

## Dokumentation: Stellungnahme der DKG zu den Formulierungshilfen des BMG für Änderungsanträge zum KHRG

### Vergütungsregelung für Spezialambulanzen in Kinderkliniken

#### Änderungsantrag zu § 120 SGB V

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass die Fraktionen der CDU/CSU und SPD der akuten Gefährdung der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die Fachambulanzen von Kinderkrankenhäusern und Fachabteilungen entgegenwirken und die bestehende Unterfinanzierung dieser Ambulanzen beseitigen wollen. Die vorgesehene Absenkung der Finanzmittel für die stationäre Krankenhausversorgung wird von der DKG jedoch als unbegründet und unsachgerecht strikt abgelehnt. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die defizitäre Vergütung von ambulanten Leistungen mit Finanzmitteln der stationären Versorgung ausgeglichen werden soll. Entsprechend der sektoralen Trennung des deutschen Gesundheitswesens sah die Gesetzessystematik zu keinem Zeitpunkt eine Finanzierung von ambulanten, vertragsärztlichen Leistungen über die stationären Krankenhausbudgets vor. Daher verbietet sich bei der ohnehin vielfach prekären finanziellen Situation der Krankenhäuser ein zusätzlicher Entzug von Finanzmitteln.

Für Krankenhäuser, die ihre Budgets nach der BpflV vereinbaren – zum Beispiel Kinderkrankenhäuser mit dem Status der Besonderen Einrichtung – sieht der Änderungsantrag vor, dass die zusätzlichen Erlöse aus den ambulanten Pauschalen in voller Höhe vom stationären Krankenhausbudget abgezogen werden. Diese Umverteilung der Mittel führt keinesfalls zu einer Verbesserung der Erlössituation des Krankenhauses. Die Neuregelung könnte zwar die Unterfinanzierung der Fachambulanzen beseitigen, würde aber im Gegenzug automatisch zu einer Unterfinanzierung, bzw. zu einer Verschärfung einer bereits bestehenden Unterfinanzierung, im stationären Bereich führen. Der Zweck der Neuregelung, „mögliche Versorgungsengpässe bei der fachärztlichen ambulanten Versorgung von schwer und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen durch Unterfinanzierungen zu vermeiden“, wird mit diesem Verschiebeparkplatz konterkariert.

Im Geltungsbereich des KHEntgG sieht die Neuregelung vor, dass die zusätzlichen Erlöse aus den ambulanten Pauschalen in voller Höhe bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts ausgabenmindernd zu berücksichtigen sind. Für die Beseitigung der Unterfinanzierung der ambulanten Leistungen würden für das Krankenhausystem eben gerade nicht die hierfür erforderlichen Finanzmittel bereitgestellt. Es wäre absurd, wenn der Ausgleich eines Defizits des ambulanten Vergütungssystems aufgrund unzulässiger Annahmen zu Lasten aller Krankenhäuser gehen würde und somit die bereits bestehende Unterfinanzierung der stationären Krankenhausversorgung nochmals verschärft würde.

Aus Sicht der DKG könnte die Sicherstellung der Versorgung durch die Fachambulanzen durch Loslösung von der mit dem eingebrachten Antrag immer noch vorhandenen Abhängigkeit von den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Abkehr von der unzureichenden Vergütung nach EBM verbessert werden. Sowohl auf der Krankenhausseite als auch bei den Krankenkassen könnte dadurch eine verbesserte Planungssicherheit geschaffen werden. Mit der Regelung, dass die Finanzierungslücken durch ergänzende Pauschalen zur EBM-Vergütung geschlossen werden sollen, würden die Verhandlungen mit den Krankenkassen problematisch, da für die Differenzbetrachtung neben einer angemessenen Vergütung auch noch das zu prognostizierende Vergütungsvolumen nach EBM berücksichtigt werden müsste. Auch in diesem Zusammenhang ist es besonders bedenklich, dass der Änderungsantrag keine Schiedsstellenfähigkeit im Konfliktfall vorsieht. Nach der derzeitigen Gesetzessystematik wird die Schiedsstellenfähigkeit in § 120 Absatz 4 SGB V geregelt. Dieser Absatz verweist jedoch bisher nur auf Vereinbarungen nach § 120 Absatz 2 und noch nicht auf einen neu eingefügten Absatz 1 a. Dieses und der zusätzliche administrative Aufwand

**provadis**  
Partner für Bildung & Beratung

#### Fernlehrgang: Qualitätsassistent/-in im medizinisch-technischen Labor



Die berufsbegleitende Weiterbildung für Labormitarbeiter, die ihren Schwerpunkt im medizinisch-technischen Bereich sehen.

