



## Kleine Anfrage

der Abgeordneten Angelika Birk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

und

## Antwort

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

### Finanzierung von Belegkrankenhäusern

1. Wie werden Belegkrankenhäuser und Belegabteilungen im Gegensatz zu Hauptabteilungen in „normalen“ Krankenhäusern finanziert? Bestehen Unterschiede hinsichtlich der Vergütung durch die Krankenkassen oder im Bezug auf die Investitionskostenförderung? Wenn ja, welche sind dies und wie sind diese Unterschiede zu begründen?

Antwort:

Die Finanzierung der Ausgaben und Leistungen von Krankenhäusern erfolgt dualistisch, d. h. die Investitionsförderung wird durch die Länder sichergestellt, während die Vergütung der Krankenhausleistungen durch die Krankenkassen erfolgt.

Für Hauptabteilungen in „normalen“ Krankenhäusern und für Belegkrankenhäuser und Belegabteilungen gibt es im DRG-Fallpauschalensystem unterschiedlich hohe Bewertungsrelationen (sogenannte A-Pauschalen für Hauptabteilungen und B-Pauschalen für Belegabteilungen). Für die weit überwiegende Zahl der DRGs gibt es eine Differenzierung zwischen A- und B-Pauschalen. Diese werden vom Institut für Entgelte im Krankenhaus (InEK) kalkuliert und werden vom Fallpauschalenkatalog gemäß Krankenhausfinanzierungsrecht bundesweit verbindlich vorgegeben.

Die Schwankungsbreite bzw. die Differenzen zwischen den A- und B-Pauschalen sind je nach DRG unterschiedlich. Sie hängen unter anderem vom Leistungsanteil der ärztlichen Zuwendung ab. Hintergrund dafür ist, dass die B-Pauschale als Krankenhausleistung ohne ärztlichen Anteil mit den

Krankenkassen abgerechnet wird, während die Belegärztin bzw. der Belegarzt ihre bzw. seine persönliche Leistung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnet.

In Bezug auf die Investitionsförderung nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht des Bundes und des Landes werden keine Unterschiede zwischen den Versorgungsarten gemacht. Lediglich bei der Pauschalförderung gemäß § 8 des Ausführungsgesetzes zum Krankenhausfinanzierungsgesetz des Landes erfolgt eine leichte Reduzierung gegenüber hauptamtlichen Krankenhäusern, da ein Teil der Investitionen der Beleghäuser über das ärztliche Honorar refinanziert wird.

Nach dem neuen Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) besteht für die Beleghäuser die Option, weiterhin nach dem bisherigen Recht oder alternativ nach dem neuen Honorarvertragsmodell abzurechnen. Dieses sieht eine alleinige Abrechnung der belegärztlichen Leistungen über die A-Pauschale in Höhe von 80% vor.

2. Gibt es unterschiedliche Fallpauschalen / DRGs für Operationen und ärztliche Behandlungen in Hauptabteilungen an Krankenhäusern und Belegabteilungen bzw. Belegkrankenhäusern? Wenn ja, worin bestehen die Unterschiede, worin liegen sie begründet und wie beurteilt die Landesregierung diesen Sachverhalt?

Antwort:

Siehe Antwort zur Frage 1.

Die Landesregierung Schleswig-Holstein sieht die Belegärzte als ein wichtiges Bindeglied zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor an und setzt sich für eine leistungsangemessene Bezahlung der Belegkrankenhäuser und -abteilungen ein.

3. Welche Auswirkungen hat das aktuelle Vergütungssystem für Belegkrankenhäuser und Belegabteilungen auf die Kliniken, die angestellten ÄrztInnen, die BelegärztInnen, die niedergelassenen ÄrztInnen, das Pflegepersonal und die PatientInnen? Sieht die Landesregierung eine Benachteiligung der Belegkliniken oder der dort tätigen ÄrztInnen, des Pflegepersonals oder der PatientInnen? Wenn ja, welche Maßnahmen sollten ergriffen werden, um die Ungleichbehandlung zu beseitigen? Welchen Beitrag wird die Landesregierung hierzu leisten?

Antwort:

Die Vergütung für belegärztliche Behandlungen liegt regelmäßig unter der für die Behandlung durch hauptamtliche Ärztinnen und Ärzte. Dies gilt sowohl für die bisher abrechenbare Vergütung (belegärztliche B-Fallpauschale plus ärztliche Liquidation) als auch für die durch das KHRG geschaffene Option der 80 %igen Abrechnung der hauptamtlichen A-Fallpauschale. Dies kann zu erhöhtem Kostendruck mit entsprechenden Konsequenzen auch auf das in den Belegkrankenhäusern bzw. -abteilungen beschäftigte Personal und die Patientenversorgung führen.

Aus Sicht des InEK bilden die niedrigeren B-Fallpauschalen geringere Ist-Kosten der Belegkliniken und -abteilungen ab. Nach Auffassung der Belegkrankenhäuser entspricht dies nicht der tatsächlichen Situation. Sie beklagen, dass in diesem Zusammenhang der Wettbewerb zwischen den Kliniken verzerrt werde.

Das Land Schleswig-Holstein hat deshalb gemeinsam mit Bremen und Rheinland-Pfalz im Bundesrat einen Entschließungsantrag gestellt, wonach die Bundesregierung aufgefordert wird, die Entwicklung der belegärztlichen Tätigkeit sowohl nach dem alten Modell als auch nach dem neuen Honorarvertragsmodell spätestens ein Jahr nach Wirksamwerden der Neuregelung zu überprüfen und ggf. eine Neuregelung zu initiieren. Die Entschließung ist am 13.02.2009 gefasst worden (BR-Drs. 31/09 (Beschluss)).

Weiterhin hat sich der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften mit der Stimme Schleswig-Holsteins am 02.03.2009 für die Erhöhung der A-Pauschale von 80 auf 90 % ausgesprochen, um eine tendenziell höhere Vergütung für die Belegärzte zu erreichen.

4. Wie stellt sich die Einkommenssituation einer BelegärztIn insgesamt dar? Welche Vergütung erhält er / sie aus welchen Budgets für die Tätigkeit im Belegkrankenhaus und welche im Rahmen der Tätigkeit als niedergelassene ÄrztIn? Welche Kosten stehen den Einnahmen jeweils gegenüber? Wie ist die Einkommenssituation im Vergleich zu einer angestellten KrankenhausärztIn zu bewerten? Gibt es BelegärztInnen, die nicht als niedergelassene ÄrztIn praktizieren?

Antwort:

Die Belegärztin oder der Belegarzt erhält ihre bzw. seine Vergütung sowohl für Leistungen im Krankenhaus als auch für die Tätigkeit in der eigenen Praxis von der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung. Die Leistungsgebühren für belegärztliche Leistungen sind Bestandteil des einheitlichen Bemessungsmaßstabes (EBM). Bei Privatpatientinnen und -patienten richtet sich die Liquidation gegenüber der Patientin bzw. dem Patienten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Über die spezifische Gesamteinnahmesituation von Belegärztinnen und Belegärzten liegen der Landesregierung keine Informationen vor. Sie hängt u. a. von der jeweiligen Fachrichtung sowie vom Umfang der ausgeübten Tätigkeit ab. Das gilt auch für die mit den Leistungen verbundenen Kosten.

Belegärztliche Leistungen sind sowohl an den Status des Vertragsarztes als auch an eine zusätzliche Zulassung als Belegarzt gebunden (§ 40 Bundesmantelvertrag – Ärzte).