

Berlin, 17. November 2008

**Stellungnahme des BDPK zum
Gesetzentwurf der Bundesregierung zum
ordnungspolitischen Rahmen der
Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009**

**(Krankenhaufinanzierungsreformgesetz- KHRG)
vom 07.11.2008**

Auf einen Blick:

- § 10 Abs. 1 KHG: Neben den Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, sind auch die Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nummer 3 SGB V in die Investitionskostenfinanzierung aufzunehmen, weil sonst zukünftig Wettbewerb im Krankenhausbereich nicht funktionieren kann.
- § 17 d KHG: der Entwicklungsauftrag für ein pauschalierendes Vergütungssystem für den Bereich der psychiatrischen Leistungen muss auch auf den Bereich der Vergütung der Leistungen der neurologischen Frührehabilitation im Krankenhaus ausgedehnt werden, weil das derzeitige Vergütungssystem in der Praxis wegen des durch unterschiedliche Teilhabestörungen der Patienten und der daraus resultierenden Verweildauer nicht praxisgerecht ist.
- § 10 Abs. 5 KHEntgG: Die Begrenzung des Ausgleichs der Personalkostensteigerung auf 50 % ist gemessen an den zu tragenden finanziellen Lasten zu gering. Benötigt wird ein voller Ausgleich. Zumindest zum Teil gegenfinanziert werden könnte die volle Finanzierung der Tarifierhöhungen durch den Verzicht auf das Förderprogramm zur

Verbesserung der Situation des Pflegepersonals und die Verwendung der hierfür vorgesehenen Finanzmittel.

- Entschieden abzulehnen ist der Vorstoß des GKV-Spitzenverbandes zu den "divergenten Basisfallwerten", der den Krankenhäusern mehr als 1 Mrd. Euro entziehen würde. Damit würde die Intention dieses Gesetzes, die notwendige finanzielle Entlastung der Krankenhäuser, völlig auf den Kopf gestellt.
- § 10 Abs. 6 KHEntgG: die Einführung des Klinikkostenindexes wird begrüßt. Nicht nachvollziehbar ist, warum die Umsetzung erst nach dem 30. Juni 2010 und somit für das Budgetjahr 2011 erfolgen soll. Es muss sichergestellt werden, dass sich der Basisfallwert vollumfänglich in der festgestellten Kostenentwicklung erhöht.
- Der Klinikkostenindex nach § 10 Abs. 6 KHEntgG muss auch für stationäre Rehabilitationskliniken anwendbar sein, die unter den gleichen Kostenentwicklungen für Personal, Energie, Sachkosten, der Steuererhöhung etc. wie Krankenhäuser leiden. Auch für Reha-Kliniken muss die Grundlohnsummenbindung nach § 71 SGB V zweifelsfrei beendet werden!
- Dringend benötigt wird Chancengleichheit der belegärztlich geführten Kliniken und Krankenhausabteilungen mit "normalen" Krankenhäusern, damit auch den belegärztlichen Kliniken die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Vertragsärzten unter Nutzung der Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes offen steht. Andernfalls werden die belegärztlichen Kliniken in kurzer Zeit trotz hoher Wirtschaftlichkeit vom Markt verschwinden.

Vorbemerkung:

Wir begrüßen die Ansätze der Bundesregierung zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. Es ist anzuerkennen, dass mit dem Gesetzentwurf Handlungsfelder aufgegriffen werden, die für eine leistungsfähige Krankenhauslandschaft in Deutschland der Klärung bedürfen.

Die Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in Deutschland sind von enormen Kostensteigerungen betroffen. Die Kosten für Personal, Energie und Lebensmittel sind in den vergangenen Jahren erheblich überproportional gestiegen. Dazu kommt, dass sich die Krankenhäuser nach der Einführung der DRG in einer der größten Umbruch- und Wettbewerbssituation überhaupt befinden. Unverändert hoch zeigt sich zudem die Schwere des medizinischen Behandlungsbedarfs der Patienten in den Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Die Fördermittel der Länder, die Krankenhäuser für notwendige Investitionen benötigen, hingegen gehen immer weiter zurück, so dass die Krankenhäuser hieraus schon seit Jahren nicht mehr in notwendigem Maße in effiziente und für die Behandlung der Patienten notwendige Infrastruktur investieren können. Zusätzlich trifft der Gesetzgeber Entscheidungen, die die wirtschaftliche Misere des gesamten Kliniksektors verschärfen. Zu nennen sind hier beispielhaft die Mehrwertsteuererhöhung zum 01.01.2007, die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung und der Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser für die Krankenkassen.

Der daraus entstehende finanzielle Druck gefährdet auch die Perspektiven der wirtschaftlich erfolgreicherer Kliniken, die in allen Trägerbereichen gleichermaßen existieren. Deshalb muss die finanzielle Situation aller Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Lage und Trägerschaft durch Kostenentlastungen entschärft werden.

Wir appellieren an die verantwortlichen Gesundheitspolitiker aller Parteien, den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes zum Ausgleich "divergenter Basisfallwerte" im letzten Konvergenzschritt keinen Raum zu geben. Alle Krankenhäuser haben darauf vertraut, nach dem Ablauf der Konvergenzphase den Landesbasisfallwert abzurechnen auch wenn sie zu den „Verlierern“ der Konvergenzphase gehört haben. Diesen letzten Schritt nun nicht zu gehen, weil nun die Krankenkassen verlieren, würde jegliches Vertrauen der Krankenhäuser in eine verlässliche Gesundheitspolitik und in dieses Gesetz zerstören.

Alle Regelungen müssen sich schon jetzt daran messen lassen, ob sie geeignet sind, den intensiver werdenden Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern, anderen Leistungserbringern und schließlich auch den Krankenkassen sinnvoll zu regulieren. Dafür sind aus Sicht des BDPK in diesem Gesetz einige Nachsteuerungen notwendig, um rationale und gewollte Effekte des Wettbewerbs auf ein leistungsfähiges Gesundheitswesen zu erreichen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

§ 10 KHG: Reform der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser

Der BDPK begrüßt die Initiative, ein System zur Investitionskostenfinanzierung zu entwickeln, das einen Einstieg in ein wettbewerblich gesteuertes Krankenhauswesen ermöglicht. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Entwicklung von Investitionspauschalen ist ein Schritt in die richtige Richtung. Der Umstieg muss allerdings folgenden Erfordernissen gerecht werden:

1. Auch die Krankenhäuser **mit Versorgungsvertrag** müssen in einem wettbewerblich ausgestalteten System in die Investitionskostenfinanzierung einbezogen werden. Deshalb ist § 10 Abs. 1. Satz 1 KHG hinter den Worten „... aufgenommen sind..“ um die Worte „und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V“ zu ergänzen.
2. Es muss im Dialog mit den Ländern die Gewährleistung einer **auskömmlichen** Investitionskostenfinanzierung sichergestellt werden, was eine deutliche Anhebung der heutigen Investitionsquote bedeutet.
3. Weiterhin ist eine **gleichberechtigte** Investitionskostenförderung der Krankenhäuser unabhängig von ihrer Trägerschaft zu gewährleisten.
4. Bei der Entwicklung von leistungsbezogenen Zuschlägen, die als Teil der Fallpauschalen und somit nicht als öffentlicher Zuschuss ausgezahlt werden, sind steuerrechtliche Konsequenzen zu bedenken. Zwischen den unterschiedlichen Organisationsformen der Krankenhausträger (gemeinnützige, gewerbliche, öffentlich-rechtliche) bestehen erhebliche ertragsteuerliche Unterschiede, die dazu führen können, dass Rückstellungen für Investitionen bei gewerblichen Krankenhausträgern Körperschaftsteuerpflichtig würden. Die gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger, die die Voraussetzungen der §§ 51 ff. AO erfüllen und mit dem Krankenhaus einen Zweckbetrieb i.S.v. § 67 AO

begründen, können die Fallpauschalen gem. § 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG, § 3 Nr. 6 bzw. Nr. 20 GewStG ertragssteuerfrei vereinnahmen. Bei der Entwicklung und Einführung von Investitionspauschalen muss sichergestellt werden, dass Rücklagen für Investitionen für alle Krankenhäuser unabhängig von ihrer Trägerschaft steuerfrei bleiben.

