



**K**assenärztliche  
**B**undes**v**ereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bundesverband der Belegärzte e. V. (BDB e. V.)  
Herr Dr. med. Klaus Schalkhäuser  
Bundesvorsitzender  
Erdinger Str. 21

84405 Dorfen

*Dezernat 3  
Vergütung, Gebührenordnung  
und Morbiditätsorientierung*

*Dr. Bernhard Rochell  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin*

*Tel.: 030 – 40 05 – 13 11  
Fax: 030 – 40 05 – 13 90  
www.kbv.de*

*Dr. Ro/gü  
07. Januar 2009*

*Ihr Schreiben vom*

*Ihr Zeichen*

*Unser Zeichen  
(bitte in der Antwort angeben)  
2009.EBM.BV  
09.IV.36*

## **Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Änderungsanträgen Nrn. 12 und 20 zum Entwurf des KHRG zu Fragen der belegärztlichen Versorgung**

Sehr geehrter, lieber Herr Dr. Schalkhäuser,

wie von Ihnen gewünscht erhalten Sie als Anlage zu diesem Schreiben die Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Änderungsanträgen Nrn. 12 und 20 zum Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) zu Ihrer Kenntnis.

Für den im Vorfeld erfolgten sehr konstruktiven Gedankenaustausch mit Ihnen möchten wir Ihnen nochmals recht herzlich danken.

Für das noch junge Restjahr 2009 wünschen wir Ihnen auf diesem Wege gleichzeitig mit Dank für die bisherige gute Zusammenarbeit Erfolg, Glück und Gesundheit und verbleiben

mit besten Grüßen

Dr. Bernhard Rochell  
Dezernent

**Anlage**



Stand: 16.12.2008

**Entwurf eines Gesetzes  
zum ordnungspolitischen Rahmen  
der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009  
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)  
[Drs. 16/10807]**

Änderungsanträge

Stellungnahme der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

**Zu den Änderungsanträgen Nrn. 12 und 20:**

**I.**

Der Änderungsantrag Nr. 20 (zu Art. 3 Nr. 5 KHRG = § 121 SGB V – Vergütungsregelung für Belegärzte) sieht in einem neuen § 121 Abs. 5 SGB V für „Krankenhäuser mit Belegbetten“ vor, anstelle der in § 121 Abs. 2 bis 4 SGB V vorgesehenen Vergütung (dies ist die Vergütung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, welche für die stationären belegärztlichen Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung nach den Modalitäten des Systems der vertragsärztlichen Vergütung abgerechnet wird) vor, dass „zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge“ geschlossen werden „können“.

Der damit in Zusammenhang stehende Änderungsantrag Nr. 12 (zu Art. 2 Nr. 15a –neu-KHRG = § 18 KHEntgG – Folgeänderungen zur Vergütungsregelung für Belegärzte) sieht als Folgeänderung zu der Einführung einer „Wahloption“ für Kliniken mit Belegbetten, die belegärztliche Versorgung auch durch Vertragsärzte mit Honorarverträgen sicherstellen zu können,

vor, dass Krankenhäuser in diesen Fällen anstelle der gesonderten Entgelte für Belegpatienten die für Hauptabteilungen zu berechnenden Entgelte abrechnen können, wegen der – laut Begründung – „bei belegärztlicher Versorgung in der Regel günstigeren Kostenstrukturen die Fallpauschalen für Hauptabteilungen jedoch nur zu 80%“.

## II.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung lehnt die Anträge in der vorliegenden Form ab, weil sie berechtigten Interessen der Belegärzte nicht gerecht werden. Wenn die vergütungsrechtliche Wahlmöglichkeit eingeführt werden soll, bedarf es dringlicher Nachbesserungen der vorgeschlagenen Regelungen.

Aus unserer Sicht ist folgendes erforderlich:

