



**Positionen
der Bundesärztekammer
zur
Krankenhausfinanzierung**



Präambel

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 in Hannover hat in seinem Leitantrag sowie mit einer Vielzahl gesonderter Entschlüsse die fortwährende Unterfinanzierung im Krankenhausbereich und die daraus resultierende wachsende Überregulierung und Kommerzialisierung scharf kritisiert:

Als dringend reformbedürftig sieht die deutsche Ärzteschaft einerseits das G-DRG-Fallpauschalensystem sowie die geplante Einführung pauschalierter Entgelte in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) an. Beide Vergütungssysteme sollten in ihrer im Falle des G-DRG-Fallpauschalensystems bereits bestehenden und im Falle des PEPP geplanten durchgreifenden Bedeutung als Mengen- und Preissystem für den wirtschaftlichen Bestand der Krankenhäuser dringend überdacht und in eine ihren Möglichkeiten besser entsprechende Rolle gebracht werden. Damit könnten

- ökonomische Fehlanreize behoben werden,
- die mit der derzeitigen Anwendung des G-DRG-Systems einhergehenden und mit der künftigen Anwendung des PEPP-Systems zu erwartenden bürokratischen Überbelastungen vermieden werden und
- durch eine gezieltere und bedarfsgerechtere Bereitstellung der benötigten Mittel die primäre Ausrichtung der Krankenhausfinanzierung an den individuellen Patientenbedürfnissen wieder hergestellt werden.

Weiteren erheblichen Reformbedarf sieht die deutsche Ärzteschaft bei der Investitionsförderung für Krankenhäuser:

Die nach den gesetzlichen Vorgaben aus den klammen Landeshaushalten zu finanzierenden Mittel der Investitionsförderung für Krankenhäuser sind seit 1991 um rund 30 Prozent gesunken. Das daraus entstandene Defizit beläuft sich bundesweit auf über 30 Milliarden Euro.

Dadurch werden die Krankenhäuser dazu gezwungen, die für die Aufrechterhaltung einer innovativen medizinischen Versorgung erforderlichen Investitionen immer häufiger und immer länger zurückzustellen. Die Krankenhäuser müssen erforderliche Gelder für unaufschiebbare Investitionen mittlerweile fast regelhaft aus den Erlösen der DRG-Fallpauschalen für die kurative Behandlung abzweigen. Dies geht direkt zu Lasten der Patientenversorgung, des in den Krankenhäusern beschäftigten ärztlichen und nichtärztlichen Personals sowie der Innovationskraft und internationalen Wettbewerbsfähigkeit des Gesundheitsstandorts Deutschlands.

Die Bundesärztekammer appelliert daher dringend an die Regierungskoalition, sich die nachfolgenden Positionen der Bundesärztekammer zur Reformierung der Krankenhausfinanzierung in der Legislaturperiode 2013 bis 2017 zu eigen zu machen und in geeigneter Weise gesetzlich umzusetzen.



1. Umfassende Reform des G-DRG-Fallpauschalensystems

Nach übereinstimmender Studienlage haben bereits über 46 Prozent der Krankenhäuser im Jahr 2012 defizitär gearbeitet. Auch das Jahr 2013 wird nach mehreren Umfragen für gut die Hälfte der deutschen Krankenhäuser zum Verlustjahr werden. Dieses Problem betrifft nicht nur kleine und mittlere Krankenhäuser sondern auch Maximalversorger. So erwarten nach Angaben des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD) auch 45 Prozent der Uniklinika im Jahr 2013 ein Defizit. Nach dem RWI-Krankenhaus-Rating-Report 2013 sind rund 30 Prozent der Krankenhäuser bereits unmittelbar oder kurzfristig insolvenzgefährdet. Diese Lage ist kein Ausdruck einer mangelnden Wirtschaftlichkeit deutscher Krankenhäuser sondern vielmehr die Konsequenz einer Jahr für Jahr zunehmenden Schieflage der Krankenhausfinanzierung zu Lasten von Patienten sowie dem ärztlichen sowie nichtärztlichen Personal der Krankenhäuser.

