

## Vergütung belegärztlicher Leistungen – wie geht es weiter?

**Bundesverband der Belegärzte e.V.**  
Mitgliederversammlung 2010

am 30. Oktober 2010 in Berlin

## Agenda

1. Aktuelle politische Diskussion und Gesetzgebung
2. Aktuelle Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschuss
3. Weitere Perspektive der Vergütung belegärztlicher Leistungen

## Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP vom 24. Oktober 2009

Endlich Zukunftssicherheit für Belegärzte?

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP

### 4065 Krankenhausversorgung

- 
- 
- 

4070 (..) Der Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren wird fortgesetzt. **Dabei ist es unser Ziel, das bestehende Belegarztsystem**

4072 **beizubehalten und zu stärken.** (..)

81/124



## Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009

### § 121 Absatz 5 (neu) SGB V

(5) Abweichend von den Vergütungsregelungen in Absatz 2 bis 4 können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen.

Schaffung der Möglichkeit zum Abschluss von Honorarverträgen zwischen Beleg-KH und Belegärzten unter Abrechnung von Hauptabteilungs-DRGs mit 20-prozentigen Abschlägen (korrespondierende Regelungen in §§ 18,19 KHEntgG und § 121 SGB V)

### § 18 Absatz 3 (neu) KHEntgG

(3) **Krankenhäuser** mit Belegbetten, die nach § 121 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, **rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die Fallpauschalen für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent ab.** Bei diesen Krankenhäusern ist bei der Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 die Vergütung des Belegarztes einzubeziehen. Krankenhäuser nach Satz 1 erster Halbsatz, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, rechnen für von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelte Belegpatientinnen und -patienten tagesgleiche Pflegesätze ab, die auch die Vergütung des Belegarztes umfassen.

## Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009

### Probleme und Unschärfen bei belegärztlichen Honorarverträgen

- Einseitiges Wahlrecht des Krankenhausträgers
- Unklare Rückkehrmöglichkeit
- Unklarheit bei kooperativer belegärztlicher Versorgung, z.B. Belegoperator(e), Beleganästhesist(en) und bei geburtshilflicher Versorgung (Beleghebamme)
- Unklarheit zur Vergütung der vom Belegarzt mit Honorarvertrag veranlassten Leistungen (stationäre Behandlung durch Belegarzt mit Honorarvertrag ist lt. amtlicher Begründung keine vertragsärztliche Leistung, damit entfällt die Möglichkeit der Hinzuziehung von Vertragsärzten, deren Fach an dem Krankenhaus nicht vertreten sind, zur Konsiliaruntersuchung oder Mitbehandlung (§ 41 Abs. 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte)

## Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009

### Probleme und Unschärfen bei belegärztlichen Honorarverträgen

- Klärungsbedarf zur Berechnungsfähigkeit wahlärztlicher Leistungen
- 20 % Abschlag von der Hauptabteilungs-DRG macht die Regelung zur Totgeburt

## Verfahren zur 15. AMG-Novelle 2009

Gegenäußerung der Bundesregierung vom 22.04.2009 zur Stellungnahme des Bundesrates vom 03.04.2009

Zu Nummer 47 – Artikel 18 Nummer 1 und 2 - neu - (§ 18 Absatz 3 Satz 1 KHEntgG) – *[Reduzierung des Abschlags von der Hauptabteilungs-DRG auf 10 %]*