Endlich als zertifizierter Fernlehrgang, inkl. der **RiliBÄK 2008!**

praxisorientiert | überall zu absolvieren | individuelle Disposition

##### Inhalte:

**Modul 1:** Grundlagen des Qualitätsmanagements

**Modul 2:** Qualitätsmanagement im Labor

**Modul 3:** Grundlagen der Qualitätssicherung

**Modul 4:** Qualitätssicherung im Labor

**Zertifiziert mit 400 Punkten der LÄKH**

Termin: 16.02.2009 – 05.07.2009

Alle Module sind selbstverständlich auch einzeln buchbar.

Nähere Informationen erhalten Sie unter:

[frank.schmitt@provadis.de](mailto:frank.schmitt@provadis.de) oder

[www.provadis.de/fernlehrgaenge](http://www.provadis.de/fernlehrgaenge)

einer zweigleisigen Abrechnung könnte mit dem Vorschlag der DKG vermieden werden.

Für eine mittel- und langfristige Planungssicherheit der Fachambulanzen ist es unabdingbar, dass eine dauerhafte und in ihrer Form uneingeschränkte Zulassung erfolgen muss. Aufgrund der Spezialisierung der Fachambulanzen auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Krankheitsgeschehen und der Vorhaltung einer spezialisierten Facharztschiene wird der Bedarf für eine Ermächtigung unabhängig von dem Leistungsangebot der niedergelassenen Ärzte als gegeben angesehen. Die DKG schlägt daher vor, die Zulassung der Fachambulanzen aus systematischen Gründen dem § 118 SGB V anzugliedern.

#### Formulierungsvorschlag:

§ 118 SGB V wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Psychiatrische Institutsambulanzen und Fachambulanzen für Kinder und Jugendmedizin“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Kinder- und jugendmedizinische und insbesondere kinderchirurgische, kinderorthopädische und kinderradiologische Fachambulanzen an Krankenhäusern sind auf Antrag vom Zulassungsausschuss zur ambulanten fachärztlichen Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu ermächtigen.“

Die Regelungen zur Vereinbarung und Vergütung sollten entsprechend der bestehenden Gesetzssystematik in § 120 Absatz 2 SGB V integriert werden. Anstatt einer den EBM ergänzenden Vergütung sollte die Vergütung zur Vereinfachung der Verhandlungen und des Abrechnungsverfahrens vollumfänglich zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbart werden. Die Schiedsstellenfähigkeit gemäß § 120 Absatz 4 SGB V wäre bei Integration in den Absatz 2 gewährleistet. Ggf. müsste durch den Wegfall der EBM-Vergütung und der Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und Krankenkassen noch die Entlastung der Gesamtvergütungen geregelt werden.

#### Formulierungsvorschlag:

§ 120 Absatz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 und Satz 3 werden jeweils nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „sowie der kinder- und jugendmedizinischen und insbesondere kinderchirurgischen, kinderorthopädischen und kinderradiologischen Fachambulanzen“ eingefügt.

## Belegärztliche Versorgung

### Änderungsanträge zu § 18 und § 19 KHEntgG sowie § 121 SGB V

Die DKG begrüßt die Überlegungen zur Flexibilisierung der belegärztlichen Versorgung. Jedoch sollte eine konsequente

Überwindung der Sektorengrenzen in Form der Überführung des Belegarztwesens in ein Kooperationsarztmodell erfolgen. Hierbei würde die vollständige stationäre Leistung, einschließlich der ärztlichen Behandlung, durch das Krankenhaus erbracht. Eine künstliche Trennung des Behandlungsvertrages, wonach der Patient eine vertragliche Beziehung sowohl mit dem Belegarzt als auch mit dem Krankenhaus eingeht, wäre obsolet.

