

Teures Sparen

Das Belegarztsystem trocknet aus. Nutznießer sind konkurrierende Systeme der ambulant-stationären Verzahnung. Doch sie verursachen erhebliche Mehrkosten

In der Ausgabenstruktur der Gesetzlichen Krankenversicherung bildet der stationäre Sektor von jeher den größten Ausgabenblock. Und das, obwohl schätzungsweise 90 Prozent aller Krankheitsfälle ambulant versorgt werden. Kein Wunder, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ sogar gesetzlich verankert ist. Die Notwendigkeit einer stärkeren Kooperation über die Sektorengrenzen hinweg steht dem nicht entgegen. Seit Jahrzehnten ist das Belegarztsystem der Inbegriff einer effizienten Zusammenarbeit beider Sektoren. Dennoch ist es im Rückzug begriffen. Nutznießer dieser Entwicklung sind Alternativmodelle, die sich bei genauer Betrachtung als deutlich kostenintensiver erweisen.

Seit Jahren lassen Politik und Krankenkassen es zu, dass neben dem bewährten und politisch auch gewollten Belegarztwesen konkurrierende Systeme der ambulant-stationären Verzahnung entstehen. Sie sind an den Hauptabteilungen der Krankenhäuser angesiedelt und bieten den beteiligten Ärzten finanzielle Anreize, die deutlich über die Einnahmen aus dem Belegarztwesen hinausgehen. Denn die Beleg-DRGs liegen deutlich niedriger als die vergleichbaren DRGs in den Hauptabteilungen. Über die Konkurrenzmodelle nehmen die Krankenhäuser beträchtlich mehr Honorar ein, das sie zum Teil an die kooperierenden Ärzte aus dem niedergelassenen Bereich weitergeben. Allmähliche Folge: Die Belegabteilungen verlieren an Attraktivität und geraten mehr und mehr unter Druck; die Ärzteschaft wird aus den geringer dotierten DRG-Verträgen hinausgelockt. Die Zeche zahlen letzten Endes die gesetzlichen Kostenträger: Sie müssen für die gleiche Krankenhausleistung durch ihre Verlagerung in die Hauptabteilung erheblich mehr ausgeben.

Eine vorläufige statistische Auswertung konkretisiert das Ausmaß der Entwicklung (Tab. 1 und 2).



DRG	EBM	Rel.Gew. Beleg	Erlös Beleg	Rel.Gew. Haupt	Erlös Haupt
I18B	E1	0,489	1.560,31 €	0,636	2.029,36 €
I24Z	E2	0,385	1.228,46 €	0,607	1.837,00 €
I18B	E3	0,423	1.349,71 €	0,636	2.029,36 €
I18A	E4	0,657	2.096,36 €	0,914	2.916,40 €
I16Z	E5	0,461	1.470,96 €	0,838	2.673,90 €
I30Z	E6	0,652	2.080,41 €	1,146	3.656,67 €
I29Z	E7	0,660	2.105,93 €	1,076	3.433,31 €
I32F	D1	0,596	1.901,72 €	0,848	2.705,81 €
I20G	D2	0,521	1.662,41 €	0,739	2.358,01 €
I20F	D3	0,668	2.131,46 €	0,929	2.964,26 €
I32F	D4	0,583	1.860,24 €	0,848	2.705,81 €
I47B	D5	1,743	5.532,86 €	2,240	7.147,41 €
I44B	D6	1,760	5.615,82 €	2,403	7.667,52 €
I43B	D7	2,629	8.605,61 €	3,187	10.169,11 €
I42Z	MM	0,901	2.874,92 €	1,182	3.771,54 €
I68D	Kons	0,456	1.455,01 €	0,610	1.946,39 €

Tab. 1: Differenz zwischen Erlös in Belegabteilung und Hauptabteilung bei unterschiedlichen Kategorien von Eingriffen (1 bis 6) und Eingriffsarten (hier: D und E) (Baserate 2015: 3190,81)