Die Änderung wird abgelehnt.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde eine Wahloption eingeführt, nach der ein Belegarzt oder eine Belegärztin auch direkt vom Krankenhaus vergütet werden kann. Wegen der bei belegärztlicher Versorgung in der Regel günstigeren Kostenstrukturen sind die Fallpauschalen für Hauptabteilungen in diesem Fall jedoch zu mindern (§ 18 Absatz 3 Satz 1 KHEntgG). Der mit dem KHRG hierzu vorgegebene Prozentsatz von 80 Prozent der Fallpauschalen für Hauptabteilungen ist das Ergebnis gesundheitspolitischer Beratungen. **Da das KHRG erst am 25. März 2009 in Kraft getreten ist, liegen derzeit noch keine Erkenntnisse über die Auswirkungen der Neuregelung vor. Zudem hat der Bundesrat noch in seiner Entschliessung zum KHRG vom 13. Februar 2009 lediglich gefordert, dass das Honorarvertragsmodell bei den Belegkliniken "spätestens ein Jahr nach Wirksamwerden der Neuregelung auf seine Wirkungen zu überprüfen und gegebenenfalls eine Neuregelung zu initiieren" ist (Bundesrats-Drucksache 31/09 – Beschluss). Vor diesem Hintergrund besteht aus Sicht der Bundesregierung für eine Änderung zum jetzigen Zeitpunkt kein Anlass.**

## Verfahren zum AMNOG

### Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz - AMNOG)

„Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422, das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:  
1. In § 18 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter "in Höhe von 80 Prozent" gestrichen. „

Zu Nummer 24

Zu Artikel 11a - neu - (§ 18 Absatz 3 Satz 1 und § 21 Absatz 3 Nummer 3 KHEntgG)

Die geforderte Änderung des § 18 Absatz 3 Satz 1 KHEntgG wird im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens im nächsten Jahr geprüft. Zutreffend ist, dass die Inanspruchnahme noch zurückhaltend ist. Gleichwohl sollte die weitere Entwicklung zunächst noch abgewartet werden. Zudem sind etwaige Änderungen auch so auszurichten, dass der Fortbestand des klassischen Belegarztmodells nicht gefährdet wird.

Gegenäußerung der Bundesregierung

## Planungen der Regierung zur NVV 2011 im Rahmen der GKV-Finanzierungsreform

KBV

### Regierungsentwurf eines GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22. September 2010

- Aktuelle Detailplanungen 2011/2012 (§ 87d SGB V)
  - Keine Steigerung aus Kostenentwicklungen
    - Folge: Orientierungswert bleibt im Jahr 2011/12 unverändert; die „EBM-Währungsreform“ wird auf den 1. Januar 2013 verschoben
  - Keine Steigerung aus stationär/ambulanten Verlagerungseffekten
  - Keine Absenkungen aus Wirtschaftlichkeitsreserven

## Planungen der Regierung zur NVV 2011 im Rahmen der GKV-Finanzierungsreform

KBV

### Regierungsentwurf eines GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22. September 2010

- Aktuelle Detailplanungen 2011/2012 (§ 87d SGB V)
  - Keine Beschlüsse zu regionalen Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstruktur, aber Fortschreibung bisheriger regionaler Zuschläge
  - Aussetzen der umstrittenen Regelung für Orientierungswerte bei Über-/Unterversorgung für 2 Jahre und Reaktivierung der Sicherstellungszuschläge nach § 105 SGB V für 2011/2012

## Planungen der Regierung zur NVV 2011 im Rahmen der GKV-Finanzierungsreform

KBV

### Regierungsentwurf eines GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22. September 2010

- Aktuelle Detailplanungen 2011/2012 (§ 87d SGB V)
  - Lineare Verteilung des Zuwachsanspruchs aus der Änderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten (0,75 % jeweils für 2011 und 2012 gesetzlich veranschlagt, wird nach Zusage BMG auf 1,5 % erhöht)
  - Asymmetrische Verteilung eines Zuwachsanspruchs für 2011 (500 Mio. € am 05. Oktober 2010 im Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegt)
  - Begrenzung des Zuwachses der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Leistungen – ausgenommen Vorsorge/Prävention/Innovation – auf 50% der Steigerung der Grundlohnsumme, d. h. 0,575 % (gesetzliche Vorgabe; Steuerung soll auf Landesebene vereinbart werden)

