



Berlin, 11.10.2006

Stellungnahme
des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e. V.
zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Änderung des
Vertragsarztrechts und anderer Gesetze
(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz- VÄndG)
vom 30.08.2006 (BT-Drs. 16/2474)

Grundsätzlich begrüßt der BDPK die mit dem vorliegenden Entwurf eines Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes beabsichtigte Liberalisierung und Flexibilisierung der rechtlichen Rahmenbedingungen in der ambulanten Versorgung.

Allerdings reichen aus Sicht des BDPK die vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen nicht aus, um die damit beabsichtigte Flexibilisierung der ambulanten Versorgungsstrukturen sowie die stärkere Vernetzung zwischen der vertragsärztlichen Versorgung einerseits und den stationären Versorgungsbereichen im Krankenhaus sowie in der Rehabilitation und Pflege andererseits zu erreichen.

Aus der Sicht des BDPK besteht insbesondere hinsichtlich folgender Regelungen des vorliegenden Gesetzesentwurfs Nachjustierungs- bzw. Ergänzungsbedarf:

- 1. Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzesentwurfs - § 95 SGB V: Konkretisierung der Einrichtungsvoraussetzungen für Medizinische Versorgungszentren**
- 2. Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzesentwurfs - § 140d SGB V: Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung**
- 3. Artikel 5 Nr. 6 des Gesetzesentwurfs - § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV: Organisatorische Erleichterung der Leistungserbringung durch Vertragsärzte**
- 4. Klarstellung in § 121 SGB V und anderen Gesetzen zur Neuregelung der Vergütung belegärztlicher Leistungen**



1. Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzesentwurfs - § 95 SGB V: Konkretisierung der Einrichtungsvoraussetzungen für Medizinische Versorgungszentren

Der BDPK begrüßt im Grundsatz die Konkretisierung der Einrichtungsvoraussetzung für Medizinische Versorgungszentren. Durch die Beibehaltung des Tatbestandsmerkmals „fachübergreifend“ als Zulassungsvoraussetzung für ein Medizinisches Versorgungszentrum wird jedoch die Einrichtung eines MVZ unnötig erschwert. Dies führt in der Praxis in vielen Fällen zu unsinnigen Fachkombinationen und stellt im Ergebnis ein Hemmnis für die Überwindung der sektoralen Trennung der Versorgungsbereiche ambulant und stationär dar. Die vorgesehene Konkretisierung des Merkmals führt ferner nicht zur vollständigen Beseitigung der in der Praxis bestehenden Umsetzungs- und Auslegungsschwierigkeiten.

Änderungsvorschlag:

Verzicht auf das Tatbestandsmerkmal „fachübergreifend“ in § 95 Abs 1 Satz SGB V.

2. Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzesentwurfs - § 140d SGB V: Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung

Der BDPK lehnt die Finanzierung der integrierten Versorgung über eine Anschubfinanzierung aus den Budgets der Vertragsärzte und Krankenhäuser grundsätzlich ab. Die Intention der integrierten Versorgung liegt in der Verbesserung der Patientenversorgung. Dieses Ziel müsste auch im Mittelpunkt der Umsetzung der §§ 140a ff. SGB V stehen. Die über das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 eingeführte Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V hat zwar die Umsetzung der integrierten Versorgung entscheidend begünstigt. Allerdings steht in den derzeit etablierten Integrationsmodellen im Wesentlichen das Ziel der Kosteneinsparung und weniger die Verbesserung der Versorgungsqualität im Vordergrund.

Aus Sicht des BDPK ist die Anschubfinanzierung in Form eines Pauschalabzugs bei den Leistungserbringern nicht der richtige Ansatz zur Förderung einer zukunftsfähigen integrierten Versorgung, die zu einer Umstrukturierung der Versorgungslandschaft und zu einem Wettbewerb um bessere Versorgungsstrukturen führt. Aufgrund der Finanzierung der Integrationsversorgung über von Krankenhäusern und Vertragsärzten aufgebrachte Mittel werden die in der Regelversorgung zur Verfügung stehenden Mittel pauschal gekürzt, ohne dass es jedem einzelnen Leistungserbringer möglich ist, über den Abschluss von Integrationsverträgen diese Finanzierungslücke zu decken. Vor diesem Hintergrund lehnt der BDPK eine Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung nach § 140d SGB V ab. Für die integrierte Versorgung muss eine Finanzierungsquelle geschaffen werden, die sich nicht aus einer pauschalen Kürzung bereits erwirtschafteter Vergütungen speist. Es müssen vielmehr Anreize



gesetzt werden, die dazu führen, dass Krankenkassen die integrierte Versorgung in erster Linie als ein Instrument zur Verbesserung der Versorgung ihrer Versicherten und nicht lediglich zur Kosteneinsparung sehen und die mit der Anschubfinanzierung verbundene Unterfinanzierung in der Regelversorgung beseitigt wird.

Änderungsvorschlag:

Verzicht auf die Verlängerung der Anschubfinanzierung gem. § 140d SGB V.

3. Artikel 5 Nr. 6 des Gesetzesentwurfs - § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV: Organisatorische Erleichterung der Leistungserbringung durch Vertragsärzte

Der BDPK begrüßt ausdrücklich die gesetzliche Änderung, die es Vertragsärzten generell ermöglicht, gleichzeitig auch als angestellte Ärzte in Krankenhäusern bzw. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu arbeiten. Die gesetzliche Klarstellung der gleichzeitigen Betätigungsmöglichkeit eines Arztes im Krankenhaus und in einem Medizinischen Versorgungszentrum begünstigt in hohem Maße die angestrebte Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung und gestattet es den Krankenhausträgern, ihre finanziellen und personellen Ressourcen im Sinne einer verbesserten Patientenversorgung effizienter zu nutzen.

Die Ausgestaltung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV in Verbindung mit der BSG-Rechtsprechung schränkt jedoch den Umfang der Nebentätigkeit eines Vertragsarztes außerhalb seiner Praxis auf maximal ein Drittel der „üblichen“ wöchentlichen Arbeitszeit und damit auf maximal 13 Stunden pro Woche ein. In der Praxis führt gerade diese zeitliche Einschränkung des Umfangs der flexiblen Betätigung zu einem großen Hemmnis für die verbesserte Kooperation und Verzahnung der ambulanten und stationären Leistungsbereiche. Im Ergebnis wird eine optimale Ausgestaltung der Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung nach wie vor behindert.

Änderungsvorschlag:

Der neu eingefügte Satz in § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV sollte wie folgt ergänzt werden:

„Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes unabhängig von ihrem zeitlichen Umfang vereinbar.“

4. Klarstellung in § 121 SGB V und anderen Gesetzen zur Neuregelung der Vergütung belegärztlicher Leistungen



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 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 der 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.



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.

§ 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 Landeskrankenhausgesellschaft 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 stationärsersetzenden 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 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:

...

§ 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.



(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.