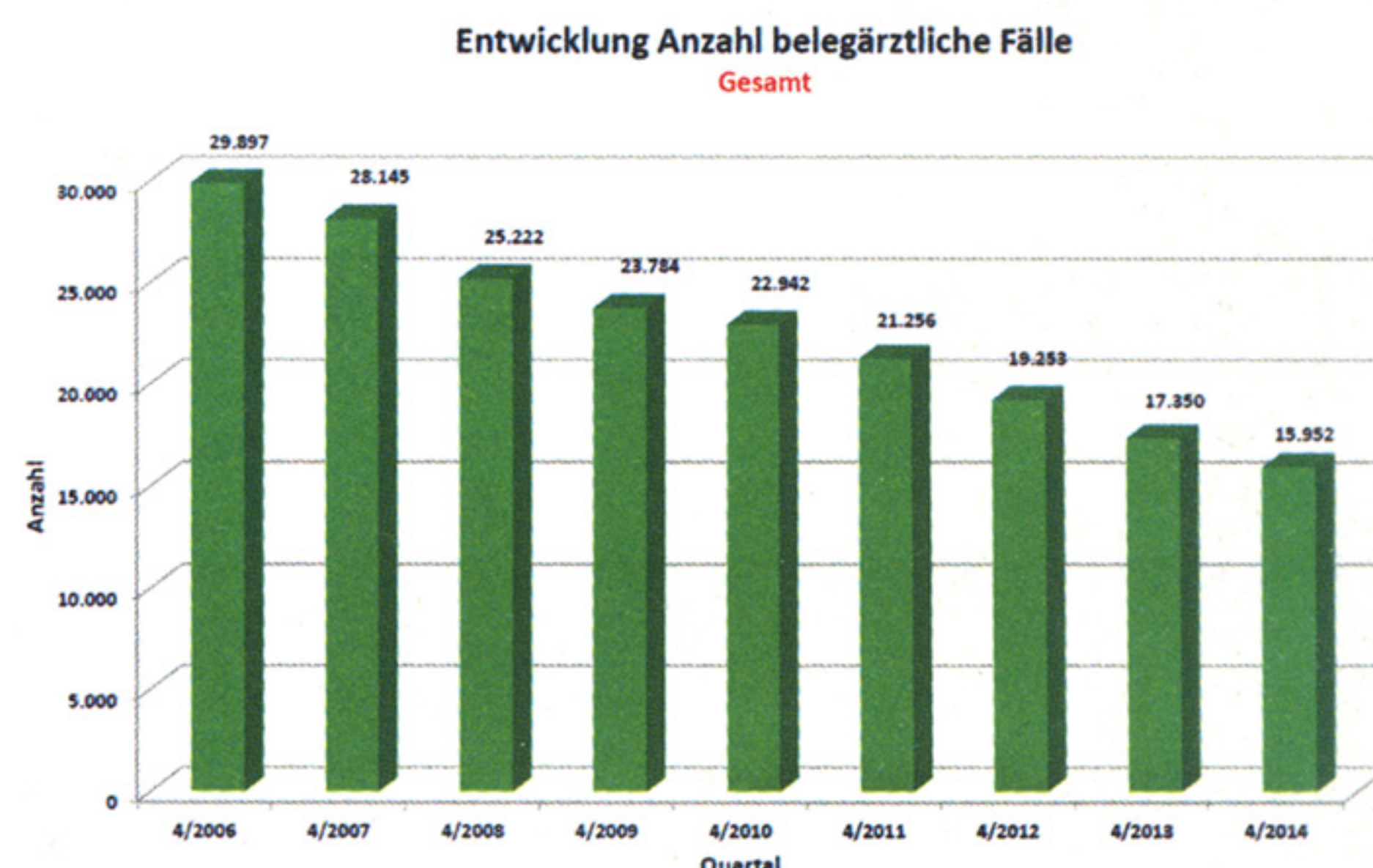


Foto: photodisc

Tabelle 1 stellt die unterschiedlichen Erlöse für bestimmte Kategorien von Eingriffen lt. EBM-Ziffer/ DRG dar, je nachdem, ob die Abrechnung in einer Belegabteilung oder in einer Hauptabteilung eines Krankenhauses erfolgt.

Die Differenz aus dem regelmäßig höheren Erlös in einer Hauptabteilung abzüglich des Erlöses in einer Belegabteilung ist in Tabelle 2 dargestellt. In der Belegabteilung kommen entsprechend dem EBM-System noch die OP-Ziffer sowie ein weiteres EBM-Honorar zum DRG-Grundhonorar mit hinzu. Dennoch übersteigt in allen Vergleichsfällen der fiktive Erlös der Hauptabteilung die addierten Erlöse aus der Belegabteilung (Tab. 2, Spalte rechts). Die Gegenüberstellung weist nach, dass ein und dieselbe Behandlung in einer Belegabteilung durchweg kostengünstiger erfolgt als in einer Hauptabteilung eines Krankenhauses.

DRG	EBM	Differenz Erlös Hauptabt. zu Belegabt.	EBM-Honorar OP-Ziffer	EBM-Honorar Sonstige	Diff. Erlös Hauptabt. zu Belegabt. abz. EBM-Honorar
I18B	E1	469,05 €	154,21 €	109,14 €	205,70 €
I24Z	E2	608,54 €	221,85 €	109,14 €	277,55 €
I18B	E3	679,65 €	312,80 €	109,14 €	257,71 €
I18A	E4	820,04 €	411,64 €	109,14 €	299,26 €
I16Z	E5	1.202,94 €	535,88 €	109,14 €	557,92 €
I24Z	E6	1.576,26 €	670,47 €	109,14 €	796,65 €
I29Z	E7	1.327,38 €	736,88 €	109,14 €	481,36 €
I32F	D1	804,09 €	123,47 €	110,65 €	569,97 €
I20G	D2	695,60 €	199,99 €	110,65 €	384,96 €
I20F	D3	832,80 €	281,86 €	110,65 €	440,29 €
I32F	D4	845,57 €	365,78 €	110,65 €	369,14 €
I47B	D5	1.614,55 €	539,78 €	110,65 €	964,12 €
I44B	D6	2.051,70 €	659,45 €	110,65 €	1.281,60 €
I43B	D7	2.263,50 €	725,60 €	110,65 €	1.427,25 €
I42Z	MM	896,62		518,25 €	378,37 €
I68D	Kons	491,29		414,45 €	76,84 €