## Agenda

KBV

2. Aktuelle Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschuss
3. Weitere Perspektive der Vergütung belegärztlicher Leistungen

## Asymmetrische Honorarsteigerung 2011 nach dem Beschluss des EBA am 5. Oktober 2010

- Lineare Anhebung für alle KVen nach GKV-FinG
    - nach Ankündigung des BMG wird die im Regierungsentwurf des GKV-FinG vom 22.9.2010 ausgewiesene Veränderungsrate von 0,75 % auf 1,5 % angehoben
    - das durch den EBA festzulegende Volumen für die asymmetrische Honorarsteigerung fiel daher entsprechend geringer aus
  - EBA-Beschluss zur asymmetrischen Steigerung 2011 führt zur Anhebung der KVen mit einem Behandlungsbedarf je Versicherten
    - kleiner 9310 Punkte (rd. 326 €) um 3,4581 %
    - zwischen 9310 und 9730 (rd. 341 €) Punkten um 2,7171 %
    - über 9730 Punkte um 1,0473 %
- maximal auf den Durchschnitt des oberen Drittels der KVen (364 €)

## Honorarsteigerung 2011/2012 nach GKV-FinG

KV	Lineare Steigerungsrate 2011/2012	Asymmetrische Steigerungsrate 2011
Schleswig-Holstein	0,75 %	3,4581 %
Hamburg	0,75 %	0,0000 %
Bremen	0,75 %	0,9662 %
Niedersachsen	0,75 %	1,0473 %
Westfalen-Lippe	0,75 %	3,4581 %
Nordrhein	0,75 %	3,4581 %
Hessen	0,75 %	1,0473 %
Rheinland-Pfalz	0,75 %	2,7171 %
Baden-Württemberg	0,75 %	2,7171 %
Bayern	0,75 %	1,0473 %
Berlin	0,75 %	0,0000 %
Saarland	0,75 %	1,0473 %
Mecklenburg-Vorpommern	0,75 %	0,0000 %
Brandenburg	0,75 %	3,4581 %
Sachsen-Anhalt	0,75 %	3,4581 %
Thüringen	0,75 %	2,7171 %
Sachsen	0,75 %	3,4581 %

## Forderungen der KBV zur Anpassung des RLV-Beschluss für das Jahr 2011

- Einführung des QZV Speziallabor für Selbstzuweiser *GKV-SV prüft*
- Neufassung des Absatzes zur Vermeidung überproportionaler Honorarverluste *GKV-SV hat zugestimmt*
- Spezielle Regelung zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste i. R. der NVV in der Orthopädie, Augenheilkunde, HNO, Phoniatrie und Pädaudiologie sowie in Folge der Neugewichtung der RLV-Zuschläge für Gemeinschaftspraxen und MVZs *KBV-Antrag ist im Erweiterten BA gescheitert*
- Verlängerung der Befristung der Regelung des Zuschlags für Berufsausübungsgemeinschaften bis 31. März 2011 *GKV-SV hat zugestimmt*
- Aufhebung der Befristung der Trennung der Gesamtvergütung bei Selektivverträgen, weitere redaktionelle Anpassungen *GKV-SV hat zugestimmt*

## EBM-Änderungen

zum 1. Oktober 2010

- Anpassung der belegärztlichen Geburtshilfe auf Grund der Erhöhung der **Haftpflichtversicherungen** um *10.000 bis 20.000 Euro.*
  - Erhöhung der Vergütung der 08411 für Belegärzte um rd. 89 €



## Sachstand EBM

### Weitere Änderungen in Verhandlung

- Verlängerung der Bundesempfehlung zum PET(CT) vor dem Hintergrund des andauernden Versorgungsengpasses des *99m-Technetium* bis zum 30. Juni 2011
- Aufsplittung orthopädischer Leistungskomplexe (in Verhandlung)
- Überprüfung der Leistungen der Augenheilkunde, HNO, Phoniatrie und Pädaudiologie (im AABA angekündigt)
- Verlängerung der EBM-Anpassungsfaktoren in der Reproduktionsmedizin
- Neubewertung Gastroskopie

