



---

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

**Titel:** Qualitätsorientierte Krankenhausplanung - Positionierung der Bundesärztekammer zur Neuausrichtung der Planung im stationären Bereich

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 03) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Christiane Friedländer, Dr. Bernd Lücke, Dr. Thomas Lipp und Elke Köhler (Drucksache I - 03a) und von Dr. Klaus Reinhardt, Angelika Haus, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Reinhard Simon und Dr. Thomas Lipp (Drucksache I - 03b) sowie von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Bernd Lücke, Dr. Gerd-Dieter Koschitzky, Angelika Haus und Elke Köhler (Drucksache I - 03c) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüÙt das auf Empfehlung ihrer Krankenhausgremien vom Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) Anfang des Jahres beschlossene Positionspapier "Qualitätsorientierte Krankenhausplanung" als eine wesentliche politische Initiative der Ärzteschaft zur Neuausrichtung der Krankenhausplanung in der neuen Legislaturperiode ([www.baek.de](http://www.baek.de)).

Statt der Forderung der Krankenkassen, modellhaft Selektivverträge mit einzelnen Krankenhäusern abschließen zu dürfen und damit praktisch die staatliche Krankenhauspolitik zu unterlaufen oder obsolet werden zu lassen, plädiert die BÄK stattdessen vor allem für eine strukturierte, qualitätsorientierte und somit beizubehaltende und neu auszurichtende Krankenhausplanung durch die Länder. Die Länder müssen aber ihrer Verpflichtung aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) künftig in vollem Umfang nachkommen und den erforderlichen Krankenhäusern die nötigen Investitionsmittel zur Verfügung stellen. Eine Finanzierung nach Haushaltslage darf sich nicht weiter verfestigen. Die BÄK spricht sich daher nachdrücklich gegen die Einführung von Selektivverträgen als Steuerungselement aus. Für das gesundheitspolitisch übergreifend gemeinsam getragene Ziel der Sicherung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung stellen Selektivverträge durch Interessenkonflikte bei der Leistungssteuerung ein erhebliches Risiko dar.

Bedingt durch das Finanzierungssystem müssen sich die Krankenhäuser zunehmend in einem immer stärker wettbewerblich geprägten Umfeld bewegen. Um zu verhindern, dass mit steigendem ökonomischen Druck und einem ausufernden Wettbewerb die hohe Qualität der stationären Versorgung gefährdet wird, bedarf es einer krankenhauplanerischen Flankierung, die hier gegensteuern und Qualitätsstandards einfordern muss. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Verlagerung

---

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

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



ökonomischer Risiken auf die Ärztinnen und Ärzte mittels wirtschaftlich ausgerichteter Zielvereinbarungen oder vergleichbarer rechtlicher Ausgestaltungen ausdrücklich abzulehnen.

In ihrem Positionspapier "Qualitätsorientierte Krankenhausplanung" fordert die BÄK die Bundesländer auf, verstärkt qualitative Mindestanforderungen zur Strukturqualität im Rahmen ihrer Krankenhausplanung zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung vorzugeben.

Vorrangig sind dies fünf Kriterien:

- **Kompetenz.** Ein Versorgungsauftrag kann nur ausgeführt werden, wenn die erforderliche fachärztliche Expertise vorhanden ist. Die Facharztkompetenz ist ein Kernkriterium für die Strukturqualität.
- **Verfügbarkeit.** Neben der ärztlichen Fachkompetenz an sich ist deren Verfügbarkeit wichtig. Nur mit ihr kann Kontinuität im Behandlungsprozess gewährleistet werden. Zudem muss es möglich sein, dass das Krankenhaus die vereinbarte Versorgung auch außerhalb der regulären Dienstzeit sicherstellt, ohne dass der Facharztstandard vernachlässigt wird.
- **Komplementarität und Kooperation.** Angesichts der Multimorbidität und Komplexität muss eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung auch Aussagen zum Zusammenwirken einzelner Disziplinen und ergänzender Bereiche sowie zur Kooperation - insbesondere mit anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten - enthalten.
- **Ausstattung.** In bestimmten Disziplinen können Aussagen zur weiteren personellen und/oder technischen Ausstattung sowie zu Prozessabläufen notwendig sein, um zu gewährleisten, dass eine Versorgung nach anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen kann.
- **Weiterbildung.** Die Beteiligung an der gesamtgesellschaftlich notwendigen Aufgabe der Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses muss gefördert werden, indem diese zur Voraussetzung der Aufnahme in den Krankenhausplan und damit des Erhalts öffentlicher Fördermittel für Krankenhäuser gemacht wird. Maßgebend muss dabei die ärztliche Weiterbildung nach den Vorgaben des Weiterbildungsrechts und damit nach den Vorgaben der jeweils zuständigen Ärztekammer sein.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüßt, dass dieser Vorschlag für eine Neuausrichtung der Krankenhausplanung auf vorrangig qualitätsorientierte und -gestützte Kriterien genau in das aktuelle Zeitfenster der sich gegenwärtig verstärkenden politischen Diskussion um die Krankenhausplanung stößt. So setzt sich der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 27.11.2013 zum politischen Ziel, "Qualität ... als weiteres Kriterium für



---

Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich [einzuführen] (§ 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz)" und die Länder bei der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung hin zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung zu unterstützen. Diese Positionierung der BÄK ist zwischenzeitlich von ihrem Präsidenten, Prof. Dr. Montgomery, in die politische Diskussion im Zusammenhang mit der Krankenhausgesetzgebungsnovelle 2014 eingebracht worden.