



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Abschaffung der Fallpauschalen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache I - 37) wird zur weiteren Beratung in 2. Lesung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesregierung auf, das Fallpauschalengesetz abzuschaffen und eine neue Finanzierungsbasis für die deutschen Krankenhäuser zu entwickeln, die den Einfluss wirtschaftlicher Interessen auf medizinische Entscheidungen ausschließt und Fehlanreize zur Steuerung des Leistungsgeschehens mit dem vorrangigen Ziel der Erlös-/Gewinnoptimierung rückgängig macht.

Begründung:

Vor zehn Jahren wurde die Krankenhausfinanzierung von der Vergütung über tagesgleiche Pflegesätze auf die leistungsorientierte Bezahlung durch Fallpauschalen (DRGs) umgestellt. Von den Zielen, die mit dieser Umstellung erreicht werden sollten, wurde nahezu keines erreicht:

- Der Anstieg der Ausgaben für die stationäre Behandlung sollte durch das Fallpauschalensystem gebremst werden. Tatsächlich sind die Ausgaben seither erheblich stärker gestiegen als in allen Vergleichszeiträumen davor seit der Wiedervereinigung.
- Der wirtschaftliche Wettbewerb, dem die Krankenhäuser durch das neue Finanzierungssystem ausgesetzt sind, soll durch Insolvenz von Kliniken den politisch gewünschten Bettenabbau bewirken. Tatsächlich hat sich seit der Einführung des Fallpauschalensystems der Bettenabbau sogar abgeschwächt. Wenn Betten stillgelegt werden, dann, weil sie sich betriebswirtschaftlich nicht rechnen. Die Folge ist ein zunehmender Verlust der flächendeckenden medizinischen Grundversorgung. Gleichzeitig werden die Kapazitäten für die Behandlung von Krankheiten, die für das Krankenhaus besonderen wirtschaftlichen Nutzen bringen (Wirbelsäulen- und Gelenkoperationen, Herzkatheter und Katheterinterventionen, Herzoperationen) ausgebaut.
- Die Bezahlung nach Fallpauschalen sollte Transparenz und Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen in den unterschiedlichen Krankenhäusern herbeiführen. Tatsächlich ist das Abrechnungssystem derart kompliziert und undurchsichtig, dass

Angenommen: Abgelehnt: Vorstandsüberweisung: Entfallen: Zurückgezogen: Nichtbefassung:

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



zwischen den Krankenkassen und den Kliniken ein unlösbarer Dauerkonflikt darüber entstanden ist, wie ein Fall korrekt abgerechnet wird. In der Folge wurde der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) der GKV zu einer allumfassenden und immens teuren Kontrollbehörde aufgerüstet, parallel dazu werden in den Krankenhäusern zusätzliche Kapazitäten für ein DRG-bezogenes Controlling geschaffen, einerseits als Gegengewicht zu den Kassen und zum MDK, andererseits zur innerbetrieblichen Optimierung der Leistungsdefinition und -steuerung.

Weder werden die Personalkostensteigerungen durch die DRGs vollständig ausgeglichen, noch werden die bei der Kalkulation der DRGs unberücksichtigten notwendigen Krankenhausinvestitionen durch die dazu verpflichteten Länder ausreichend refinanziert. Daher müssen die Kliniken die Zahl und die Behandlungsschwere der von ihnen behandelten Patienten stetig steigern und dadurch Überschüsse erzielen, um nicht unweigerlich in rote Zahlen abzurutschen und um Investitionen tätigen zu können.

All diese Erfahrungen zeigen, dass marktwirtschaftliche Steuerung im Gesundheitswesen nicht funktioniert. Ein zukunftsweisendes und nachhaltiges Finanzierungssystem für Krankenhäuser muss daher folgende Forderungen erfüllen:

- Krankenhäuser dürfen keine Profite erwirtschaften.
- Die notwendige Personalintensität der Behandlung und Betreuung kranker Menschen muss adäquat berücksichtigt werden.
- Die Krankenhausversorgung ist Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge. Daher muss die Leistungsbereitschaft finanziell abgesichert werden, auch wenn Krankenhäuser zu bestimmten Zeiten nicht ausgelastet sind.