## Sachstand EBM

### Weitere Änderungen in Verhandlung

- Verlängerung der Bundesempfehlung zum PET(CT) vor dem Hintergrund des andauernden Versorgungsengpasses des *99m-Technetium* bis zum 30. Juni 2011
- Aufsplittung orthopädischer Leistungskomplexe (in Verhandlung)
- Überprüfung der Leistungen der Augenheilkunde, HNO, Phoniatrie und Pädaudiologie (im AABA angekündigt)
- Verlängerung der EBM-Anpassungsfaktoren in der Reproduktionsmedizin
- Neubewertung Gastroskopie

Kassen haben ihre ursprüngliche Bereitschaft zur Unterstützung der Anpassungen in den Bereichen Orthopädie, HNO und Augenheilkunde vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Entwicklungen am 21. Juli 2010 aufgekündigt: („Kurzfristig sind allenfalls absenkend wirkende Änderungen möglich! Sonstige Änderungen nur i. R. einer EBM-Gesamtreform“)

## Resultierender Zeitrahmen für die Beschlüsse des (E)BA

- 18.08.2010 Diskussionsentwurf zur GKV-Finanzierungsreform
- 25.08.2010 Sitzung des (E)BA (NVV 2011)
- 01.09.2010 Sitzung des (E)BA (NVV 2011)
- 22.09.2010 Kabinettsbeschluss zur GKV-Finanzierungsreform
- 24.09.2010 Sitzung des (E)BA (NVV 2011, RLV-Beschluss, EBM)
- 05.10.2010 Sitzung des (E)BA (NVV 2011, RLV-Beschluss)
- 11.10.2010 Sitzung des (E)BA (NVV 2011, RLV-Beschluss)
- 19.10.2010 Sitzung des (E)BA (Bereinigung)
- 24.11.2010 Sitzung des (E)BA (RLV-Beschluss, EBM)
- Nov 2010 Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens
- 30.11.2010 Zuweisung der RLV für das 1. Quartal 2011

## Agenda

3. Weitere Perspektive der Vergütung belegärztlicher Leistungen

## Zukunft des Belegarztwesens

*KBV-Positionen unter Berücksichtigung der Ergebnisse eines Arbeitsgesprächs mit Berufsverbänden und der Bundesärztekammer am 11. Dezember 2009 in Berlin*

### Belegärztliche Versorgung – *Ergänzte* Forderungen der KBV vom 11.12.2009

- Vergütung sämtlicher, d.h. auch aller konservativen belegärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung *und Ausnahme aller belegärztlicher Leistungen als besonders förderungswürdige Leistungen von gesetzlichen Honorarbegrenzungsregelungen*
- Gewährleistung einer deutschlandweit einheitlichen Vergütung aller belegärztlicher Leistungen mit einem Auszahlungspunktwert in Höhe von 5,11 Cent
- *Angemessene und ausgewogene Berücksichtigung geänderter Haftungsrisiken insbesondere in der Geburtshilfe*
- Wiedereinführung einer angemessenen belegärztlichen Bereitschaftsdienstvergütung

## Belegärztliche Versorgung – Ergänzte Forderungen der KBV vom 11.12.2009

- Vergütung sämtlicher, d.h. auch aller konservativen belegärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung *und Ausnahme aller belegärztlicher Leistungen als besonders förderungswürdige Leistungen von gesetzlichen*
- Gewährleistung der Vergütung aller belegärztlichen Leistungspunkte in Höhe von 5,11 Cent
- *Angemessene und ausgewogene Berücksichtigung geänderter Haftungsrisiken insbesondere in der Geburtshilfe*
- Wiedereinführung einer angemessenen belegärztlichen Bereitschaftsdienstvergütung

Die Bewertung der GOP 08411 wurde mit Wirkung ab 01.10.2010 für Belegärzte um rd. 89 € erhöht.

