



110. Deutscher Ärztetag

Münster 15. - 18.05.2007

TOP V Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

V - 05 Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der stationären Versorgung ab dem Jahr 2009

ENTSCHLIESSUNG

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-05) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Im Hinblick auf die bereits begonnene und Ende 2007 in die entscheidende Phase eintretende Debatte um die Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der stationären Versorgung ab dem Jahr 2009 vertritt der 110. Deutsche Ärztetag folgende Positionen mit dem Ziel der Wahrung ärztlicher Interessen in diesem umfassenden und vielschichtigen Neuordnungsprozess:

1. Die Gewährleistung einer wohnort- und zeitnahen leistungsfähigen Krankenhausversorgung im Sinne der Daseinsvorsorge muss weiterhin eine unverzichtbare öffentliche Aufgabe bleiben.
2. Hieraus folgernd muss die Verantwortung im Sinne des Sicherstellungsauftrages und der Gewährleistungsverpflichtung bei den Bundesländern verbleiben.
3. Die Verantwortung für die Krankenhausplanung liegt – entsprechend der verfassungsrechtlichen Festlegung – weiterhin bei den Bundesländern. Eine Beschleunigung und Entbürokratisierung der bisher häufig schwerfälligen Planungsprozesse ist allerdings unabdingbar.
4. Die in einigen Bundesländern bereits eingeleitete Neuausrichtung der Krankenhausplanung von der bislang vor allem bettenzentrierten Planung auf eine stärker leistungsbezogene Rahmenplanung mit der jeweiligen Möglichkeit der Anpassung an landesspezifische Besonderheiten und Erfordernisse wird befürwortet. Hierfür ist jedoch die Einbeziehung der Ärztekammern in die jeweiligen Planungsprozesse als „unmittelbar Beteiligte“ mit Strukturverantwortung notwendig sowie die Gewährleistung einer adäquaten und regionalen angepassten medizinischen Versorgung vor Ort erforderlich.
5. Bei der derzeit völlig unzureichenden Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer muss verstärkt das Augenmerk darauf gerichtet

werden, wie sich festzustellende Ungerechtigkeiten der Einzelförderung vermeiden lassen. Die Ärzteschaft regt eine zeitnahe wissenschaftliche Untersuchung zu den finanziellen und den bürokratischen Konsequenzen der derzeitigen Systematik der Einzelförderung von Investitionen an. Unabhängig von der möglichen zukünftigen Ausrichtung der Investitionskostenfinanzierung auf ein monistisches System oder der Beibehaltung bzw. Modifizierung des dualen Systems bleibt jedoch bei beiden Formen das Grundproblem der deutlich zu geringen Mittelbereitstellung und des dadurch bedingten Investitionsstaus. Sowohl die bisherige duale als auch eine monistische Finanzierung sind nur dann eine tragende Grundlage, wenn sie mit den erforderlichen Finanzmitteln ausgestattet sind.

6. Die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems mit dem Ziel der Transparenz, der Qualitätssicherung sowie der Steigerung des Wettbewerbs darf nicht zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges der gesetzlichen Krankenkassen mit den im Plan aufgenommenen Krankenhäusern führen.
7. Im Hinblick auf die weitere Ausgestaltung des G-DRG-Fallpauschalensystems nach Abschluss der Konvergenzphase wird eine zeitnahe Auswertung der bisherigen Erfahrungen seit Einführung des neuen Vergütungssystems empfohlen. Dies gilt insbesondere für die Frage der Ausrichtung auf ein Fest- oder Höchstpreissystem sowie auf einen möglicherweise bundesweiten Basisfallwert statt unterschiedlicher landesweiter Basisfallwerte.
8. Spätestens mit dem Ende der Konvergenzphase zum 01.01.2009 muss die Abschaffung der Grundlohndeckelung der Krankenhausbudgets erfolgen. Bei mehr oder weniger Leistungen müssen für die Krankenhäuser in einem leistungsorientierten Vergütungssystem auch volle Mehr- oder Mindererlöse möglich sein. Unabhängig davon müssen die Ergebnisse von Tarifabschlüssen unmittelbar in die Vergütungen der Krankenhäuser einfließen.
9. Die Neuausrichtung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009 darf nicht zu einer Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit führen. Die notwendige stationäre Versorgung der Bevölkerung vor Ort darf angesichts des steigenden Bedarfs nicht gefährdet werden. Ebenso muss die Verantwortung der Krankenhäuser für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen gewahrt bleiben.
10. Die Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für die weitere Ausgestaltung und Nutzung des G-DRG-Fallpauschalensystems darf nicht zu einer Gefährdung des einzigen sektorübergreifenden Vergütungssystems für ärztliche Leistungen führen. Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bleibt ein unverzichtbares Vergütungsinstrument für die ärztlichen Wahlleistungen und damit für die Mitarbeiterbeteiligungen im Krankenhaus.

Der Deutsche Ärztetag appelliert an die politischen Entscheidungsträger in Bund und Ländern, diese Positionen und Vorschläge im Rahmen des anstehenden Gesetzgebungsverfahrens zu berücksichtigen, um die Voraussetzungen dafür zu schaffen, den Krankenhäusern und den in ihnen tätigen Ärztinnen und Ärzten bei der zukünftigen Krankenhausplanung und -finanzierung eine verlässliche Basis zu schaffen.