Bei diesem von der DKG präferierten Kooperationsarztmodell würden der niedergelassene Arzt und das Krankenhaus eine Vertragspartnerschaft eingehen, deren Ausgestaltung der Vertragsfreiheit unterläge. Die damit einhergehende Flexibilisierung der Organisation und Prozesse im Krankenhaus sowie die Flexibilisierung der Tätigkeit des Vertragsarztes, dessen Freiberuflichkeit vollständig erhalten bliebe, würde in der Folge zu einer optimierten Patientenversorgung und einer optimalen Verzahnung der Versorgungssektoren führen. Hierfür wäre jedoch eine Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit erforderlich, die bei der zeitlichen Reglementierung einer Tätigkeit für ein Krankenhaus über die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eröffneten Möglichkeiten hinausgehen müsste.

Das in der Begründung des Änderungsantrages bekundete Ziel der Ermöglichung gleicher Wettbewerbschancen zwischen den Krankenhäusern mit Haupt- und Belegabteilungen kann nur dann gänzlich erreicht werden, wenn in sämtlichen Einrichtungen, für die das KHEntgG maßgeblich ist, ein einheitlicher DRG-Katalog Anwendung findet. Dies wäre beim Kooperationsarztmodell gewährleistet. Ein zusätzlicher Katalog für Belegabteilungs-DRGs wäre somit nicht mehr notwendig. Jedoch wären zur Umsetzung des Kooperationsarztmodells weitere rechtliche Anpassungen erforderlich. Die beabsichtigten gleichen Wettbewerbschancen sollten nicht nur zwischen den Krankenhäusern, sondern vielmehr auch zwischen den niedergelassenen Ärzten bestehen.

Es ist schwer nachvollziehbar, warum es bei der im Änderungsantrag dargestellten Gesetzesregelung weiterhin einer Zulassung als Belegarzt durch den Zulassungsausschuss bedarf. Es handelt sich bei diesen Leistungen um eine stationäre Behandlungsform, bei der die Rahmenbedingungen auch durch das jeweilige Krankenhaus gestaltbar sein sollten. Hier gehört die freie Wahl eines Kooperationspartners mit der Möglichkeit der freien Ausgestaltung der Vertragsinhalte zweifellos dazu, sofern zu definierende Voraussetzungen bzw. Bedingungen erfüllt wären. Zudem ist es in diesem Zusammenhang inkonsequent, dass die Steuerungsmechanismen der belegärztlichen Versorgung weiterhin in den Händen der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Zulassungsausschüsse liegen, jedoch bei Wahl der im Änderungsantrag aufgezeigten Option des Abschlusses eines Honorarvertrages keinerlei Finanzmittel aus dem vertragsärztlichen Bereich für die Patientenversorgung bereitgestellt werden. Außerdem wäre noch auf die derzeitige Formulierung des § 18 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG hinzuweisen, nach der eines der Merkmale des Belegarztes ist, dass dieser keine Vergütung vom Krankenhaus erhält. Durch die in den Änderungsanträgen angedachte Vergütungsvariante mit-

tels eines gesonderten Honorarvertrages würde dem Belegarzt jedoch gerade eine solche Vergütung vom Krankenhaus gewährt. Letztlich wird dadurch die Stellung des Vertragsarztes als Belegarzt, die dieser nach den Änderungsanträgen beibehalten soll, gerade in Frage gestellt.

Auf dem Weg, eine weitgehende Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu erreichen, kann die mit dem Änderungsantrag aufgezeigte Regelung einen ersten Schritt darstellen. Eine effiziente Leistungserbringung, die eine in sich geschlossene Behandlung der Patienten sicherstellt, sollte jedoch mit der Umsetzung des Kooperationsarztmodells erreicht werden. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass beim Belegarztwesen heutiger Prägung nicht mehr vorrangig die eigenen Patienten, sondern vielmehr auch Patienten anderer Vertragsärzte auf Basis eines Überweisungsauftrags behandelt werden. Grundvoraussetzung sowohl des im Änderungsantrag aufgezeigten Vergütungsmodells als auch des DKG-Ansatzes einer Überführung des Belegarztwesens in ein Kooperationsarztmodell ist jeweils, dass die Abrechnung der Hauptabteilungs-DRGs keinerlei negative Auswirkungen auf die Erlössituation der anderen Krankenhäuser entfalten darf.