Wird durch den GKV-SV abgelehnt!

## Belegärztliche Versorgung – Forderungen der KBV vom 11.12.2009

- Weiterentwicklung des Kapitels 36 EBM unter
  - Aufnahme weiterer konservativer Leistungen
  - Schaffung von Gebührenordnungspositionen für die stationäre Erbringung von im DRG-System bzw. über die stationären NUB-Entgelte abgebildeten innovativen Leistungen, für welche für die ambulante Versorgung noch keine Zulassung des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht und
  - Aufnahme einer Leistung für die ausführliche Erörterung, Aufklärung und Beratung bei nachhaltig lebensverändernden oder -bedrohlichen Erkrankungen oder entsprechender Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung

## Belegärztliche Versorgung – Forderungen der KBV vom 11.12.2009

- Einführung eines für den Krankenhausträger verbindlichen Konsiliararztstatus des Belegarztes für die fachgebietsbezogene konsiliarische (Mit-)Versorgung von Patienten, die außerhalb der in der Zuständigkeit des Belegarztes liegenden Bereichen desselben Krankenhauses versorgt werden
- Ausschluss einer krankenhauseitigen Anstellung von Ärzten für die stationäre Versorgung, für deren Fachgebiet das Krankenhaus keine Zulassung nach dem Landeskrankenhausplan besitzt oder für deren Fachgebiet das Krankenhaus bereits eine Belegabteilung vorhält sowie Ausschluss gleich wirkender Honorarverträge
- Flexibilisierung und Gleichstellung der stationären und ambulanten Tätigkeit des Belegarztes in allen untergesetzlichen Vorgaben zur vertragsärztlichen Versorgung

## Belegärztliche Versorgung – Forderungen der KBV vom 11.12.2009

- Einführung eines für den Krankenhausträger verbindlichen Konsiliararztstatus des Belegarztes für die fachgebietsbezogene konsiliarische (Mit-)Versorgung von Patienten, die außerhalb der in der Zuständigkeit des Belegarztes liegenden Bereiche desselben Krankenhauses versorgt werden
  - Mit der Zusammenführung der Bundesmantelverträge wird angestrebt
    - die Möglichkeit der Anerkennung als Belegarzt an mehreren Krankenhäusern
    - die Klarstellung, dass Anästhesisten als Belegärzte bei belegärztlichen Leistungen anderer Fachgruppen tätig sein können
- Ausschluss einer krankenhauseitigen Anstellung von Ärzten für die stationäre Versorgung, für deren Fachgebiet das Krankenhaus keine Zulassung nach dem Landeskrankenhausplan besitzt oder für deren Fachgebiet das Krankenhaus bereits eine Belegabteilung vorhält sowie Ausschluss gleich wirkender Honorarverträge
- Flexibilisierung und Gleichstellung der stationären und ambulanten Tätigkeit des Belegarztes in allen untergesetzlichen Vorgaben zur vertragsärztlichen Versorgung

## Belegärztliche Versorgung – Forderungen der KBV vom 11.12.2009

- Bindung des Abschlusses von Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140d SGB V durch ein Krankenhaus für das Fachgebiet seines Belegarztes an dessen Person und dessen Zustimmung
- Die Regelung nach § 121 Abs. 5 SGB V und § 18 Abs. 3 KHEntgG („belegärztliches Honorararztmodell“) ist entweder so zu ändern, dass die jeweils zutreffende DRG-Fallpauschale für Hauptabteilungen vollumfänglich abgerechnet werden kann oder aber in der mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vorgegebenen obsoleten Fassung zu streichen