§ 17 d KHG: pauschalierendes Entgeltsystem auch für Leistungen der neurologischen Frührehabilitation in Auftrag geben

Noch immer schwierig gestaltet sich die Abbildung der Leistungen der neurologischen Frührehabilitation im DRG-Fallpauschalensystem. Wie bei der Behandlung psychiatrischer Patienten auch sagt die Diagnose wenig über die Schwere der Erkrankung, den daraus resultierenden Behandlungsbedarf und die vermutlich erforderliche Behandlungsdauer im Krankenhaus aus. Dies trifft mit den historisch gewachsenen unterschiedlichen Versorgungsangeboten in den einzelnen Bundesländern zusammen. Deshalb schlagen wir vor, für die Vergütung der neurologischen Frührehabilitation im Krankenhaus ebenfalls ein leistungsbezogenes pauschalierendes Entgeltsystem zu entwickeln und umzusetzen. Analog der Regelung für die Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen im neuen § 17d KHG des Referentenentwurfs zum KHRG könnte ein entsprechender Auftrag an die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auch für die neurologische Frührehabilitation erteilt werden. Wir verweisen an dieser Stelle auf unsere Ausführungen in **Anlage 1** zu unserer Stellungnahme.

§ 4 Abs. 2 KHEntgG Erlöse für Überlieger

§ 4 Abs. 2 regelt, dass Erlöse für Überlieger dem Jahr zugerechnet werden, in dem sie entlassen werden. In der Praxis kommt es dabei regelmäßig zu dem Problem, dass die Zuordnung zum neuen Budgetjahr nach dem alten Katalog des Vorjahres erfolgt. Zudem ist im Abschnitt „B 2“ für Erlöse der Jahresüberlieger kein Feld zur expliziten Ausweisung vorgesehen. Anzustreben ist eine bundeseinheitliche Systematik, die die Verwerfung des Budgets des neuen Jahres mit dem Katalog des alten Jahres verhindert.

§ 4 Abs. 7 KHEntgG Konvergenzphase für besondere Einrichtungen:

Die Anwendung der Regelung des § 4 Abs. 7 KHEntgG sollte nicht ausschließlich auf besondere Einrichtungen begrenzt werden. Daher sollte eine gleichlautende Regelung für alle Leistungen geschaffen werden, die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhausesindividuell vereinbart wurden und nun als DRG-Entgelte ausgewiesen werden. Dadurch wird auch für diese Leistungen entsprechend der Begründung zum Gesetzentwurf ermöglicht, dass eine „starke und plötzliche Anpassung des Erlösanteiles an das landeseinheitliche Preisniveau“ (in der Regel Absenkung) in einem Schritt vermieden wird. Besonders dramatisch können die Konsequenzen sein, wenn ein Großteil des Gesamtbudgets eines Krankenhauses ausschließlich aus einer oder aus einigen wenigen Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG besteht.

§ 4 Abs. 10 KHEntgG zum Erlösbudget

Das vorgeschlagene Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals ist ein wichtiges politisches Signal für den Stellenwert der Arbeit des Pflegepersonals in den Krankenhäusern und den zunehmenden Druck, der auf ihm lastet. Allerdings bezweifeln wir, ob dieses Programm tatsächlich geeignet ist, die Belastung des Pflegepersonals zu reduzieren. Krankenhäuser, die sich bemüht haben das Pflegepersonal in jüngster Vergangenheit nicht zu entlassen, werden von dieser Regelung genauso wenig profitieren, wie die Krankenhäuser, die unter finanziellem Druck auch 30 % der zusätzlich anfallenden Personalkosten nicht tragen können. Krankenhäuser könnten motiviert sein, wegen der zusätzlichen finanziellen Mittel unternehmerische Entscheidungen mit beträchtlicher finanzieller Auswirkung zu treffen, die sie sonst nicht getroffen hätten, sie aber langfristig binden. Auch die aus dieser Regelung resultierende Bürokratie muss kritisch erwähnt werden. Deshalb erscheint es sinnvoll, diese finanziellen Mitteln zum 100 %-Ausgleich der Personalkostensteigerungen nach § 10 Abs. 5 KHEntgG zu verwenden.

§ 10 Abs. 5 KHEntgG Vereinbarungen auf Landesebene

Die Begrenzung des Ausgleichs der Personalkostensteigerung auf 50 % ist gemessen an den zu tragenden finanziellen Lasten zu gering, zumal die tatsächlichen Personalkostensteigerungen nur zu 50 % mit dem über die Veränderungsrate hinausgehenden Anteil ausgeglichen werden. Dadurch ist den Krankenhäusern die Refinanzierung von weiteren Kostensteigerungen im Bereich von Energie und Sachkosten verwehrt, weil die Veränderungsrate bereits zur Deckung der gestiegenen Personalkosten verbraucht ist. Benötigt wird ein hundertprozentiger Ausgleich. Jede Entscheidung, die den Prozentsatz nach oben verändert, entlastet die Krankenhäuser und ist unseres Erachtens sinnvoller und nachhaltiger als ein subventioniertes Förderprogramm zur Entlastung der Pflege, das die Gefahr von Fehlanreizen birgt.

§ 10 Abs. 6 KHEntgG Vereinbarungen auf Landesebene

Die Ablösung der Veränderungsrate nach § 71 SGB V durch einen Klinikkostenindex wird begrüßt. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, warum die Umsetzung erst nach dem 30. Juni 2010 und somit erstmals für das Budgetjahr 2011 erfolgen soll. Weiterhin muss sichergestellt werden, dass unabhängig festgestellten Kostenentwicklung den Krankenhäuser vollumfänglich ausgeglichen werden. Einer ministeriellen Entscheidung bedarf es dafür nicht.

Die Reha-Kliniken werden von den gleichen Kostenschüben getroffen wie die Krankenhäuser. Deshalb fordern wir gemeinsam mit den anderen Spitzenverbänden der Reha-Leistungserbringer (**siehe separate Anlage 2**) eine analoge Anwendung der geplanten KHRG- Regelung für die die Reha-Kliniken. Dringend notwendig ist die Ergänzung von § 111 Abs. 5 SGB V um folgende Sätze 2 bis 5:

„§ 71 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 gelten nicht. Das Bundesministerium für Gesundheit erteilt an das Statistische Bundesamt einen Auftrag zur Ermittlung eines Orientierungswertes für Rehabilitationseinrichtungen, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen berücksichtigt. Der Wert soll jeweils zum 30. Juni eines Jahres für das

Folgejahr ermittelt werden, erstmals zum 30. Juni 2009. Die Vergütung des Folgejahres nach Satz 1 erhöht sich vorbehaltlich abweichender Vereinbarungen um diesen Wert.“

Vergütung belegärztlicher Leistungen

Das Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 01.01.2007 hat zu einer Existenzbedrohung belegärztlicher Kliniken bzw. – Abteilungen geführt, da nun alle Krankenhäuser mit Vertragsärzten zur Erbringung stationärer Krankenhausleistungen kooperieren dürfen. Dafür werden diese Kliniken mit der Hauptabteilungs-DRG vergütet, die in der Regel um im Schnitt 30 % über der belegärztlichen DRG liegen. Diese Kliniken haben damit erheblich mehr finanziellen Spielraum, die Kooperation mit Vertragsärzten auszugestalten, was für die Belegärzte lukrativer als das belegärztliche Vergütungssystem der Kassenärztlichen Vereinigungen ist. So werden z. B. die Leistungen unmittelbar nach ihrer Erbringung mit den vereinbarten Beträgen zeitnäher und unbürokratischer gezahlt. Diese Attraktivität nutzen nun viele Belegärzte und arbeiten statt mit der Belegklinik mit dem benachbarten Hauptabteilungs-Krankenhaus zusammen. Aus der ehemaligen Privilegierung für die Belegkliniken erwächst nunmehr ein gravierender Wettbewerbsnachteil, weil zu den schlechteren finanziellen keine Belegärzte mehr zur Verfügung stehen. Um die Benachteiligung der belegärztlichen Abteilungen und Belegkrankenhäuser gegenüber Hauptabteilungen aufgrund der Anwendbarkeit des VÄndG aufzuheben, müssen auch Belegkliniken und Belegabteilungen die Möglichkeit erhalten, das VÄndG anwenden zu dürfen. Zu konkreten Vorschlägen entsprechende gesetzliche Änderungen verweisen wir auf **Anlage 3** zu dieser Stellungnahme.

