economically efficient medical care. At the same time, the findings show the existence of primarily regulatory and organisational obstacles.

### Keywords

Affiliated physicians, attending physicians, cross-sectoral provision of care, ophthalmology, qualitative study, hospital perspective, physician perspective

## Autorenerklärung

Die Untersuchung wurde vom Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav) unter Leitung von Prof. Dr. Volker Amelung in Berlin durchgeführt. Dominika Urbanski und Dr. Franziska Püschner sind Mitarbeiterinnen des Instituts für angewandte Versorgungsforschung. Dr. Ursula Hahn und Dr. Kristian Gerstmeyer haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung der OcuNet-Gruppe.

**Dominika Urbanski, M.Sc.**
ist Projektmanagerin für Versorgungsforschung am inav. Sie studierte Politikwissenschaft und Soziologie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und an der University of Gothenburg in Schweden. Anschließend absolvierte sie einen Master of Science in Sozialökonomie mit dem Schwerpunkt Gesundheit an der Friedrich-Alexander Universität in Erlangen sowie einen Master of Science in Global Health an der Maastricht University (NL) und Manipal University (Indien). Kontakt: urbanski@inav-berlin.de



**Dr. rer. medic. Ursula Hahn**
ist Geschäftsführerin der OcuNet Gruppe, einem Zusammenschluss großer augenchirurgischer Zentren mit intersektoralem Leistungsspektrum. Sie studierte Volkswirtschaft an der Universität zu Köln und Medizin an der Universität Düsseldorf und arbeitete anschließend als gesundheitspolitische Referentin bei der Deutschen Krankenversicherung AG und als Geschäftsführerin beim Berufsverband der Augenärzte. Kontakt: Ursula.Hahn@uni-wh.de



**Dr. med. Kristian Gerstmeyer**
ist Augenarzt, seit 1984 in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen und Belegarzt am Johannes Wesling-Klinikum in Minden, einem Haus der Maximalversorgung.

Kontakt: kristian@gerstmeyer.net



**Dr. rer. pol. Franziska Püschner**
ist Senior Manager Gesundheitsökonomie im inav. Sie studierte Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln. In der Vergangenheit arbeitete sie bei Janssen im Bereich Market Access sowie für Shanghai Roche Pharmaceuticals Ltd. im Bereich Strategieentwicklung und Optimierung von Business Prozessen. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte im inav liegen in der Planung, Umsetzung und Analyse von Versorgungsforschungsstudien und gesundheitsökonomischen Evaluationen. Kontakt: pueschner@inav-berlin.de



**Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung**
ist Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Er ist als Berater für internationale und nationale Unternehmen im Gesundheitswesen tätig und ist Geschäftsführer des Instituts für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Berlin.
Kontakt: amelung@inav-berlin.de

