



**B D P K**

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

Berlin, 09.11.2006

**Ergänzung zur Stellungnahme vom 01.11.2006**

**Stellungnahme**

**des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.**

**zum**

**Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD**

**„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen  
Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“  
(BT-Drs. 16/3100)**

**für die Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages**

**am 13.11.2006**

Zu den in der Stellungnahme vom 01.11.2006 aufgegriffenen Aspekten

1. Beitrag der Krankenhäuser zur Sanierung der GKV
2. Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung nach § 140d SGB V

wird ein weiterer Punkt ergänzt:

**3. Neuregelung der Vergütung belegärztlicher Leistungen im Rahmen des DRG-Systems**

Unter Berücksichtigung der durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeführten neuen Versorgungsformen der integrierten Versorgung und der Medizinischen Versorgungszentren fehlen insbesondere Regelungen, die die Zukunft der belegärztlichen Versorgung gewährleisten. Die belegärztliche Versorgung gilt als Prototyp der integrierten Versorgung, die idealtypisch die Schnittstellen zwischen ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit und stationärer Krankenhausversorgung überwindet. Trotz eindeutiger gesetzlicher Verpflichtungen in § 121 Absatz 1 SGB V wirken die Vertragsparteien nach § 115 Absatz 1 SGB V



# BDPK

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

---

nicht auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Versorgung hin. Ursächlich hierfür ist vor allem die belegarztfeindliche Ausgestaltung des EBM 2000plus sowie der Honorarverteilungsverträge in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen. Die im EBM 2000plus vorgenommene Bewertung belegärztlicher Leistungen und deren Abwertung durch abgesenkte Punktwerte in den einzelnen KV-Bereichen haben zu Honorareinbrüchen für die Belegärzte von bis zu 40% geführt. Diese Vergütungsdefizite führen in zunehmendem Maße dazu, dass Vertragsärzte ihre belegärztliche Tätigkeit aufgeben.

Neben den unzumutbaren Honorareinbußen für Belegärzte infolge der Einführung des neuen EBM 2000plus, zeichnen sich auch im Rahmen der Krankenhausfinanzierung zunehmend Verzerrungen zulasten der Belegabteilungen ab. Die Bewertungsdifferenzen zwischen Haupt- und Belegabteilungs-DRGs haben sich in den letzten Jahren erheblich zulasten der Belegabteilungen vergrößert und begründen im zunehmenden Maße auch eine Wettbewerbsverzerrung zwischen Haupt- und Belegabteilungen.

Die Divergenz der heute bestehenden Vergütungssysteme in der vertragsärztlichen Versorgung (EBM) und in der stationären Versorgung (DRG) ist durch Nachjustierungen in den jeweiligen Vergütungssystemen nicht zu regeln. Auch Honorararztmodelle nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz können die Vorteile der belegärztlichen Versorgung nicht gewährleisten. Nur die Überführung der Vergütung belegärztlicher Leistungen aus dem Sicherstellungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen in das System der Krankenhausfinanzierung kann den Fortbestand der belegärztlichen Versorgung und damit eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitätsgesicherte Versorgung der Bevölkerung auch in ländlichen Bereichen sicherstellen.

Aus diesem Grunde fordert der BDPK die Umsetzung der Vereinbarung im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vom 11.11.2005 und die Regelung der Vergütung belegärztlicher Leistungen im Rahmen des DRG-Systems.

Bei den nachfolgend aufgeführten Änderungsvorschlägen wird davon ausgegangen, dass belegärztliche Leistungen zukünftig nur noch auf der Basis eines für Haupt- und Belegabteilungen einheitlichen Fallpauschalenkataloges vergütet werden. Hierzu sind die bisher in den vertragsärztlichen Gesamtvergütungen enthaltenen Anteile für belegärztliche Leistungen auszugliedern und in dieser Höhe dem stationären Sektor zuzuführen. Diese Regelung löst die Abrechnungsprobleme der belegärztlichen Vergütung und ist für die Krankenkassen kostenneutral.



**B D P K**

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

---

## **Änderungsvorschläge:**

### **Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V):**

#### **§ 73 SGB V**

§ 73 Absatz 6 sollte wie folgt gefasst werden:

„Zur kassenärztlichen Versorgung gehören Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nicht, wenn sie im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung durchgeführt werden.“

...

#### **§ 85 Abs. 2 SGB V:**

##### **Anfügung eines neuen Satzes 9:**

Die Gesamtvergütung ist durch das Inkrafttreten der gesetzlichen Änderungen zur Neuordnung der belegärztlichen Versorgung ab dem Jahr 2007 um die Ausgaben für belegärztliche Leistungen auf der Basis der Durchschnittsausgaben der Jahre 2000 bis 2004 zu bereinigen.