Anlage 1 zur Stellungnahme des BDPK zum KHRG

zur Vergütung der neurologischen Frührehabilitation im DRG-System

Die Frührehabilitation im Krankenhaus ist im Jahr 2001 in Zusammenhang mit der Einführung des SGB IX in § 39 Abs. 1 SGB V als Bestandteil der Krankenhausbehandlung ausgewiesen worden. Mit Einführung des DRG-Systems stellte sich die Aufgabe, für die Frühreha eine adäquate Vergütungsregelung im Fallpauschalenkatalog zu finden, die bis dato nicht zufriedenstellend gelöst ist. Eine sach- und leistungsgerechte Abbildung der Frührehabilitation im DRG-System gestaltet sich vor allem deshalb so schwierig, weil die leistungsrechtliche Definition und Zuordnung zur Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsbehandlung in den einzelnen Bundesländern den historisch gewachsenen Strukturen Rechnung trägt und daher sehr unterschiedlich geregelt ist.

Dem konnte bislang durch die Anerkennung der Frührehabilitationseinrichtungen vor Ort als besondere Einrichtung nach § 17 Absatz 1 Satz 15 KHG und Vereinbarung individueller Leistungsentgelte weitgehend sachgerecht entsprochen werden. Allerdings haben die Einrichtungen keinen gesetzlichen Anspruch, als besondere Einrichtung anerkannt zu werden. Dies setzt vielmehr die Bereitschaft der Kostenträger voraus, die nicht immer gegeben ist und auch in Zukunft für die Kliniken keine verlässliche Option darstellt. Vielmehr wird es zunehmend schwieriger, diese Option vor Ort umzusetzen.

Besonders problematisch stellt sich diese Situation für die neurologische Frührehabilitation im Krankenhaus dar. Deshalb schlagen wir die Aufnahme folgender Regelung im Krankenhausfinanzierungsgesetz vor:

Im Gesetzgebungsverfahren zur Krankenhausfinanzierung ab 2009 sollte eine Öffnungsklausel im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aufgenommen werden, die die Entwicklung eines differenzierten tagesbezogenen pauschalierten Entgeltsystems für die neurologische Frührehabilitation durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vorsieht.

Begründung:

Im DRG-Fallpauschalenkatalog erfolgt die Zuordnung der Leistungen im Bereich der neurologischen Frührehabilitation (NFR) unter anderem anhand eines Verweildauersplits. Für Patientenfälle mit einer Verweildauer von bis zu 27 Tagen sind kalkulierte DRG-Entgelte im Hauptabteilungskatalog ausgewiesen. Für Behandlungsfälle mit einer Verweildauer über 27 Tage werden krankenhausespezifische Entgelte vereinbart. Diese Regelung führt in der Praxis unter anderem zu Schwierigkeiten bei der Budgetplanung und bei der Verrechnung von Minder- und Mehrerlösen. Diese Problematik lässt sich durch die Anerkennung der Leistungserbringung zur neurologischen Frührehabilitation als besondere Einrichtung lösen.

Eine gesetzlich verankerte Anerkennung der NFR als besondere Einrichtung würde eine sachgerechte Vergütung und den Erhalt des aktuell medizinisch sehr hochwertigen und differenzierten Angebotes sicherstellen. Das DRG-System hat von Anfang an Öffnungsklauseln für besondere Tatbestände vorgesehen. Der BDPK sieht diese Tatbestände für die NFR nach wie vor für gegeben.

Die Politik und die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene signalisieren jedoch deutlich eine Abkehr von Ausnahmeregelungen im DRG-System. In der Tendenz gehen die Bestrebungen dahin, die NFR stärker in das Fallpauschalen-System zu integrieren. Eine verweildauerorientierte Fallpauschalenlösung stellt jedoch für die NFR keine sachgerechte Vergütungsbasis dar.

Für die Psychiatrie und Psychosomatik werden derzeit Überlegungen zur Einführung eines tagesbezogenen, pauschalierten Entgeltsystems angestellt. Im Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zu den technischen Regelungen in den Krankenhausfinanzierungsgesetzen ab 2009 ist in einem neuen § 17d KHG der konkrete Auftrag an die Selbstverwaltung zur Entwicklung eines entsprechenden Entgeltsystems vorgesehen.

Die NFR im Krankenhaus weist hinsichtlich Organisation, Aufgaben und Abläufen zahlreiche Parallelen zur Psychiatrie auf. Die Verweildauer hängt in der NFR ebenso wie in der Psychiatrie kaum von der zugrunde liegenden Diagnose, sondern vielmehr von der Schwere der aus der Diagnose resultierenden Beeinträchtigungen und der damit verbundenen sehr unterschiedlichen Behandlungsbedarfe ab. Zudem

erschwert die große und inhomogene Streuung der Verweildauer die Ermittlung von kostenhomogenen Fallgruppen, die für die Kalkulation von Fallpauschalen erforderlich sind. Deshalb erscheint die Entwicklung von tagespauschalierten Entgelten für die NFR sachgerechter als eine verweildauerorientierte Fallpauschalenlösung.

Die tagespauschalierten Entgelte müssten jedoch ausreichend differenziert werden und den jeweils erforderlichen Ressourcenbedarf der Behandlung adäquat abbilden. Hierfür bedarf es einer Präzisierung der Leistungsdefinition, die letztlich für die Differenzierung der Vergütung ausschlaggebend ist. Es bietet sich an, dabei auf die vorhandenen OPS-/ICD-Kataloge zurückzugreifen. Um eine Überfrachtung und Verkomplizierung der vorhandenen Codes zu vermeiden, sollte bei Bedarf eine Erweiterung der Kataloge um weitere Codes in Betracht gezogen werden. Als Differenzierungskriterien zu berücksichtigen sind z. B. Beatmung, intensivmedizinischer Bedarf, MRSA-Infektionen, gerätetechnische Vorhalteleistungen, Präzisierung von Funktionstherapie und Pflege, etc.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass es in diesem Zusammenhang ausschließlich um eine sach- und leistungsgerechte Vergütungsregelung der NFR im Krankenhausbereich (§§ 108,109 SGB V) geht. Die Vertrags- und Vergütungsstrukturen der NFR im §111-Bereich sind in diesem Zusammenhang nicht tangiert. Die historisch gewachsenen und bewährten Strukturen in der NFR sowie die örtliche Ansiedlung und in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Zuordnung der NFR zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V bzw. zur Rehabilitation nach § 40 SGB V werden nicht in Frage gestellt.

Anlage 2 zur Stellungnahme des BDPK zum KHRG ist separat beigefügt

Anlage 3 zur Stellungnahme des BDPK zum KHRG

zur Zukunft der belegärztlichen Versorgung

1. Standpunkt des BDPK
2. Erläuterung: Zur Stellung des Belegarztwesens heute und in der Zukunft
3. Umsetzung: Gesetzesvorschlag des BDPK

1. Standpunkt des BDPK

Nach § 121 Abs. 1 S. 1 SGB V sollen Krankenkassen und Leistungserbringer auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten hinwirken. Die belegärztliche Versorgung gilt zu Recht als Prototyp der integrierten Versorgung, die idealtypisch die Schnittstelle zwischen ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit und stationärer Krankenhausversorgung überwindet.

Aufgrund unterschiedlicher rechtlicher und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen im stationären und ambulanten Sektor einerseits und in Haupt- und Belegabteilung andererseits sowie damit einhergehender divergierender Interessenlagen war und ist diese Aufgabenstellung als erhebliche Herausforderung anzusehen. Die Krankenhäuser haben sich dieser Herausforderung immer gestellt, durchaus nicht zum eigenen Vorteil.

