



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Betrifft: Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausplanung und -finanzierung ab dem Jahr 2009

Entschließungsantrag

Von: Vorstand der Bundesärztekammer

DER DEUTSCHE ÄRZTETAG MÖGE FOLGENDE ENTSCHEIDUNG FASSEN:

Der Deutsche Ärztetag hält es für dringend erforderlich, die Krankenhausfinanzierung im Interesse einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung auf eine solide, zukunftsfähige Grundlage zu stellen.

15 Jahre nach Einführung gedeckelter Budgets, die an die Grundlohnsummenentwicklung und damit die Einnahmen der Krankenkassen gekoppelt sind, hat dieses System sich endgültig überlebt.

Der Budgetdeckel muss daher schnellstens wegfallen.

In Anbetracht der Finanzierungslücken im stationären Sektor fordert der Deutsche Ärztetag ein bundesweites Programm, das die Deckelung der Budgets beendet, eine realistische Refinanzierung der Aufgaben – orientiert an den tatsächlichen Kosten der Krankenhausleistungen einschließlich der Tarifentwicklung – ermöglicht, eine sofortige Rücknahme der Sanierungsabgabe an die Krankenkassen beinhaltet sowie die Investitionskraft der Krankenhäuser stärkt. Bund und Länder sind gemeinsam gefordert, ein solches Programm zu entwickeln.

Es müssen Regelungen gefunden werden, die es den Krankenhäusern ermöglichen, unabwendbare Kostensteigerungen aufgrund von Tarifabschlüssen, Sachkostenentwicklungen, Inflationsraten, Steuerbelastungen u. ä. entsprechend zu refinanzieren. Der Deutsche Ärztetag verweist auf seine im Jahr 2007 gefassten und weiterhin gültigen Beschlüsse zur Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausplanung und -finanzierung ab dem Jahr 2009.

Bislang hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) noch keinen Referentenentwurf vorgelegt und damit kein Gesetzgebungsverfahren eröffnet.

Die Differenzen zwischen den bereits 2007 bekannt gewordenen Beschlusspapieren der zuständigen Arbeitsgruppe der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden sowie der Gesundheitsministerkonferenz und den im Bundesministerium für Gesundheit erstellten Positionspapieren vom Frühjahr 2008 sind beträchtlich.

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

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



Zu drei vom Bundesministerium für Gesundheit skizzierten Aspekten:

- Nutzung wettbewerblicher Spielräume durch Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern,
- Schrittweise Einführung eines Bundesbasisfallwertes sowie
- Sicherung einer angemessenen Investitionsfinanzierung

nimmt der 111. Deutsche Ärztetag in Ergänzung zu den Beschlüssen des 110. Deutschen Ärztetags in folgender Weise Stellung:

1. Nutzung wettbewerblicher Spielräume durch Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern

Die Argumentation des Bundesministeriums für Gesundheit entspricht einer Wiederaufnahme seines im Eckpunktpapier vom Juli 2007 skizzierten Interesses, einzelne angeblich gut planbare Leistungsbereiche aus der derzeit bestehenden Kontrahierungsverpflichtung der Krankenkassen herauszunehmen, um damit angeblich einen Preis- und Qualitätswettbewerb eröffnen zu können.

Die deutsche Ärzteschaft ist unverändert der Auffassung, dass dies keinesfalls ein zielführender Weg zur Verbesserung und Sicherstellung einer flächendeckend hochwertigen Patientenversorgung sein kann. Schon jetzt zeigen sich erhebliche Auswirkungen der wettbewerblichen Bedingungen in der stationären Versorgung, die insbesondere in ländlichen Regionen zu einer Gefährdung einer flächendeckenden Patientenversorgung führen.

Zudem wird die mit einer entsprechenden Ausgliederung von Leistungen verbundene Konzentration und Mengenausweitung an bestimmten Kliniken – verbunden mit entsprechendem Rabattierungsdruck und Preisdumping – in keiner Weise den Versorgungsinteressen der Patientinnen und Patienten, der Ärztinnen und Ärzte, aber auch der politisch Verantwortlichen in den Bundesländern gerecht.

Der Deutsche Ärztetag fordert nachdrücklich, dass die grundgesetzlich verbriefte Krankenhausplanungskompetenz der Bundesländer beibehalten werden muss. Die mit der Ausgliederung entsprechender Leistungen verbundene Übernahme der Steuerungsfunktion von Patientenströmen durch Krankenkassen würde zu einem massiven Unterlaufen der Kompetenz der Bundesländer führen. Nicht zuletzt unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung ist es für eine langfristige Sicherstellung der Daseinsvorsorge und wohnortnahen stationären Versorgung unverzichtbar, dieser drohenden Fehlentwicklung entgegen zu treten.

Aus ärztlicher Sicht ist hiermit zudem eine erhebliche Gefährdung des freien Wahlrechtes der Patientinnen und Patienten in Abstimmung mit den sie betreuenden Ärztinnen und Ärzten gegeben. Die Auswahl von Kliniken und Fachabteilungen darf auch weiterhin nicht mit einer ökonomisch motivierten Steuerung der Krankenkassen, möglicherweise mit unerwünschten pekuniären Anreizen für betreuende Ärztinnen und Ärzte, verbunden werden. Die Indikationsstellung sowie die im vertrauensvollen Gespräch von Arzt/Ärztin und Patientin/Patient entwickelte Empfehlung zur Auswahl eines Krankenhauses müssen entscheidend für



die Inanspruchnahme der Krankenhäuser bleiben.

2. Schrittweise Einführung eines Bundesbasisfallwertes

Aus Sicht des Deutschen Ärztetages kann die Entscheidung, ob eine schrittweise Einführung eines Bundesbasisfallwertes einer Beibehaltung von Landesbasisfallwerten in den einzelnen Bundesländern vorzuziehen ist, angesichts der damit verbundenen Finanzdimension nur auf der Basis eingehender Datenauswertungen, Analysen und anschließender Fachdiskussionen getroffen werden. Der 111. Deutsche Ärztetag empfiehlt daher erneut die Durchführung einer entsprechenden zeitnahen Auswertung. Leider ist diese bisher noch nicht veranlasst worden, ebenso wenig wie die gemäß § 17 b Abs. 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz vorgesehene Begleitforschung, deren erste Ergebnisse schon Anfang 2006 hätten vorgelegt werden müssen. Auch zu dieser Frage bleibt das Bundesministerium für Gesundheit die Antwort schuldig.

3. Sicherung einer angemessenen Investitionsfinanzierung

In dem parallel zu den Diskussionsvorschlägen des Bundesministeriums für Gesundheit in Auftrag gegebenen Gutachten (Gutachten Prof. Dr. Rürup) wird ein weiteres Mal deutlich, dass das derzeit erbrachte gesamte Investitionsvolumen der Bundesländer in Höhe von ca. 2,7 Milliarden Euro pro Jahr als völlig unzureichend angesehen werden muss, den Investitionsbedarf der Häuser zu decken. Diese Daten werden auch durch eine aktuelle Analyse des Rheinisch-Westfälischen Institutes für Wirtschaftsforschung in Essen (Veröffentlichung Februar 2008) bestätigt. Ob die im Rürup-Gutachten skizzierte notwendige Erhöhung um 2,3 Milliarden Euro auf insgesamt ca. 5 Milliarden Euro Investitionsfinanzierungsmittel bundesweit als ausreichend angesehen werden kann, wird überaus kritisch eingeschätzt. Die demographisch bedingt zu erwartende Steigerung der Fallzahlen von derzeit ca. 16,9 Mio. pro Jahr auf voraussichtlich 19 Mio. pro Jahr im Jahr 2012 und die zunehmende Bedeutung des Gesundheitswesens für die einzelnen Bundesländer lassen eher einen deutlich höheren Finanzbedarf erforderlich erscheinen.

Die im BMG-Konzept intendierte Bereitstellung der Finanzmittel über den Gesundheitsfonds ist selbst bei Überwindung des Widerstands der Bundesländer weder eine ausreichend wirksame noch eine langfristig stabile Finanzierungsbasis für Krankenhausinvestitionsmittel. Zudem wird durch die damit verbundene Übernahme der Steuerung durch die Krankenkassen die Aushöhlung der Planungskompetenz der Bundesländer in Kauf genommen. Die Krankenhausplanungskompetenz der Bundesländer bleibt jedoch aus Sicht der deutschen Ärzteschaft unverzichtbar ein wesentliches Steuerungselement zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung im Sinne der Daseinsvorsorge.

Der Deutsche Ärztetag appelliert an die Gesundheitsministerkonferenz im Hinblick auf ihre Sitzung am 2./3. Juli 2008, diese Positionen der deutschen Ärzteschaft nachdrücklich zu unterstützen, fordert aber die Bundesländer auch eindringlich auf, ihrer Verpflichtung zur Krankenhausinvestitionsfinanzierung ausreichend nachzukommen.