## Sonderregelungen für Praxiskliniken

### Änderungsanträge zu § 122 und § 140 b SGB V

Die DKG spricht sich ausdrücklich gegen die Einführung von Sonderregelungen für Praxiskliniken zur Erbringung von stationersetzenden Leistungen aus. Stationersetzende Leistungen können einerseits bereits von Krankenhäusern nach den Grundsätzen des Vertrages nach § 115 b Absatz 1 SGB V erbracht werden. Diese Leistungen sind in dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe ausdrücklich benannt. Der Leistungskatalog ist als Anlage 1 Bestandteil des Vertrages nach § 115 b Absatz 1 SGB V. Darüber hinaus haben auch niedergelassene Vertragsärzte die Möglichkeit, stationersetzende Eingriffe nach Maßgabe des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu erbringen. Letztlich existieren in der Praxis überdies vielfältige Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten bezüglich der Erbringung stationersetzender Leistungen.

Praxiskliniken wiederum sind nach der in § 115 Absatz 2 Nr. 1 SGB V enthaltenen Legaldefinition lediglich Einrichtungen, in denen Versicherte durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden. Der in

Kostensteigerungen aus Krankenhaussicht 2008 und 2009			
	Personalkosten	Sachkosten	Gesamt
2008	1,10	1,26	2,36 Mrd. €
2009 (+2008)	2,22 (+ 1,10)	1,32 (+1,26)	3,54 Mrd. € (+ 2,36 Mrd. €)
2008 und 2009 kumuliert			8,26 Mrd. €
Gesetzliche Be- und Entlastungen 2008 und 2009			
Veränderungsrate 2008	+ 0,64 %		0,36 Mrd. €
Rechnungsabschlag 2008	- 0,5 %		- 0,23 Mrd. €
Veränderungsrate 2009 (+ 2008)	+ 1,41 % (+ 0,64%)		0,80 Mrd. € (+ 0,36 Mrd. €)
Entfall IV-Anschlussfinanzierung 2009, Krankenhausanteil			0,20 Mrd. €
2008 und 2009 kumuliert			1,49 Mrd. €
Deckungslücke zu 8,26 Mrd. €			
- 6,77 Mrd. €			
Avisierte Entlastungen 2009 durch das KHRG – Entwurf			
Anteilige Finanzierung der Tarifkostensteigerungen 2008/9			1,35 Mrd. €
Pflegeförderung progressiv bis 2011			max. 0,22 Mrd. €
Verbesserung Psychiatrie			0,06 Mrd. €
Ausbildungsstättenzuschläge			0,15 Mrd. €
Mögliche finanzielle Entlastung 2008/9			max. 1,72 Mrd. €
Deckungslücke zu 6,77 Mrd. €:			
mind. - 5,05 Mrd. €			

einer Praxisklinik arbeitende Arzt ist somit ein niedergelassener Vertragsarzt, der schon für sich befugt ist, stationersetzende Eingriffe durchzuführen. Die Versorgungssicherheit bezüglich der Erbringung stationersetzender Leistungen wird allerdings schon durch Krankenhäuser und niedergelassene Vertragsärzte gewährleistet.

Letztlich erschließt es sich der DKG nicht, wie die „stationäre Durchführung“ stationersetzender Leistungen – wie im Änderungsantrag bei der Formulierung von § 122 SGB V vorgesehen – erfolgen soll. Entweder die Leistung ist „stationersetzend“ und daher gerade nicht stationär durchzuführen oder es handelt sich um eine stationäre Leistung, die im Krankenhaus zu erbringen ist. Aus Sicht der DKG besteht daher keine Notwendigkeit für die Durchführung stationersetzender Leistungen einen weiteren Leistungserbringer im Gesetz zu implementieren. Dies gilt auch für die Möglichkeit, Praxiskliniken an der integrierten Versorgung zu beteiligen. Auch in diesem Bereich sind Krankenhäuser und niedergelassene Vertragsärzte in § 140 b Absatz 1 Nrn. 1 und 2 SGB V bereits als mögliche Vertragspartner der integrierten Versorgung genannt. ■