Der BDPK spricht sich weiterhin ausdrücklich für den Erhalt der belegärztlichen Versorgung aus. Hierfür bedarf es weitergehender Anstrengungen des Gesetzgebers.

Die Zukunft der belegärztlichen Versorgung ist trotz der intensiven politischen Bemühungen und Diskussionen in den vergangenen Jahren nach wie vor nicht sichergestellt: Eine nachhaltige Verbesserung der Honorarsituation durch das neu in den EBM eingeführte Kapitel 36 und die – bislang nur teilweise und zögerlich umgesetzte – Bundesempfehlung, die Finanzierung der belegärztlichen Leistungen künftig außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung zu leisten, erscheint mindestens zweifelhaft. Die zunehmenden Verzerrungen im Rahmen der Krankenhausfinanzierung zu Lasten der Belegabteilungen und Belegkrankenhäuser bestehen ohnehin fort; die Bewertungsdifferenzen zwischen Haupt- und Belegabteilungs-DRGs haben sich in den letzten Jahren erheblich zu Lasten der

Belegabteilung bzw. Belegkrankenhäuser vergrößert und begründen in zunehmendem Maße auch eine Wettbewerbsverzerrung zwischen Haupt- und Belegabteilungen. Diese Ungleichheit im Wettbewerb zwischen Haupt- und Belegabteilung ist durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz noch wesentlich verschärft worden, wodurch die Zukunftsfähigkeit des Belegarztwesens bis an die Grenze seines Niedergangs gefährdet ist. Betroffen sind gut 6.300 Belegärztinnen und –ärzte sowie neben zahlreichen Belegabteilungen insbesondere die 170 reinen Belegkliniken, die zum großen Teil die Grundversorgung der Bevölkerung im ländlichen Bereich sicherstellen.

Der BDPK ist der Auffassung, dass der Gesetzgeber tätig werden muss, wenn das Belegarztwesen sichergestellt werden soll.

Die Vereinbarung der Regierungsparteien im Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 sollte umgesetzt werden, die Vergütung der belegärztlichen Leistungen im Rahmen des DRG-Systems zu regeln und vorzunehmen. Der BDPK erhält vorrangig seinen Vorschlag zur **„Neuregelung der Vergütung belegärztlicher Leistungen im Rahmen des DRG-Systems“** aus der Stellungnahme zum GKV-WSG vom 09.11.2006 (Anlage 1) aufrecht.

Jedenfalls aber müssen für Belegabteilungen und Belegkrankenhäuser faire Bedingungen im Wettbewerb um den niedergelassenen Arzt geschaffen werden, der in Hauptabteilungen nach Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes als Honorararzt tätig werden kann und als solcher von Hauptabteilungen verstärkt eingesetzt wird. Diesen Trend bestätigen auch die Ergebnisse der Jahresumfrage 2007 des DKI-Krankenhaus-Barometers. Die überwiegende Mehrheit der befragten Krankenhäuser gab an, zukünftig die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz geschaffenen Möglichkeiten nutzen zu wollen. Die Anstellung niedergelassener Vertragsärzte im Krankenhaus beabsichtigten zum Zeitpunkt der Umfrage 39 Prozent der Häuser (vgl. Deutsches Krankenhaus Institut, Krankenhaus Barometer, Umfrage 2007, Seite 53). Von Gesetzes wegen muss den Belegabteilungen und Belegkrankenhäusern daher mindestens die Möglichkeit eröffnet werden, wie eine Hauptabteilung agieren zu können, anstelle und/oder zusätzlich zu den Belegärzten Honorarärzte zu beschäftigen und zu vergüten, deren Tätigkeit also mit der Hauptabteilungs-DRG abzurechnen. Der BDPK spricht sich insoweit für ein gesetzlich gewährtes **„Wahlrecht der Belegabteilungen und Belegkrankenhäuser zum Einsatz von Honorarärzten und deren Vergütung aus der Hauptabteilungs-DRG“** aus.

2. Erläuterung: Zur Stellung des Belegarztwesens heute und in der Zukunft

Die Zukunft der belegärztlichen Versorgung ist trotz intensiver politischer Bemühungen und Diskussionen noch immer nicht sichergestellt. Derzeit ergibt sich aus Sicht des BDPK der folgende Sachstand:

a. Bewertung belegärztlicher Leistungen

Durch das neu eingeführte Kapitel 36 EBM 2008 ist eine Neubewertung der belegärztlichen Leistungen erfolgt. Auf Bundesebene wurde zudem zwischen KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen die Empfehlung vereinbart, zur Stützung der belegärztlichen Punktwerte die belegärztlichen Leistungen in Höhe von 74 Millionen Euro außerbudgetär zu vergüten. Die Umsetzung dieser Empfehlung ist (Stand: Juni 2008) in 10 von 17 KV-Bereichen erfolgt.

Gleichwohl bestehende Probleme:

Die wirtschaftliche Situation der Belegärzte ist trotz fester Punktwerte und extrabudgetärer Vergütung auch weiterhin offenbar nicht befriedigend. Die Belegärzte machen trotz dieser Verbesserungen zunehmend von der Möglichkeit Gebrauch, mit Krankenhäusern auf der Grundlage des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zu kooperieren, ohne länger den Belegarztstatus zu benötigen. D.h. sie werden als Honorarärzte in den Hauptabteilungen der Krankenhäuser tätig. Diese Krankenhäuser haben die Möglichkeit, die Hauptabteilungs-DRG abzurechnen und mit den Honorarärzten im Innenverhältnis eine individuelle und leistungsabhängige Vergütung zu vereinbaren, die sie aus der Hauptabteilungspauschale leisten und die in der Regel höher ist, als die entsprechende Vergütung der Belegärzte nach dem EBM.

Ferner bestehen die Unterschiede in den Abrechnungssystemen für den stationären Anteil (DRG) und den vertragsärztlichen Anteil der belegärztlichen Leistungen (EBM) weiterhin. Durch unterschiedliche Kodieranforderungen bestehen unüberwindbare und inakzeptable Inkonsistenzen, die sich in der Regel zu Lasten des Krankenhauses auswirken, dass sich auf die Kodierung durch den Belegarzt verlassen muss, dem seinerseits die Kodieranforderungen des stationären Leistungsanteils (naturgemäß) nicht gewahrt sind. Im EBM sind noch immer nicht alle für die belegärztliche Versorgung relevanten OPS-Codes aufgeführt. Nicht einmal die Leistungsbeschreibungen im ambulanten und vertragsärztlichen Bereich passen im DRG-System und im EBM derzeit zusammen.

b. Situation im Krankenhausbereich

Unverändert sind die belegärztlichen Fallpauschalen im Verhältnis zu den vergleichbaren Hauptabteilungs-DRG erheblich stärker abgewertet, als die ausgewiesenen Arztkosten der Hauptabteilungs-DRG dies rechtfertigen können.

Das zur Bewertung belegärztlicher Leistungen bereits Ausgeführte gilt hier vice versa: Zusammen mit dem Problem der nach wie vor unzulänglichen Vergütung der belegärztlichen Leistungen haben sowohl Belegärzte als auch Belegkrankenhäuser durch die Abrechnung ihrer Leistungen in zwei unterschiedlichen und nicht kompatiblen Systemen wirtschaftliche Nachteile gegenüber allen anderen Krankenhäusern. Diese können nach den Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes gleichermaßen wie Belegabteilungen mit Vertragsärzten stationäre Leistungen erbringen, allerdings auf der Basis von Hauptabteilungs-DRG. Hieraus ergibt sich eine Verzerrung des Wettbewerbs zwischen denjenigen Krankenhäusern, die für von Belegärzten erbrachte Leistungen belegärztliche Fallpauschalen abrechnen müssen, und denjenigen Krankenhäusern, die für die im Wesentlichen gleichen Leistungen eines Honorararztes die Hauptabteilungs-DRG abrechnen dürfen. Dieses so genannte Honorararzt-Modell stellt eine ernsthafte Gefahr für den Bestand des Belegarztwesens dar. Belegabteilungen werden der Konkurrenz durch Hauptabteilungen nicht standhalten können, wenn für sie weiterhin gilt, dass die ärztlichen und die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen jeweils über verschiedene Abrechnungssysteme vergütet und in der Summe gegenüber dem Honorararzt-Modell finanziell benachteiligt werden.