## Zukunft des Belegarztwesens

*Perspektive „Versorgungsgesetz“ 2011*

## Planungen der Regierung zur NVV 2011 im Rahmen der GKV-Finanzierungsreform

KBV

**Regierungsentwurf eines GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22.09.2010**

- Aktuelle Detailplanungen 2011/2012 (§ 87 Abs. 9 SGB V)
  - Beauftragung des Bewertungsausschusses mit der Vorlage eines Konzeptes für eine schrittweise Konvergenz der vertragsärztlichen Vergütungen an das BMG bis zum 30. April 2011
  - Danach unmittelbare Vorlage des Konzeptes durch das BMG an den Deutschen Bundestag

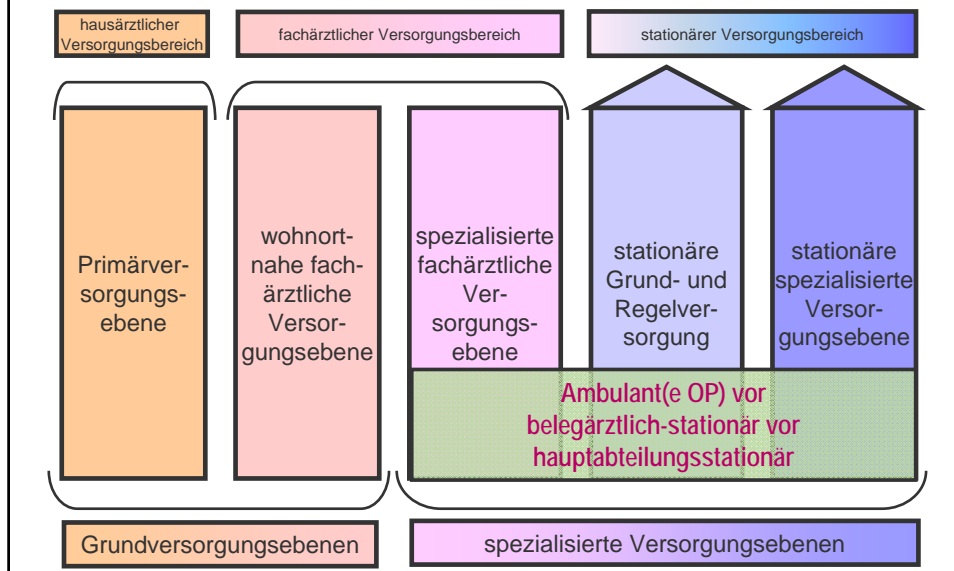
## Planungen eines „Versorgungsgesetzes“ im Jahr 2011

KBV

- Voraussichtliche Agenda der 2011 anstehenden Gesetzgebung
  - **Neuordnung der Bedarfsplanung**
    - Kleinräumige indikationsbezogene Versorgungsplanung?
    - sektorenübergreifender Ansatz?
  - **Reform der vertragsärztlichen Vergütung**
    - Konvergenz der Vergütungen?
    - EBM-Reform mit Rückkehr zur Einzelleistungsstruktur?
    - Vereinfachung der Honorarverteilung?
  - **Neuordnung der Versorgung an der ambulant-stationären Schnittstelle**
    - Versorgungsebenenmodell der KBV, „dritter Sektor“ etc.?
    - Stärkung des Belegarztwesens?

## Versorgungsebenenmodell der KBV

KBV



## Planungen eines „Versorgungsgesetzes“ im Jahr 2011

KBV

- Die KBV überprüft vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion zum neuen Gesetzesvorhaben im Jahr 2011 ihre Positionen und entwickelt diese weiter mit dem Ziel einer bestmöglichen Stärkung und Sicherung der Zukunftsperspektive der vertragsärztlichen Versorgung im Interesse der Sicherstellung einer auch in Zeiten drohenden Arztmangels und zunehmender demographischer Herausforderung hochqualitativen Patientenversorgung nach dem aktuellem medizinischen Standard
- Besondere Rolle der belegärztlichen Versorgung muss dabei erhalten bleiben und gestärkt werden
- Das unter den bisherigen Rahmenbedingungen am 11. Dezember 2009 und im Sommer 2010 gegenüber der KBV abgegebene Votum der Mehrheit der Belegärzte für einen Verbleib im Kollektivvertrag und im EBM ist dabei zu beachten



