

28.07.11

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Stellungnahme der Bundesregierung zu der Entschließung des Bundesrates zum Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG)

Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit Schreiben vom 26. Juli 2011 zu der oben genannten Entschließung* des Bundesrates Folgendes mitgeteilt:

Nachfolgend übersende ich Ihnen den Bericht der Bundesregierung zur Entschließung des Bundesrates in der BR-Drucksache 31/09 (Beschluss) in Ergänzung zu meinem Schreiben vom 15. Juni 2011.

* siehe Drucksache 31/09 (Beschluss)

**Bericht der Bundesregierung zur Entschließung des Bundesrates in der BR-
Drucksache 31/09 (Beschluss)**

Zu Ziffer 2 der Entschließung (Artikel 3 Nummer 5 KHRG - § 121 Absatz 5 SGB V)

- **Vorbemerkungen**

In seiner Entschließung zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 - **KHRG** – vom 17. März 2009, BGBl. I Seite 534) hat der Bundesrat die Bundesregierung unter Ziffer 2 aufgefordert, die Entwicklung der belegärztlichen Tätigkeit „sowohl nach dem alten Modell als auch nach dem Honorarvertragsmodell“ spätestens ein Jahr nach Wirksamwerden der Neuregelung auf seine Wirkungen zu überprüfen und gegebenenfalls eine Neuregelung zu initiieren. Das Bundesministerium für Gesundheit hat dem Bundesrat Anfang 2011 hierzu eine Sachstandsnachricht zugeleitet und weiter mitgeteilt, dass die Inanspruchnahme des durch das KHRG eingeführten Honorarvertragsmodells noch durch eine statistische Umfrage überprüft werde. Das Umfrageergebnis hierzu liegt nunmehr vor.

Zu der vom Bundesrat geforderten Überprüfung der belegärztlichen Tätigkeit nach dem „alten Modell“ (§ 121 Absatz 2 bis 4 SGB V) sowie zu dem mit dem KHRG eingeführten Honorarvertragsmodell (§ 121 Absatz 5 SGB V) ist folgendes zu bemerken:

- **Honorarvertragsmodell nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)**

Artikel 3 Nummer 5 (§ 121 Absatz 5 SGB V) des KHRG begründet für Belegärzte und Krankenhäuser mit Belegbetten die Möglichkeit, abweichend von den für das klassische Belegarztsystem geltenden Vergütungsregelungen, die Vergütung der belegärztlichen Leistungen auf der Grundlage eines Honorarvertrages zwischen Krankenhaus und Belegarzt zu vereinbaren (Honorarvertragsmodell). Insoweit erstreckt sich die Forderung des Bundesrates in seiner Entschließung wesentlich auf die Überprüfung der mit der Wahl dieser Option verbundenen Absenkung der Vergütung der Leistungen des Krankenhauses auf 80 % der für die Leistungserbringung in Hauptabteilungen maßgeblichen Fallpauschalen (§ 18 Absatz 3 Satz 1 KHEntgG).

Mit der Wahloption des KHRG sollten gleiche Wettbewerbschancen zwischen Krankenhäusern mit Haupt- und Belegabteilungen geschaffen werden und die Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung durch eine Flexibilisierung der belegärztlichen Tätigkeit verbessert werden.

Bei der Wahl dieser Option erfolgt die Vergütung der Leistungen des Krankenhauses durch die auf 80% abgesenkten Fallpauschalen für Hauptabteilungen. Der 20%ige Abschlag für im Rahmen des Honorarvertragsmodells für Belegkliniken erbrachte Leistungen ist im Grundsatz durch die bei belegärztlicher Versorgung in der Regel günstigeren Kostenstrukturen begründet und sollte nach gegenwärtigem Erkenntnisstand aus folgenden Gründen beibehalten werden:

Nach dem Abschlussbericht des DRG-Instituts für das DRG-System 2011 liegen die Bewertungsrelationen für die 83 im Rahmen des klassischen Belegarztmodells eigenständig kalkulierten Beleg-DRGs, für die hinreichende Ist-Kostendaten vorlagen und die insofern nicht durch Abzug der Arztkosten und der mittleren Verweildauern der Belegfälle abgeleitet werden mussten, um 31,1% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung. Diese 83 kalkulierten Beleg-DRGs erfassen mit rd. 68% aller Belegfälle den wesentlichen Teil des belegärztlichen Versorgungsgeschehens in Deutschland. Für die 774 abgeleiteten Beleg-DRGs liegen die Bewertungsrelationen größtenteils nur zwischen 10 und 20% unter denjenigen der Hauptabteilungs-DRGs (167 Beleg-DRGs bis zu 10%; 513 Beleg-DRGs zwischen 10 und 20%; 92 Beleg-DRGs zwischen 20 und 30%).

Der pauschale 20%-Abschlag von der Hauptabteilungs-DRG wirkt also auf die Vergütungssituation der einzelnen Belegleistungen im Honorarvertragsmodell für Belegkliniken unterschiedlich. Die Entwicklung eines eigenständigen, differenzierenden DRG-Katalogs nur für das Honorarvertragsmodell für Belegkliniken wäre jedoch eindeutig zu aufwändig. Nach Einschätzung des DRG-Instituts ist der gesetzlich vorgegebene 20%-Abschlag insgesamt vertretbar, die konkrete Abschlagshöhe ist das Ergebnis der gesundheitspolitischen Beratungen.