Krankenhäuser mit Belegabteilungen sind derzeit allerdings in dieser Abrechnungssystematik sowohl planungsrechtlich als auch finanzierungsrechtlich gefangen. Belegabteilungen befinden sich in einer „Zwickmühle“: Allenfalls durch eine Umwandlung der Belegabteilung in eine Hauptabteilung wäre eine Auflösung dieser Problematik derzeit denkbar. **Zum einen aber** ist diese Möglichkeit nicht allen Belegabteilungen gleichermaßen gegeben, da das insoweit zur Anwendung gelangende Recht von Land zu Land unterschiedlich ausgestaltet ist und einige landesrechtliche Regelungen eine Umwandlungsmöglichkeit sogar ausschließen. Auch sind die budgetrechtlichen Regelungen nicht so gestaltet, um die Umwandlung von Beleg- in Hauptabteilungen technisch reibungslos umzusetzen; sowohl in der Budgetverhandlung als auch in der Mehrerlösproblematik würde sich die Ungleichheit fortsetzen. Denjenigen Krankenhäusern, denen die Umwandlung indes nicht gelingt, gehen die Belegärzte verloren, die sich in zunehmendem Maße der Honorararztstätigkeit zuwenden. **Zum anderen aber** bedeutete die Möglichkeit zur Umwandlung für alle Häuser und deren Umsetzung durch die Belegabteilungen und Belegkrankenhäuser das Ende des Belegarztwesens in seiner bisherigen Form. Dann gäbe es mittelfristig nur noch ein Honorararztwesen nach den durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz geschaffenen Möglichkeiten zur Beschäftigung eines Vertragsarztes im Krankenhaus.

Diese Problematik trifft die zahlreichen reinen Belegkrankenhäuser, also die Allgemeinkrankenhäuser, die ausschließlich mit Belegbetten – häufig in unmittelbarer

räumlicher Nähe und ohnehin im Wettbewerb zum Krankenhaus mit Hauptabteilungen – betrieben werden, im Besonderen.

c. Lösungsmöglichkeiten

Neuregelung der Vergütung belegärztlicher Leistungen im Rahmen des DRG-Systems

Der BDPK ist der Auffassung, dass auch weiterhin vorrangig die Vereinbarung der Regierungsparteien im Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 umgesetzt werden sollte. Hiernach sollte die Überführung der belegärztlichen Vergütung in das DRG-System angestrebt werden. Zwar hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwischenzeitlich in einem Schreiben vom 26.07.2007 geäußert, einer Initiative zur Überführung der belegärztlichen Vergütung in das DRG-System bedürfe es nach der Einführung des Kapitel 36 in den EBM nicht mehr. Angesichts der vorstehend geschilderten Notwendigkeit gesetzgeberischen Handelns wird diese Auffassung zu überdenken sein.

Der BDPK ist nach wie vor der Auffassung, dass die Überführung der belegärztlichen Vergütung in das DRG-System der richtige und konsequente Ansatz ist, die belegärztliche Versorgung als eine bewährte wirtschaftliche und vernetzte Versorgungsform, die vor allem in ländlichen Gebieten eine unverzichtbare Säule zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung darstellt, zu erhalten.

Dieser Ansatz wird also weiterhin verfolgt. In seiner Stellungnahme zum Entwurf des GKV-WSG hat der BDPK am 09.11.2006 eine gesetzestechnische „Neuregelung der Vergütung belegärztlicher Leistungen im Rahmen des DRG-Systems“ vorgeschlagen. Dieser Vorschlag hat angesichts der vorstehend dargestellten Probleme nichts an seiner Gültigkeit verloren. Die Stellungnahme vom 09.11.2006 nebst Gesetzesvorschlag ist daher hier als **Anlage 1** beigefügt.

Wahlrecht der Belegabteilungen und Belegkrankenhäuser zum Einsatz von Honorarärzten und deren Vergütung aus der Hauptabteilungs-DRG

Der BDPK hält die Dringlichkeit gesetzgeberischen Handelns zur Rettung des Belegarztwesens aufgrund der vorstehend dargelegten Umstände – insbesondere wegen der Wettbewerbsverzerrung durch die Einrichtung des Honorararztmodells durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – indes für zu groß, als dass die Gefahr gesetzgeberischer Untätigkeit in Kauf genommen werden kann.

Wenn nicht jetzt faire Bedingungen im Wettbewerb zwischen Hauptabteilung und Belegabteilung um den kooperierenden Vertragsarzt geschaffen werden, werden

Belegabteilungen kurz- bis mittelfristig nicht länger betrieben werden können, weil es an kooperationswilligen Belegärzten fehlt. Dies wird Auswirkungen auf den Bestand der bestehenden Versorgungsstruktur haben, denn bislang in der Krankenhausplanung berücksichtigte und teilweise ausdrücklich ausgewiesene belegärztliche Abteilungen werden – in krankenhauplanerischer Hinsicht ersatzlos – wegfallen.

Selbst wenn der Gesetzgeber – entgegen den Vereinbarungen im Koalitionsvertrag – die Überführung der belegärztlichen Vergütung in das DRG-System nicht umsetzen möchte, bleibt es bei der dringenden Handlungsnotwendigkeit.

Der BDPK ist der Auffassung, dass es zur Überwindung der Wettbewerbsverzerrungen zwischen Haupt- und Belegabteilungen aufgrund des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes mindestens der folgenden Neuregelungen bedarf:

- ⇒ Den Belegabteilungen wird ein Wahlrecht eingeräumt, den Vertragsarzt entweder als Belegarzt nach dem bisherigen System oder nach dem Honorararztmodell mit der stationären Leistungserbringung zu betrauen.
- ⇒ Der Vertragsarzt, der auf der Basis des Honorararztmodells stationäre Leistungen in Belegabteilung erbringt, teilt seiner zuständigen KV die Tätigkeit als Honorararzt mit. Die auf der Basis des Honorararztmodells in der Belegabteilung vom Vertragsarzt erbrachten Leistungen sind keine vertragsärztlichen Leistungen; der Sicherstellungsauftrag der KVen wird insoweit eingeschränkt; einer Auswahlentscheidung nach den Kriterien des vertragsärztlichen Versorgungsbedarfs (§ 103 Abs. 7 SGB V) bedarf es daher nicht.
- ⇒ Die Belegabteilungen und -kliniken werden im Falle der Wahl des Honorararztmodells abrechnungstechnisch den Hauptabteilungen gleichgestellt werden, d.h. sie dürfen die Hauptabteilungs-DRG abrechnen.
- ⇒ Die nach dem Honorararztmodell vergüteten belegärztlichen Leistungen des Vertragsarztes werden nicht zugleich nach dem EBM abgerechnet werden. Hierzu wird eine entsprechende Regelung durch die Parteien der Gesamtverträge geschaffen.
- ⇒ Für die Belegabteilungen und -kliniken wäre nichts gewonnen, wenn die durch Ausübung des eingeräumten Wahlrechts entstehenden zusätzlichen Hauptabteilungserlöse zum einen als Mehrerlös ausgeglichen und zum anderen nicht oder nur teilweise zur Budgeterhöhung im Folgezeitraum beitragen würden. Es ist daher

vorzusehen, dass die zusätzlichen Erlöse zum einen voll budgetwirksam und zum anderen nicht als Mehrerlös auszugleichen sein sollen. Das zwangsläufig reduzierte Vergütungsvolumen in der belegärztlichen Versorgung gemäß EBM kommt konsequenterweise dem Krankenhausbudget zugute, unabhängig davon, ob es als Bestandteil der Gesamtvergütung oder außerbudgetäre Vergütung entrichtet wird.

- ⇒ Einer Regelung zur Bereinigung des vertragsärztlichen Gesamtbudgets bedarf es nicht, wenn die Parteien der Gesamtverträge in allen Ländern der Empfehlung auf Bundesebene folgen, die Vergütung für belegärztliche Leistungen extrabudgetär zu gestalten; die Verlagerung von der belegärztlichen Vergütung zur Hauptabteilungs-DRG führt in diesem Fall automatisch zu einer sukzessiven Verringerung des Volumens der belegärztlichen Vergütung im selben Umfang.