## Planungen eines „Versorgungsgesetzes“ im Jahr 2011

KBV

- KBV hält sich für den Fall einer umfassenden Neuordnung des Versorgungsgeschehens an der ambulant-stationären Schnittstelle unter der Zielsetzung der Erreichung der bestmöglichen Perspektive für die belegärztliche Versorgung jedoch methodisch alle Möglichkeiten offen
- Die KBV wird sich zu ihrer weiteren Positionierung mit dem BdB und den Belegärzten abstimmen

## Belegärztliche Leistungen im EBM – *Aktuelle Vorteile*

KBV

- Ärztlich mitbestimmtes Vergütungssystem
- Quartalsweise Nachjustierung möglich
- Keine grundlegende Gesetzesänderung notwendig
- „bottom up“-Kalkulationsansatz
- „kalkulatorischer Arztlohn“ 86,09 Cent je Min.
- geringerer Pauschalierungsgrad im Vergleich mit DRGs (Vorteil würde mit Umstellung des EBM auf eine Einzelleistungsvergütung weiter ausgebaut)
- besserer Systemansatz für die Abbildung von Mehrfacheingriffen
- Keine „DRG-Kappung“ prä- und poststationärer Leistungen

## Belegärztliche Leistungen im EBM – *Aktuelle Risiken*

KBV

- Konservative belegärztliche Leistungen sind im Kapitel 36 EBM bzw. in der NVV-Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses noch unzureichend berücksichtigt
- bisher keine flächendeckende Umsetzung der regionalen Zuschläge für belegärztliche Leistungen (Klage des GKV-SV vor dem LSG Berlin-Brandenburg)
- Problem der „Innovationslücke“ zwischen dem DRG-System für Hauptabteilungen und der Vergütung belegärztlicher Leistungen im EBM ist bisher ungelöst

## Belegärztliche Leistungen im DRG-System - *Aktuelle Vorteile*

KBV

- Einheitliche Abbildung belegärztlich stationärer Leistungen und stationärer Leistungen in Hauptabteilungen im DRG-System
- Umsetzung der Maxime „Belegarztleistung = HA-DRG – BA-DRG“ kann bei hohen Basisfallwerten und hoher ausgehandelter DRG-Beteiligung insbesondere im konservativem Bereich attraktiv für Belegärzte sein
- Vereinfachung der Abrechnung durch größeren Pauschalierungsgrad
- Wegfall der EBM-DRG-Innovationslücke
- Soweit Vorteile gegenüber dem EBM-Ansatz bestehen kann der „DRG-Ansatz“ bereits als nicht-belegärztlicher Honorararzt genutzt werden

## Belegärztliche Leistungen im DRG-System - *Aktuelle Risiken*

KBV

- bisher rein krankenhaus- bzw. kostenträgerbestimmtes Vergütungssystem
- politisch gestützte GKV-Maxime „belegärztliche Versorgung muss bei gleicher Qualität billiger sein als Versorgung durch Hauptabteilungen“ verhindert bisher Gleichstellung von Haupt- und Belegabteilungen auf dem Niveau der Hauptabteilungs-DRGs
- hochgradige Pauschalierung im DRG-System erschwert die Berücksichtigung von Besonderheiten
- Arztlohnkalkulation auf Basis der KH-Tarife, Urteile zur „angemessenen Vergütung“ von Honorarärzten
- Schwächung der Autonomie des Belegarztes durch Vergütung seiner Leistungen über den Krankenhausträger („Knebelverträge“)
- „Infektionsgefahr“ mit der Folge einer DRG-Lösung für stationäre Wahlleistungen im Rahmen der anstehenden GOÄ-Novellierung

KBV

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit