

Positionen zur Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der stationären Versorgung ab dem Jahr 2009



Beschluss des 110. Deutschen Ärztetages 2007 in Münster

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. Daseinsvorsorge ist eine öffentliche Aufgabe

Die Gewährleistung einer wohnort- und zeitnahen leistungsfähigen Krankenhausversorgung im Sinne der Daseinsvorsorge muss weiterhin eine unverzichtbare öffentliche Aufgabe bleiben.

2. Verantwortung für Sicherstellung muss bei den Bundesländern bleiben

Hieraus folgernd muss die Verantwortung im Sinne des Sicherstellungsauftrages und der Gewährleistungsverpflichtung bei den Bundesländern verbleiben.

3. Krankenhausplanung beschleunigen und entbürokratisieren

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. Bei der Neuausrichtung der Rahmenplanung Ärztekammern einbeziehen

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. Einzelförderung überprüfen, Investitionsstau beseitigen

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. Kontrahierungsverpflichtung der GKV beibehalten

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. Erfahrungen mit DRGs zeitnah auswerten

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. Grundlohndeckelung 2009 abschaffen

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. Versorgung, Therapiefreiheit und Weiterbildung langfristig sichern

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. GOÄ als sektorübergreifendes Vergütungssystem nicht gefährden

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 geben.

Herausgeber: Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1 · 10623 Berlin