Auf diese Weise kann innerhalb des weiterhin fortbestehenden Belegarztsystems eine Öffnung zu mehr Gleichheit im Wettbewerb angelegt werden.

|

- 3. Umsetzung: Gesetzesvorschlag des BDPK**
- a. Vorstellung eines Artikelgesetzes zur Einführung des Wahlrechts der Belegabteilungen und Belegkrankenhäuser zum Einsatz von Honorarärzten und deren Vergütung aus der Hauptabteilungs-DRG.**

Artikel 1 - Änderung des Sozialgesetzbuches V

§ 85 Abs. 3 e SGB V - Neuer Absatz 3 f:

„Die Gesamtvergütung umfasst nicht diejenigen ärztlichen Leistungen, die aufgrund privatrechtlicher Vereinbarung zwischen dem Krankenhausträger und dem Vertragsarzt (Honorararztvertrag) vom Vertragsarzt im Krankenhaus erbracht und dem Vertragsarzt vom Krankenhausträger unmittelbar vergütet werden. Satz 1 gilt auch, soweit es sich um Leistungen eines Belegarztes oder um Leistungen in einer Belegabteilung des Krankenhausträgers bzw. im Belegkrankenhaus handelt. Soweit belegärztliche Leistungen aus der nach Absatz 2 vereinbarten Gesamtvergütung vergütet werden, ist die Gesamtvergütung um die honorarärztlichen Leistungen zu bereinigen.“

§ 103 Abs. 7 - Neue Fassung Satz 1:

„In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, haben Krankenhausträger das Angebot zum Abschluss von Belegarztverträgen auszuschreiben; dies gilt nicht für Honorararztverträge nach § 121 Abs. 3 Satz 4.“

106 Abs. 6 - Neuer Satz 2:

„Dies gilt nicht für belegärztliche Leistungen auf der Grundlage eines Honorararztvertrages nach § 121 Abs. 3 Satz 4.“

§ 121 - Neue Fassung Abs. 2:

„Belegärzte im Sinne dieses Gesetzbuches sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind,

ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln.“ (gestrichen wird der letzte Halbsatz: „ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.“)

§ 121 - Neue Fassung Abs. 3 Satz 1:

„Die belegärztlichen Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet, soweit die Parteien der Gesamtverträge nichts anderes geregelt haben.“

§ 121 - Neuer Abs. 3 Satz 4 ff.:

„Die Vergütung belegärztlicher Leistungen kann abweichend von den Sätzen 1 bis 3 auf der Grundlage einer privatrechtlichen Vereinbarung zwischen dem Krankenhausträger und dem Belegarzt (Honorararztvertrag) auch unmittelbar in diesem Rechtsverhältnis geregelt und gezahlt werden. Die Parteien dieses Honorararztvertrages sind verpflichtet, den Abschluss dieses Vertrages der für den Belegarzt zuständigen KV anzuzeigen.“

§ 285 - Neue Fassung Abs. 1 Ziff. 4:

„Vergütung belegärztlicher Leistungen (§ 121) soweit diese nicht auf der Grundlage eines Honorararztvertrages nach § 121 Abs. 3 Satz 4 vergütet werden.“

Artikel 2 - Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 2 - Neue Fassung Abs. 1 Satz 2:

„Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger, es sei denn, diese werden auf der Grundlage einer privatrechtlichen Vereinbarung zwischen dem Krankenhausträger und dem Belegarzt (Honorararztvertrag) erbracht und vergütet.“

§ 4 - Neuer Absatz 4 Satz 6:

„Beruhen die zusätzlichen Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 auf der Umwandlung einer Belegabteilung in eine Hauptabteilung oder auf dem Abschluss eines Honorararztvertrages zwischen dem Krankenhausträger und dem Belegarzt, werden diese zu 100 % finanziert und bei der Budgetanpassung berücksichtigt; eine Verrechnung findet nicht statt.“

§ 4 - Neuer Absatz 9 Satz 5 einfügen:

„Mehrerlöse aufgrund zusätzlicher Leistungen nach § 4 Abs. 4 Satz 6 werden nicht ausgeglichen.“

§ 10 Abs. 3 Satz 1 – Neue Nummer 8 einfügen:

„8. erhöhend die zusätzlichen Leistungen nach § 4 Abs. 4 Satz 6.“

§ 10 Abs. 4 – Ergänzung des Satz 2 um einen neuen zweiten Halbsatz:

„; als infolge der Weiterentwicklung des DRG-Systems technisch bedingt anzusehen sind insbesondere die zusätzlichen Leistungen nach § 4 Abs. 4 Satz 6.“

§ 18 - Neue Fassung Abs. 1:

„Belegärzte im Sinne dieses Gesetzes sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus Unter Inanspruchnahme der hierfür bereit gestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln.“ (gestrichen wird der letzte Halbsatz des Satzes 1: „ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.“)

§ 18 - Neuer Absatz 2 Satz 3 und 4:

„Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Belegpatienten, für deren Behandlung durch den Belegarzt der Krankenhausträger dem Belegarzt auf der Grundlage einer privatrechtlichen Vereinbarung zwischen dem Krankenhausträger und dem Belegarzt (Honorararztvertrag) eine Vergütung zu zahlen hat. Für diese darf der Krankenhausträger die in der entsprechenden Hauptabteilung geltenden Fallpauschalen und Zusatzentgelte bzw. Pflegesätze berechnen. Dies gilt auch, wenn die Behandlung nicht durch einen Belegarzt, sondern durch einen Vertragsarzt auf der Basis eines mit dem Krankenhausträger abgeschlossenen Honorararztvertrages erfolgt.“

Artikel 3 - Änderung der Bundespflegesatzverordnung

§ 2 - Neue Fassung Absatz 1 Satz 2:

„Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 22 Abs. 1 Satz 1) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger, es sei denn, diese werden auf der Grundlage einer privatrechtlichen Vereinbarung zwischen dem Krankenhausträger und dem Belegarzt (Honorararztvertrag) erbracht und vergütet.“

b. Erläuterung des Gesetzesvorschlags

Zu § 85 Abs. 3 e SGB V - Neuer Absatz 3 f:

Durch Satz 1 des neuen Absatzes 3 f wird geregelt, dass sämtliche ärztlichen Leistungen auf der Basis eines Honorararztvertrages nicht Bestandteil der Gesamtvergütung sind, also auch, wenn es sich um Leistungen handelt, die nicht vom Belegarzt, sondern von einem sonstigen niedergelassenen Arzt erbracht werden.

Satz 2 stellt dies für Leistungen des Belegarztes bzw. in Belegabteilungen erbrachte Leistungen klar.

Für diejenigen Länder, die im Gesamtvertrag noch nicht die extrabudgetäre Vergütung belegärztlicher Leistungen geregelt haben, bedarf es der Regelung in Satz 3 des neuen Absatz 3 f dahingehend, dass dort, wo belegärztliche Leistungen aus der vereinbarten Gesamtvergütung vergütet werden, diese um die honorarärztlichen Leistungen zu bereinigen ist.

Zu § 103 Abs. 7 SGB V – Neue Fassung Satz 1:

Die Ergänzung im neu eingefügten Halbsatz 2 resultiert daraus, dass belegärztliche Leistungen, die auf der Grundlage eines Honorararztvertrages erbracht werden, keine vertragsärztlichen Leistungen sind und daher nicht der vertragsärztlichen Bedarfsplanung bedürfen.

§ 106 Abs. 6 SGB V – Neuer Satz 2

Entsprechendes gilt für die Notwendigkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung von auf der Basis eines Honorararztvertrages erbrachter belegärztlicher Leistungen. Diese sind nicht vertragsärztliche Leistung. Es stellt sich mit Blick auf die Umsetzung der Bundesempfehlung zur außerbudgetären Vergütung belegärztlicher Leistungen ohnehin die Frage nach dem weiteren Sinn der derzeit bestehenden Regelung in § 106 Abs. 6 SGB V.

Zu § 121 SGB V – Neue Fassung Abs. 2

Diese Änderung der Legaldefinition des Begriffs Belegarzt ist notwendig, um die unmittelbare Leistungsvergütung auf Honorararztbasis erbrachter belegärztlicher Leistungen durch den Krankenhausträger zu ermöglichen.

Zu § 121 SGB V - Neue Fassung Abs. 3 Satz 1:

Diese Änderung hat nichts mit der Gestaltung eines Wahlrechts zu tun. Vielmehr handelt es sich um eine Klarstellung, die deshalb sinnvoll ist, weil die Parteien der Gesamtverträge einer Empfehlung der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene folgend, zwischenzeitlich (teilweise) vereinbart haben, dass belegärztliche Leistungen extrabudgetär vergütet werden, also gerade nicht mehr die Vergütung aus der Gesamtvergütung erfolgt. Dem steht § 121 Abs. 3 Satz 1 SGB V in der bislang geltenden Fassung noch entgegen. Die vorgeschlagene Änderung trägt insoweit dem Umstand Rechnung, dass bislang nicht alle Gesamtvertragspartner der Bundesempfehlung gefolgt sind. Wenn dies geschehen ist, wird die Regelung insgesamt obsolet.

Zu § 121 SGB V – Neuer Abs. 3 Satz 4 ff.

Diese neue Regelung räumt dem Krankenhausträger die Möglichkeit ein, anstelle des Belegarztvertrages einen Honorararztvertrag zu schließen und den Honorararzt unmittelbar aus den stationären Erlösen zu bezahlen.

Zu § 285 SGB V – Neue Fassung Abs. 1 Ziff. 4

Es bedarf keiner Erfassung personenbezogener Daten im Rahmen der honorarärztlichen Leistungserbringung durch die KVen, denn diese sind keine vertragsärztlichen Leistungen.

Zu § 2 KHEntgG – Neue Fassung Abs. 1 Satz 2

Es handelt sich um die Klarstellung, dass – anders als die bisherigen Belegarztleistungen – die Leistungen des Honorararztes zu den Krankenhausleistungen zählen.

Zu § 4 KHEntgG - Neuer Absatz 4 Satz 6:

Der BDPK erkennt an, dass diejenigen Mehrleistungen zusätzlicher Honorarärzte, die bislang nicht Belegärzte im Krankenhaus waren, nicht voll budgetwirksam angesehen werden können. Anders als bei der Umwandlung der Belegabteilung in eine Hauptabteilung oder bei dem Abschluss eines Honorararztvertrages zwischen Krankenhausträger und bisherigem Belegarzt handelt es sich bei ärztlichen Leistungen zusätzlicher Honorarärzte um echte Mehrleistungen. Diese Mehrleistungen anders zu behandeln als die übrigen Mehrleistungen, die nach § 4 Abs. 4 einem bestimmten Berechnungsschlüssel unterliegen hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Budgeterhöhung, erscheint nicht gerechtfertigt.

Erbringt allerdings ein bisher als Belegarzt tätiger Vertragsarzt die Leistungen zukünftig auf der Basis eines Honorararztvertrages zwischen ihm und dem Krankenhausträger, und erhält er deshalb in Zukunft die Leistungsvergütung unmittelbar aus den Hauptabteilungs-DRG dieses Krankenhausträgers, handelt es sich gerade nicht um echte Mehrleistungen, sondern um die unmittelbare Folge der Einführung des gesetzlichen Wahlrechts. Diese Umstellungsfolgen müssen den Krankenhausträger dazu berechtigen, eine entsprechende Steigerung des Folgebudgets zu erhalten.

Die Formulierung, dass solche zusätzlichen Leistungen zu 100% finanziert werden, lässt dem Krankenhausbudget das zwangsläufig reduzierte Vergütungsvolumen für die belegärztlichen Leistungen nach EBM zugute kommen.

Zu § 4 KHEntgG - Neuer Absatz 9 Satz 5:

Es gilt das Vorstehende. Es ist gerechtfertigt, dass solche Mehrerlöse nicht ausgeglichen werden, die alleine auf der Umwandlung einer Belegabteilung in eine Hauptabteilung beruhen bzw. auf dem Abschluss eines Honorararztvertrages zwischen dem Krankenhausträger und dem bisherigen Belegarzt, denn es handelt sich nicht um zusätzliche Erlöse aus Mehrleistungen, sondern lediglich um Erlössteigerungen aufgrund anderer Berechnungsgrundlage; eine Leistungssteigerung im Sinne der üblichen Mehrerlösausgleichsregelung findet gerade nicht statt in diesen Fällen.

Auch dies stellt sicher, dass das zwangsläufig reduzierte Vergütungsvolumen für die belegärztlichen Leistungen nach EBM dem Krankenhausbudget zugute kommt.

Anders ist dies bei denjenigen Leistungen, die ein zusätzlicher Honorararzt erbringen würde. Der BDPK erkennt, dass es keine Rechtfertigung dafür gibt, auch diese auf den zusätzlichen Leistungen beruhenden Mehrerlöse nicht dem üblichen Ausgleich zu unterwerfen.

§ 10 KHEntgG

Die Neuregelungen unter dieser Vorschrift sollen ebenfalls sicherstellen, dass dem Krankenhausbudget das zwangsläufig reduzierte Vergütungsvolumen für die belegärztlichen Leistungen nach EBM zugute kommt.

Zu § 18 KHEntgG – Neue Fassung Abs. 1

Diese Änderung der Legaldefinition des Begriffs Belegarzt ist notwendig, um die unmittelbare Leistungsvergütung auf Honorararzbasis erbrachter belegärztlicher Leistungen durch den Krankenhausträger zu ermöglichen.

Zu § 18 KHEntgG - Neuer Absatz 2 Satz 3, 4 und 5:

Die neuen Sätze 3 und 4 im Abs. 2 berechtigen den Krankenhausträger, abweichend von den schon bisher bestehenden Regelungen in Sätzen 1 und

2 für vom Honorararzt erbrachte Leistungen die Hauptabteilungs-Fallpauschale abzurechnen und dem Honorararzt unmittelbar aus diesen Erlösen eine Vergütung zu bezahlen. Satz 5 stellt klar, dass der Krankenhausträger auch dann die Hauptabteilungs-DRG abrechnen darf, wenn der Belegpatient von einem Vertragsarzt behandelt wird, der mit dem Krankenhausträger einen Honorararztvertrag geschlossen hat, ohne Belegarzt zu sein.

Zu § 2 BpflV – Neue Fassung Abs. 1 Satz 2

Es handelt sich um die Klarstellung, dass – anders als die bisherigen Belegarztleistungen – die Leistungen des Honorararztes zu den Krankenhausleistungen zählen.

bag-more - Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e. V.
BamR - Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V.
BDPK - Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
Bundesverband Geriatrie e.V.
buss - Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
DEGEMED - Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
DER PARITÄTISCHE Gesamtverband e.V.
Diakonie - Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
FVS - Fachverband Sucht e.V.
VDKB - Verband Deutscher Kurörtlicher Betriebe e.V.
VKD – Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. Fachgruppe Rehabilitation
ZAT - Zentralverband ambulanter Therapieeinrichtungen Deutschland e.V.

Kontakt:

BDPK – Friedrichstraße 60 • 10117 Berlin
Telefon (030) 2400899-0, E-Mail: post@bdpk.de

Berlin, 02.10.2008

Resolution der Reha-Leistungserbringerverbände

Kassen dürfen sich nicht hinter Paragraphen verstecken!

Sachgerechte Finanzierung der medizinischen Rehabilitation sicherstellen

Mit diesem Dringlichkeits-Appell an Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und die Damen und Herren Mitglieder des Deutschen Bundestages fordern die oben genannten Verbände der Anbieter medizinischer Rehabilitationsleistungen von den Politikern, die Krankenkassen stärker in die Verantwortung für die sachgerechte Finanzierung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu nehmen. Die Preisbildung für Rehabilitationsleistungen muss von der Grundlohnrate abgekoppelt und die Anwendbarkeit des für die Krankenhäuser geplanten „Klinikkostenindex“ ermöglicht werden. Anderenfalls ist eine spürbare Verschlechterung der Versorgung vor allem chronisch kranker älterer Menschen nicht mehr zu verhindern.