#### **§ 103 SGB V:**

##### **Ergänzung des § 103 Abs. 7:**

(7) In einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, haben Krankenhausträger das Angebot zum Abschluss von Belegarztverträgen auszuschreiben. Kommt ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Belegarzt nicht zustande, kann der Krankenhausträger mit einem bisher im Planungsbereich nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag schließen. Eine gesonderte Prüfung durch den Zulassungsausschuss entfällt. Der Belegarzt erhält eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung; die Beschränkung entfällt bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Abs. 3, spätestens nach Ablauf von zehn Jahren.



**BDPK**

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

---

**§ 115 SGB V:**

§ 115 sollte wie folgt gefasst werden

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge mit dem Ziel, durch enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die Förderung der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten in Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxisklinik)

...

**§ 115 b SGB V:**

§ 115b Abs. 2 sollte wie folgt gefasst werden:

...

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen und stationsersetzenden Eingriffe zugelassen. Dies gilt auch für Belegkliniken und Belegabteilungen, sofern diese Leistungen als Institutsleistungen erbracht werden

...

**§ 121 SGB V:**

(1) Die Vertragsparteien nach § 112 Abs. 1 wirken gemeinsam mit Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung der Versicherten hin. Die Krankenhäuser sollen Belegärzten gleicher Fachrichtung die Möglichkeit geben, ihre Patienten gemeinsam zu behandeln (kooperatives Belegarztwesen). Die belegärztliche Versorgung ist nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung.

(2) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzbuchs sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel



**BDPK**

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

---

vollstationär oder teilstationär zu behandeln. Der Belegarzt erbringt die Hauptleistung für seine eigenen Patienten im Rahmen der stationären Versorgung.

**(3) Die stationären Leistungen der Krankenhäuser und der Belegärzte werden durch ein gemeinsames Entgelt vergütet. Die Krankenhäuser und Belegärzte vereinbaren untereinander eine Aufteilung der Entgelte. Die Vereinbarung soll folgende Sachverhalte angemessen berücksichtigen:**

1. die vom InEK kalkulierten ärztlichen Kosten im G-DRG-System
2. den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten und
3. die vom Belegarzt veranlaßten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden.

#### **Krankenhausentgeltgesetz:**

#### **§ 4 Abs. 3 KHEntgG:**

#### **Einfügung eines neuen Satzes 3:**

Zusätzlich ist der veränderte Ausgangswert für das Jahr 2007 durch die von dem Inkrafttreten der gesetzlichen Änderungen zur Neuordnung der belegärztlichen Versorgung betroffenen Kliniken einmalig zu erhöhen.

#### **§ 8 KHEntgG:**

§ 8 Abs. 2 KHEntgG sollte wie folgt gefasst werden:

...

(2) Fallpauschalen werden für die Behandlungsfälle berechnet, die in dem Fallpauschalen-Katalog nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bestimmt sind.

Zusätzlich zu einer Fallpauschale dürfen berechnet werden:

...



**B D P K**

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

---

**§ 10 KHEntgG:**

**Ein neuer Absatz 3a sollte eingefügt werden:**

Die durch das Inkrafttreten der gesetzlichen Änderungen zur Neuordnung der belegärztlichen Versorgung nicht mehr an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlten Anteile von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung nach § 85 SGB V für belegärztliche Leistungen werden bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes ab dem Jahr 2007 zusätzlich berücksichtigt.

**§ 18 KHEntgG:**

**§ 18 KHEntgG sollte wie folgt gefasst werden:**

(1) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzes sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln. Der Belegarzt erbringt die Hauptleistung für seine eigenen Patienten im Rahmen der stationären Versorgung. Leistungen des Belegarztes sind:

1. seine persönlichen Leistungen,
2. der ärztliche Bereitschaftsdienst für Belegpatienten,
3. die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,
4. die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.



**B D P K**

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

---

**(2) Die stationären Leistungen der Krankenhäuser und der Belegärzte werden durch ein gemeinsames Entgelt vergütet. Die Krankenhäuser und Belegärzte vereinbaren untereinander eine Aufteilung der Entgelte. Die Vereinbarung soll folgende Sachverhalte angemessen berücksichtigen:**

1. die vom InEK kalkulierten ärztlichen Kosten im G-DRG-System
2. den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten und
3. die vom Belegarzt veranlaßten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden.

#### **§ 19 KHEntgG:**

§ 19 Abs. 1 KHEntgG sollte wie folgt gefasst werden:

(1) Soweit Belegärzte zur Erbringung ihrer Leistungen nach § 18 Ärzte des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhaus die entstehenden Kosten zu erstatten. Die Kostenerstattung kann pauschaliert und im Rahmen der Aufteilung von Entgelten nach diesem Gesetz angemessen berücksichtigt werden. Soweit vertragliche Regelungen der Vorschrift des Satzes 1 entgegenstehen, sind sie anzupassen. ...

#### **Zulassungsverordnung für Ärzte:**

#### **§ 20 Ärzte-ZV:**

**Ein neuer Absatz 2a sollte eingefügt werden:**

Die Tätigkeit als Belegarzt steht der Eignung zur vertragsärztlichen Tätigkeit unabhängig von deren Umfang nicht entgegen.