* Sonstiges EBM-Honorar setzt sich zusammen aus:

Zuschläge (wurden allen Kategorien gleichmäßig zugeordnet. Gemäß KVN-Statistik für Quartal 4.14 wurden 8396 operative Fälle verzeichnet und dabei 3617 Zuschläge abgerechnet. Im Durchschnitt wurden also pro OP 0,43 Zuschläge abgerechnet. Die Bewertung der Zuschläge variiert je nach Eingriffsart. D: 44,51 €, E: 48,02 €. Somit wurden pro Fall der Eingriffsart D $44,51 \times 0,43$ € angesetzt und bei Eingriffsart E analog gerechnet. Für Eingriffsart D ergeben sich daraus 19,14 € und für Eingriffsart E 20,65 € pro Fall).

Ordinationsziffern (pauschal 14 € pro Fall)

Kostenerstattungen für Assistenten (15,50 € bei angenommener durchschnittlicher Liegezeit von 5 Tagen)

Wegegeld (pauschal 15,50 € pro Fall)

Visiten (pauschal 45 €, gerundet aus 8,94 € gemäß EBM-Ziffer 01414 x 5 Tage)

Die Berechnungen sind stark pauschaliert und spiegeln nicht jeden Einzelfall wieder!! Die Berechnungsgrundlage zur Ermittlung der Sonstigen Kosten der konservativen Therapien ist beim Verfasser

Tab. 2

Diesen theoretischen Ansatz gilt es nun zu dem tatsächlichen Fallaufkommen in Niedersachsen in Beziehung zu setzen. Betrachtet wurde der Fallzahlrückgang im Belegarztwesen in Niedersachsen kumulativ jeweils im vierten Quartal seit 2007. Dabei wird vorausgesetzt, dass die rückläufigen Zahlen im Belegbereich jeweils einem komplementären Fallzahlzuwachs in den Krankenhaus-Hauptabteilungen entsprechen. Für jede Behandlungskategorie wurde bei den Eingriffsarten D und E die Differenz zwischen dem anzusetzenden Erlösung in einer Belegabteilung und dem in einer Hauptabteilung ermittelt und mit dem Fallaufkommen in dem Quartal multipliziert. Kumuliert ergab sich für den Zeitraum 2007 bis 2014 allein für jeweils das vierte Quartal eine Erlösdifferenz von 10.243.332,60 Euro (Tab. 3).

Kategorie	Fallzahlrückgang, kumulativ von 2007 bis 2014 jeweils im 4. Quartal	gemittelte Erlösdifferenz der Eingriffsarten D und E pro Fall	Erlösdifferenz von 2007 bis 2014 im jeweils 4. Quartal insgesamt
1	5716	387,84 €	2.216.893,44 €
2	3175	331,26 €	1.051.750,50 €
3	4709	349,00 €	1.643.441,00 €
4	2806	334,20 €	937.765,20 €
5	4755	761,02 €	3.618.650,10 €
6	303	1.039,13 €	314.854,88 €
7	482	954,31 €	459.977,42 €
Summe			10.243.332,60 €

Tab. 3

Anders ausgedrückt: Durch die Verlagerung von Behandlungen aus den Beleg- in die Hauptabteilungen der Krankenhäuser ergaben sich für die Krankenkassen Mehrkosten von über 10 Millionen Euro. Setzen wir diese Summe auch für die anderen drei Quartale in jedem Jahr an, kommen wir auf Gesamtmehrkosten für die Krankenkassen in Höhe von ca. 41 Millionen Euro zwischen 2007 und 2014.

Sollte diese Entwicklung unverändert anhalten, ist davon auszugehen, dass den gesetzlichen Kostenträgern in Niedersachsen weiterhin rund fünf Mio. Euro Mehraufwendungen pro Jahr durch im Grunde unnötige Leistungsverlagerungen aus dem Belegarztsystem heraus entstehen. Zugleich werden belegärztliche Strukturen nachhaltig geschädigt. Es scheint ein Gebot der ökonomischen Vernunft zu sein, die Talfahrt des Belegarztwesens endlich zu stoppen und eine Kehrtwende herbeizuführen. Eine deutliche Signalwirkung dazu müsste von einer Aufwertung der Honorare für das belegärztliche Arbeiten ausgehen. Nur kosmetische Korrekturen helfen nicht mehr, um eine Trendwende herbeizuführen.

Dr. Ryszard van Rhee

Vorsitzender des Landesverbandes Niedersächsischer Belegärzte