AUSGANGSLAGE:

Kostensteigerungen durch externe, nicht von den Rehabilitationskliniken beeinflussbare Faktoren

Die deutschen Rehabilitationskliniken mussten in den vergangenen fünf Jahren Kostensprünge von bis zu 20 Prozent verkraften, ohne dass die Vergütungssätze der gesetzlichen Krankenkassen im gleichen Zeitraum nennenswert angehoben wurden. Ursächlich für diese Kostenentwicklung sind die gleichen Kostenschübe wie im Krankenhaus. Zu nennen sind exorbitant gestiegene Personalkosten durch die Tarifabschlüsse der letzten Jahre für ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Personal, erhebliche Energiekostensteigerungen, die überdurchschnittliche Teuerungsrate vor allem bei den Lebensmitteln, und letztlich auch Kostenbelastungen durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer, die die Kliniken nicht weiterreichen können.

Patienten müssen intensiver medizinisch behandelt und pflegerisch betreut werden

Die massiven Kostensteigerungen treffen mit einem höheren Versorgungsbedarf zusammen, weil die Patienten immer älter und kränker in den Rehabilitationskliniken ankommen. Zudem werden die Patienten immer früher aus dem Krankenhaus in die Rehabilitation verlegt, sie benötigen dadurch immer intensivere ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung und Medikamente, was die Behandlung aufwändiger und damit teurer macht.

Dies trifft vor allem die vorwiegend älteren Reha-Patienten der gesetzlichen Krankenkassen nach Schlaganfall, Krebs- oder Demenzerkrankung, Herzinfarkt und Gelenkersatz. Rund zwei Millionen Menschen müssen jährlich, auch im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung, in der medizinischen Rehabilitation weiterversorgt und auf ein möglichst selbstständiges Leben zu Hause nach dem Klinikaufenthalt vorbereitet werden.

Marktbeherrschende Stellung der Krankenkassen führt zu Preisdumping

Statt einer angemessenen Berücksichtigung dieser offensichtlichen Kostensteigerungen in den Kliniken lassen die Krankenkassen nichts unversucht, um mit ihrer marktbeherrschenden Stellung die Preise für Rehabilitationsleistungen weiter nach unten zu drücken. Das ist nicht mehr verkraftbar, es ruiniert die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschlands Rehabilitationskliniken und gefährdet die Versorgung der Menschen.

Die Entscheidungshoheit über Preise und Auswahl der zu belegenden Rehabilitationsklinik liegt ausschließlich bei den Krankenkassen. Die Kliniken haben damit gar keine andere Wahl, als die Preisdiktate der Kassen zu akzeptieren, wenn sie nicht den Leerstand ihrer Einrichtung durch Nichtbelegung und damit die Insolvenz riskieren wollen. Einige Krankenkassen gehen dabei derart rigoros vor, dass sie täglich telefonisch abfragen, welche Klinik bereit ist, den günstigsten Preis des Vortages zu unterschreiten. Nur diejenigen Kliniken, die sich darauf einlassen, werden belegt. Berechtigte Wunsch- und Wahlrechte der Versicherten spielen dabei regelmäßig keine Rolle. Auch die neuen Vertragsmodelle mit Fallpauschalen und integrierter Versorgung werden regelhaft zu einer faktischen Senkung der Preise missbraucht.

Auch wenn juristische Zweifel bestehen, ob die Grundlohnsummenbindung für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation überhaupt gilt, kann es den Kliniken nicht gelingen, aus der Kombination von faktischer Marktbeherrschung durch die Krankenkassen und gesetzlichen Einschränkungen zur Preisbildung auszubrechen. Jede Form einer fairen Preisbildung ist damit außer Kraft gesetzt.

Gesundheitsfonds wird den Kostendruck für die Krankenkassen weiter erhöhen

Schon jetzt sind die Auswirkungen des unmittelbar bevorstehenden Starts des Gesundheitsfonds zu spüren, der den Kostendruck auf die Krankenkassen weiter verschärfen wird. Die Krankenkassen werden gezwungen sein, ihre marktbeherrschende Rolle weiter auszunutzen, um die Preise zu drücken. Das hat verheerende Auswirkungen für die Kliniken und deren rund 160.000 MitarbeiterInnen, weil kaum Planungssicherheit besteht, und damit für die Versorgungsqualität der Kassenpatienten mit Rehabilitationsleistungen.

ÄNDERUNGSBEDARF:

Formal begründen die Krankenkassen ihre Verweigerungshaltung, die Vergütungssätze zumindest an die Kostenentwicklung anzupassen, mit der gesetzlich festgelegten Grundlohnsummenbindung. Um den Krankenkassen dieses Ausweichargument zu nehmen, ist es dringend notwendig, im Zuge der anstehenden Gesetzgebung zur Krankenhausfinanzierung auch für Rehabilitationsleistungen die bestehende Preisbindung der gesetzlichen Krankenkassen endgültig von der Grundlohnrate abzukoppeln.

Die Reha-Kliniken werden von den gleichen Kostenschüben getroffen wie Krankenhäuser. Deshalb fordern die Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer eine analoge Anwendung der geplanten Regelungen im Rahmen des KHRG für die stationäre Rehabilitation.

Ergänzung von § 111 Abs. 5 SGB V um folgende Sätze 2 bis 5:

„§ 71 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 gelten nicht. Das Bundesministerium für Gesundheit erteilt an das Statistische Bundesamt einen Auftrag zur Ermittlung eines Orientierungswertes für Rehabilitationseinrichtungen, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen berücksichtigt. Der Wert soll jeweils zum 30. Juni eines Jahres für das Folgejahr ermittelt werden, erstmals zum 30. Juni 2009. Die Vergütung des Folgejahres nach Satz 1 erhöht sich vorbehaltlich abweichender Vereinbarungen um diesen Wert.“

Mittelfristig muss eine wettbewerbsrechtlich stabile Vertragspartnerschaft zwischen Krankenkassen und Rehabilitationskliniken konzipiert werden.

Hintergrund-Informationen:

- Die 1.255 Rehakliniken in Deutschland beschäftigen rund 160.000 MitarbeiterInnen.
- Das Rhein-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung, (RWI), Essen, hat in seinem „Reha-Rating-Report 2007“ ermittelt, dass rund 26 % der an der Untersuchung teilnehmenden Reha-Kliniken innerhalb eines Jahr die Zahlungsunfähigkeit droht. Weitere 23% der untersuchten Kliniken befinden sich bereits in der "Gelbphase" und sind unmittelbar davon bedroht, in die gleiche schwierige finanzielle Situation wie die oben genannten 26% der Kliniken zu geraten. (www.rwi-essen.de/pls/portal30/docs/FOLDER/PUBLIKATIONEN/RWIMAT/RWI.../M_38_REHA-RATING-2007_SUM.PDF).
- Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen betragen 2007 rund 2,44 Mrd. Euro, dies entspricht etwa 1,6 Prozent der Gesamtausgaben von 153,62 Mrd. EUR.
- Der gesamte „Vorsorge- und Reha-Markt“ wird zu rund 35 Prozent durch die GKV finanziert, etwa 37 Prozent entfallen auf die gesetzliche Rentenversicherung, der Rest wird von privaten Haushalten, den Unternehmen/Arbeitgebern und kommunalen Kostenträgern aufgebracht.
- Aufgrund der gesetzlichen Vorschriften gelten für die Reha-Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung andere Vertrags- und Vergütungsstrukturen als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Während die Rentenversicherung hauptsächlich die Reha-Leistungen für Erwerbstätige erbringt („Reha vor Rente“), ist die GKV für Rentner und mitversicherte Familienangehörige zuständig.
- Der Rehabilitationsbereich ist durch seine sogenannte „monistische“ Finanzierung gekennzeichnet. Die Höhe des Pflegesatzes wird einrichtungsbezogen in Pflegesatzverhandlungen zwischen dem (federführend) belegenden Rehabilitationsträger und dem Einrichtungsbetreiber vereinbart; Kollektivverhandlungen finden aktuell nicht statt.