1. Sowohl in der Begründung zu § 121 SGB V als auch zu § 18 KHEntgG ist von einem „Wahlrecht“ bzw. einer „Wahloption“ die Rede. Dies lässt das Missverständnis aufkommen, dass der Krankenhausträger mit Inkrafttreten der Regelungen einseitig die Vergütungsweise gegenüber den Belegärzten bestimmen kann. Dies wäre nicht zulässig. Es kann nur eine einvernehmliche Vergütungsregelung geben, welche dem Belegarzt die Möglichkeit einräumt, einen Honorarvertrag abzulehnen, aber auch ebenso dass Recht erhält, den Honorarvertrag, wenn er sich einvernehmlich auf ihn eingelassen hat, wieder zugunsten des Vergütungssystems der vertragsärztlichen Versorgung aufzugeben.
2. Der Belegarztstatus muss fortbestehen bleiben.
3. Wenn eine Wahlmöglichkeit besteht, kann sie nicht für Teile der belegärztlichen Vergütung ausgeübt werden. Es können nur immer alle belegärztlichen Leistungen in dem einen oder anderen Vergütungssystem vergütet werden. Unklar bleibt, ob in einem kooperativen Belegarztsystem die Belegärzte jeweils unterschiedliche Vergütungssysteme wählen können und wie hierbei Abgrenzungen in der Leistungserbringung vorgenommen werden können. Unklar bleibt in dem Änderungsantrag insbesondere auch die Wahloption in operativen Fachgebieten hinsichtlich der Wechselbeziehung mit anästhesiologischen Leistungen. Der G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2009 differenziert zwischen Fallpauschalen für Belegabteilungen  
- mit Belegoperateur,

- mit Belegoperateur und Beleganästhesist,
  - mit Belegoperateur und Beleghebamme sowie
  - mit Belegoperateur, Beleganästhesist und Beleghebamme. Insoweit wäre klarzustellen, dass eine Krankenhausabteilung nur dann von der Wahloption Gebrauch machen kann, wenn bei Abteilungen mit Beleganästhesist und/oder Beleghebamme, neben dem Belegoperateur auch der Beleganästhesist und – soweit betroffen - die Beleghebamme der Lösung zustimmt. Soweit nur der Beleganästhesist und/oder die Beleghebamme der Option zustimmen, wäre eine Regelung zu treffen, nach welcher der vollständige Belegarztstatus des Belegoperateurs erhalten bleibt. In solchen Fällen wäre durch das Krankenhaus nicht die Hauptabteilungs-Fallpauschale, sondern die zutreffende Belegabteilungs-Fallpauschale mit Belegoperateur, mit Belegoperateur und Beleganästhesist oder mit Belegoperateur und Beleghebamme abzurechnen.
4. Die Absenkung der Bewertung der Hauptabteilungs-Fallpauschalen in Fällen von Honorarverträgen (Änderungsantrag 12) stellt eine benachteiligende Regelung dar und gefährdet eine angemessene Vergütung des Belegarztes im Honorarvertrag. Unklar bleibt in dem Änderungsantrag, inwieweit sich der Wechsel unabhängig von der Möglichkeit der Berechnung von Hauptabteilungs-Fallpauschalen auf die Höhe des durch das Krankenhaus in Ansatz zu bringenden Basisfallwerts auswirkt, sollte für das Krankenhaus nicht der jeweilige Landesbasisfallwert gelten. Eine Absenkung des Basisfallwerts in Kombination mit der Berechnung einer abgesenkten Hauptabteilungs-Fallpauschale hätte eine noch weitergehende Unterfinanzierung der belegärztlichen Leistungen zur Folge.
5. In der Begründung zu § 121 SGB V wird aufgeführt, dass es sich bei der Vergütungssystematik durch Honorarverträge nicht um vertragsärztliche Leistungen handelt. Unklar bleibt, wie mit den vom Belegarzt veranlassten Leistungen umzugehen ist. Sind sie vom Krankenhaus zu vergüten? Wie werden Leistungen von Ärzten vergütet, die nicht Krankenhausärzte, aber auch keine Belegärzte sind? Im Rahmen der stationären vertragsärztlichen Versorgung darf ein Belegarzt für eine Auftragsleistung, eine Konsiliaruntersuchung oder eine Mitbehandlung einen Vertragsarzt hinzuziehen, wenn das betreffende Fach an dem Krankenhaus nicht vertreten ist (§ 41 Abs. 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte). Ist außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, wie sie durch das Honorarvertragssystem vorgesehen ist, dies noch zulässig, was wir verneinen möchten.

6. Das Wahlsystem der Honorarverträge muss von einer Rahmenregelung begleitet werden, die als Rahmenvertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Mitwirkung der für die Interessen der Belegärzte maßgeblichen Organisation auf Bundesebene und der Bundesärztekammer zu schließen ist. In diesem Rahmenvertrag sind die Grundsätze der Wahlmöglichkeit festzulegen, und zwar im Hinblick auch darauf, dass nach einer Wahl des Honorarvertragssystems eine Rückkehr in das Vergütungssystem der belegärztlichen Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zulässig bleiben muss.



Dr. Köhler

Vorsitzender des Vorstandes  
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung