



Kleine Anfrage

der Abgeordneten Monika Heinold

und

Antwort

der Landesregierung - Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren

Wettbewerbsverzerrungen im Krankenhauswesen

Vorbemerkung der Fragestellerin:

Im Rahmen der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups / DRGs) können sich durch unterschiedliche Abrechnungsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern mit Hauptabteilungen und Krankenhäusern mit Belegabteilungen einseitige finanzielle Wettbewerbsverzerrungen ergeben.

Vorbemerkung der Landesregierung:

Die belegärztlichen Leistungen sind in § 121 SGB V geregelt. Dort wird auch definiert (in inhaltlicher Übereinstimmung mit § 18 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz), wer als Belegarzt tätig sein kann: Belegärzte 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. Ein weiteres Kriterium ist, dass Belegärzte für ihre Leistungen keine Vergütungen vom Krankenhaus erhalten.

Nach § 121 Abs. 3 SGB V werden belegärztliche Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung (§ 85 SGB V) vergütet.

Grundlagen für vertragsärztliche Vergütungen sind einerseits der einheitliche Bewertungsmaßstab (§ 87 SGB V) und andererseits die Honorarverteilung (§ 85 Abs. 4 SGB V).

Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist zum 1.4.2005 neu gefasst worden; er bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

Der EBM 2000 plus in der geltenden Fassung wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA - § 91 SGB V) beschlossen. Er ist zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen über mehrere Jahre verhandelt worden – auch unter Anhörung/Beteiligung ärztlicher Fachgesellschaften – und blieb in der vom GBA beschlossenen und in der am 1.4.2005 in Kraft getretenen Fassung seitens des Bundesgesundheitsministeriums unbeanstandet. Die Länder sind an diesem Verfahren zu keinem Zeitpunkt beteiligt.

1. Welche Krankenhäuser in Schleswig-Holstein haben nicht die Möglichkeit, über Hauptabteilungen abzurechnen, sondern sind ausschließlich „Belegkliniken“?

Antwort:

Folgende Krankenhäuser in Schleswig-Holstein sind ausschließlich „Belegkliniken“:

lfd. Nr.	Klinik	Ort
1	Förde-Klinik	Flensburg
2	St. Elisabeth-Krankenhaus	Kiel
3	Park-Klinik	Kiel
4	Privatklinik Dr. Flechsig	Kiel
5	Augenklinik	Kiel-Bellevue
6	Marienkrankenhaus	Lübeck
7	Privatklinik Dr. Lehmann	Neumünster
8	Klinik Klosterstrasse GbR	Neumünster
9	Chirurgische Klinik Dr. Winkler	Husum
10	Helios Agnes Karll Krankenhaus	Bad Schwartau
11	Margarethen-Klinik	Kappeln
12	Privatklinik Dr. Hartmann	Itzehoe
13	Park-Klinik	Glücksburg

2. Was sind die Gründe für die unterschiedlichen Abrechnungsmöglichkeiten bzw. die verschiedenen Vertragsabschlüsse zwischen den Kliniken und den Krankenkassen? Welche Vorbedingungen müssen erfüllt werden, um eine Abrechnung über „Hauptabteilungen“ anerkannt zu bekommen?

Antwort:

Der Fallpauschalen-Katalog zur Abrechnung stationärer Leistungen gibt unterschiedliche Bewertungsrelationen für die Versorgung durch Hauptabteilungen und für belegärztliche Versorgung vor. Letztere sind niedriger, da die ärztlichen Leistungen herausgerechnet werden und im Rahmen der vertragsärztlichen Gesamtvergütung über die Kassenärztlichen Vereinigungen vergütet werden.

Der Betrieb einer Hauptabteilung erfordert die feste Einstellung von Ärzten am Krankenhaus.

Der Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein schreibt nicht grundsätzlich vor, ob eine medizinische Fachabteilung als Beleg- oder Hauptabteilung geführt werden muss. Lediglich für Krankenhäuser mit höherer Versorgungsstufe sieht der Krankenhausplan in bestimmten Fachgebieten die Vorkhaltung von Hauptabteilungen vor. Ein Krankenhaus kann daher aus planerischer Sicht eine Belegabteilung in eine Hauptabteilung umwandeln und umgekehrt. Hierzu bedarf es allerdings der Abstimmung im Rahmen der Budgetverhandlung mit den Kostenträgern.

3. Welche Unterschiede ergeben zwischen „Hauptabteilungskliniken“ und „Belegkliniken“ hinsichtlich der Abrechnungsmöglichkeiten und – höhe sowie bezüglich der Vergütung und der Arbeitsbedingungen der Ärzte? Welche Effekte oder Entwicklungen ergeben sich aus diesen Unterschieden?

Antwort:

Die Belegärzte rechnen ihre Leistungen über den neuen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM 2000 plus, KV-Bereich) ab, wobei diese nach Verlautbarungen des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankeanstalten erhebliche Abschläge im Verhältnis zu ambulant operierenden Vertragsärzten hinnehmen müssen.

Krankenhäuser, die sowohl Hauptabteilungen als auch Belegabteilungen vorkhalten, machen mittlerweile von der Möglichkeit Gebrauch, bestimmte Leistungen in Hauptabteilungen ihres Krankenhauses von niedergelassenen Ärzten als Konsiliarärzte erbringen zu lassen und diese dann mit einer Hauptabteilung-DRG abzurechnen. Reine Belegkrankenhäuser können hingegen ausschließlich die niedrigeren DRGs für die Personal- und Sachkosten ausschließlich des belegärztlichen Anteils für vollstationäre und teilstationäre Versorgung abrechnen, da die ärztliche Leistung des Belegarztes über das KV-Budget vergütet wird.

Mit der Etablierung des ‚EBM 2000 plus‘ wurde die Vergütung dieses belegärztlichen Anteils durch die KBV reduziert bzw. abgewertet (Absenkung der Punktwerte für eine operative Leistung), so dass aus Sicht der Belegärzte diese KV-Vergütung für die reine ärztliche Leistung nicht mehr auskömmlich und somit eher unattraktiv ist. Die belegärztliche DRG, die das Krankenhaus für die nicht-ärztlichen weiteren Leistungen incl. Sachmittel abrechnet, wurde dabei allerdings nicht tangiert.

4. Ist der Landesregierung die geschilderte Situation und deren Problemgehalt bekannt? Wenn ja, wie beurteilt die Landesregierung die aktuelle Situation und welchen Handlungsbedarf sieht sie?

Antwort:

Bereits vor Inkrafttreten des EBM 2000 plus haben einige Organisationen auf angeblich pauschale und undifferenzierte Kürzungen im „operativen Kapitel 31.2.1“ des EBM 2000 plus öffentlich aufmerksam gemacht und darauf verwiesen, dass ohne Änderungen „belegärztliche Operationen in Deutschland sehr kurzfristig aus der Versorgungsrealität verschwinden werden“. Eine solche Entwicklung ist in Schleswig-Holstein bislang nicht eingetreten.

Der Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V. (VPKSH) hat Anfang April 2006 dem MSGF mitgeteilt, dass im Zuge der Festlegung von belegärztlichen DRGs und der Neubewertung von belegärztlichen Leistungen im EBM 2000plus es zu einer Unterfinanzierung des gesamten Bereiches gekommen sei. Daraufhin von den Vertragspartnern auf Landesebene angeforderte Stellungnahmen und erbetene ergänzende Auskünfte liegen noch nicht vollständig vor.

Die bereits auf der Bundesebene schon länger vorgetragene Problematik hat dazu geführt, dass im Koalitionsvertrag von CDU, CSU, SPD v. 11.11.2005 unter dem Stichwort „Krankenhausversorgung“ (S. 89 des. Vertrages) folgende Festlegung getroffen wurde: „Für die belegärztliche Vergütung soll im DRG-System eine Regelung gefunden werden.“

Mitte April 2006 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) anlässlich eines Pressegespräches gemeinsam mit dem Bundesverband der Belegärzte erklärt, dass die Belegärzte ab 2007 ein eigenes Kapitel im EBM bekommen sollen.

Dabei strebt die KBV eine mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen für Krankenhäuser (DRGs) kompatible Lösung an. Die Vergütung für diese Leistungen soll dann nicht länger in Punkten, sondern direkt in Euro erfolgen.

Auch ein solches Ergebnis würde seitens der Landesregierung begrüßt. Die bisherigen Fachdiskussionen um angemessene Lösungen halten weiter an. Vor diesem Hintergrund ist es nicht völlig ausgeschlossen, dass auch auf der Landesebene separate Vereinbarungen geschlossen oder Interimslösungen gefunden werden müssen. Die Entscheidungen dazu treffen die jeweiligen Selbstverwaltungspartner sowie die Träger von Belegkrankenhäusern bzw. deren Verbände.

Aus medizinischer Sicht ist auch unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Situation auf Landesebene kein Versorgungsdefizit zu verzeichnen. Bisher hat auf Landesebene auch keine Auflösung von belegärztlichen Abteilungen oder Krankenhäusern stattgefunden. Grundsätzlich ist aus Sicht der Landesregierung der Erhalt der belegärztlichen Versorgung wünschenswert, da dies ein gutes Beispiel für eine praktizierte integrierte Versorgung ist.