

Berlin, 30.07.2008

Positionspapier
des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.
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 Honorärärzten 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 Belegarztwe-

sens 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 des 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 Bundes-

empfehlung 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 Honorararztbasis 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 BPfIV – 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.