Die Inanspruchnahme der mit dem KHRG eingeführten Wahloption für Belegärzte und Krankenhäusern mit Belegbetten ist nach dem dem Bundesministerium für Gesundheit vorliegenden, über den GKV Spitzenverband erfolgten Umfrageergebnis gegenwärtig noch zurückhaltend:

Nach Auswertungen von Daten der Krankenkassen im Zeitraum 2010 durch den GKV - Spitzenverband liegt der Anteil des Gesamtcasemix der über Belegärzte mit Honorarvertrag abgerechneten Leistungen am Gesamtcasemix der über Belegärzte insgesamt abgerechneten Leistungen (inklusive des belegärztlichen Casemix mit Honorarvertrag) bei ca. 1,5 % im Bundesschnitt. Der Anteil variiert zwischen den Bundesländern – wie die Verbreitung des Belegarztwesens selbst – stark von 0 % bis 12 %. In drei Bundesländern macht das Honorararztmodell für Belegärzte einen Anteil von mehr als 5 % am belegärztlichen Casemix

insgesamt aus (Thüringen, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen). Insoweit ist die verschiedentlich von den Ländern vertretene Auffassung, dass das Honorararztmodell in der Praxis bedeutungslos sei, weil es nicht in Anspruch genommen werde, sachlich nicht zutreffend.

Nach Einschätzung des Bundesministeriums für Gesundheit würde im Übrigen eine Aufhebung des 20%-Abschlags mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass zukünftig die Belegkliniken und -abteilungen sämtliche Belegerleistungen mit ungekürzten Hauptabteilungs-DRGs abrechnen würden. Eine Aufhebung der Abschlags wäre insofern besonders kritisch, weil dann nicht mehr die Krankenkassen, sondern die Belegkliniken und -abteilungen von bestehenden Kostenvorteilen der belegärztlichen Versorgung profitieren würden. Die Förderungswürdigkeit des Belegarztwesens würde dann nicht mehr bestehen.

Mit Blick auf zu erwartende Mehrausgaben kann den Forderungen nach Aufhebung des Abschlags für im Rahmen des Honorarvertragsmodells für Belegkliniken abgerechnete Leistungen nicht entsprochen werden. Hierfür spricht auch die zu befürchtende Austrocknung des klassischen Belegarztmodells mit seiner ökonomischen Unabhängigkeit der Vergütung des Vertragsarztes von derjenigen des Krankenhauses.

- **„Klassisches“ Belegarztmodell nach § 121 Absatz 2 bis 4 SGB V**

Im „klassischen“ Belegarztmodell nach § 121 Absatz 2 bis 4 SGB V werden die belegärztlichen Leistungen auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nach geltender Beschlusslage des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) seit dem 1. Januar 2009 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von den Kassen mit dem vollen Preis ohne Mengenbegrenzung vergütet (keine Regelleistungsvolumen). Parallel wurden die belegärztlichen EBM-Ziffern mit einem Preiszuschlag in Höhe von 1,1869 Cent bundeseinheitlich höher bewertet, um einen Preisabfall aufgrund der Einführung des vertragsärztlichen Orientierungswertes zu vermeiden. Faktisch beträgt damit der bundesweite "Preis" für die belegärztlichen Leistungen 4,154 Cent (Orientierungswert: 3,5048 Cent).

Darüber hinaus hat der EBA für 2009 und 2010 zwingende regionale Preiszuschläge für den Bereich der belegärztlichen Leistungen beschlossen, wenn es hier im Vorjahresvergleich zu einem Preistrückgang gekommen ist. Diese Zuschläge müssen den Preistrückgang voll ausgleichen und werden aus einer entsprechenden Erhöhung der Rückstellungen vollständig von den betroffenen Kassen finanziert. Über die jeweiligen regionalen Umsetzungen dieser Beschlüsse liegen dem BMG keine flächendeckenden Informationen vor. Der GKV-Spitzenverband hat jedoch diese Beschlüsse beklagt.

Am 15.12.2010 wurde daraufhin der Klage des GKV-SV durch das LSG Berlin-Brandenburg entsprochen und damit die regionalen Zuschläge gewissermaßen zurückgenommen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hatte angekündigt beim BSG hiergegen Revision einzulegen.

Nach der KV 45 wurde von den Kassen für die Behandlung durch Belegärzte im Jahr 2010 ein Volumen in Höhe von 266 Mio. € verausgabt. Gegenüber den vorläufigen Finanzergebnissen des Jahres 2009 stiegen damit die Ausgaben um rd. 12 Mio. € (je Versicherten um 4,8 %). Von der Ausgabenzuwachsbeschränkung der extrabudgetären Leistungen in den Jahren 2011 und 2012 nach dem GKV-FinG (§ 87d Absatz 4 SGB V) sind – wie die ambulanten Operationen – auch die belegärztlichen Leistungen mit umfasst, soweit dies von den regionalen Vertragspartnern so vereinbart wird. Der Gesetzgeber lässt damit auch Belegärzten Einkommenssteigerungen im begrenzten Umfang zu.

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung sieht vor, dass die mit dem GKV-FinG vorgegebene Ausgabenbeschränkung extrabudgetärer Leistungen aufgehoben wird. Damit werden auch die belegärztlichen Leistungen weiterhin gefördert. Weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf bei der Vergütung der "klassischen" belegärztlichen Tätigkeit nach dem „alten Modell“ wird nicht gesehen.