Wesentliche Gründe hierfür liegen neben den bereits angesprochenen separat behandelten Problemen der Krankenhausinvestitionsförderung in der Art des Einsatzes des G-DRG-Fallpauschalensystems in Deutschland. Anders als in der Mehrheit der DRG-Systeme anwendenden Länder setzt Deutschland sein G-DRG-Fallpauschalensystem nicht als Bemessungsgrundlage nur indirekt für die Verhandlung der stationären Erlösbudgets ein. In seiner Rolle als direktes Preissystem werden die G-DRG-Fallpauschalen mit ihrer Mengen- und Preisentwicklung vielmehr zu dem für das wirtschaftliche Überleben der Krankenhäuser fast ausschließlichen Bestimmungsfaktor.

Neben dem Umstand, dass das G-DRG-System auch bei stärkster Differenzierung der Fallpauschalen nicht dazu geeignet sein wird, Extremkostenfälle sachgerecht abzubilden, schlägt insbesondere die Unfähigkeit des G-DRG-Systems, auf aktuelle Kostenentwicklungen zu reagieren, von Jahr zu Jahr zum stärkeren Nachteil für die Krankenhäuser durch. So hat sich durch die im G-DRG-System unmögliche Einpreisung der aktuellen Tariflohnentwicklung im Jahr 2013 eine im Vergleich mit dem Vorjahr um 7,3 Prozent größere Tariflohn-Erlös-Schere zum Nachteil der Krankenhäuser in Höhe von 3,6 Milliarden Euro ergeben. Partielle Ausgleichs durch Reparaturgesetze, wie zuletzt durch das Beitragsschuldengesetz sind nicht dazu geeignet, dieses Problem auf Dauer zu beheben, insbesondere, wenn noch weitere kurzfristige Kostensteigerungen, wie z. B. durch die Energieumlagen im Zusammenhang mit der Energiewende und die im medizinischen Bereich, insbesondere in der Geburtshilfe, explodierenden Haftpflichtversicherungskosten dazu treten.

Auch die Kosten für die Vorhaltung von Leistungen im Zusammenhang mit der Sicherstellung der Krankenhausversorgung in strukturschwachen Regionen oder zur Gewährleistung einer angemessenen Personalbesetzung der Krankenhäuser ist über den bestehenden Ansatz des G-DRG-Systems nicht zu leisten: Aufgrund des Bevölkerungsmangels in strukturschwachen Regionen unterausgelastete Krankenhäuser können sich aus den G-DRG-Vergütungen nicht kostendeckend finanzieren.



Darüber hinaus werden für die stationäre Versorgung benötigte aber aufgrund des zunehmenden ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräftemangels an deutschen Krankenhäusern nicht besetzte Stellen bei der DRG-Kalkulation nicht berücksichtigt. Dies mündet bei ungeänderter Handhabung des G-DRG-Systems in eine systematische "Abwärtskalkulation", welche die wirtschaftlich problematische Situation der Krankenhäuser zusätzlich forciert.

Ein weiteres Problem besteht in der mit dem G-DRG-System verbundenen überbordenden bürokratischen Belastung: Nach der gesetzlichen DRG-Begleitforschung werden mindestens 11 Prozent der Krankenhausfälle Jahr für Jahr einer Fallprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen unterzogen, Tendenz zunehmend! Wer die damit einhergehende immense bürokratische Befassung von ärztlichem und nichtärztlichem Personal auf Krankenhaus- wie auch auf Krankenkassenseite dadurch gerechtfertigt sieht, dass eine erhebliche Anzahl der Krankenhausabrechnungen strittig sei und die fehlerhaften Abrechnungen darunter korrigiert werden müssten, verkennt möglicherweise den Umstand, dass das G-DRG-System mit seinen vielfältigen Dokumentationsanforderungen (DRG-Fallpauschalenkatalog, Diagnosedokumentation nach ICD-10-GM, Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Deutsche Kodierrichtlinien, G-DRG-Pflegedokumentation) und vieler Abrechnungsregelungen, u. a. Wiederaufnahmeregelungen und Verlegungsregelungen zu einer derart komplexen Materie geworden ist, dass eine große Mehrheit des ärztlichen und nichtärztlichen Personals dieses System nicht mehr hinreichend durchschaut und die Folge von Abrechnungsfehlern zunehmend systemimmanent angelegt wird.

Jüngstes Beispiel für eine medizinisch und ökonomisch in Bezug auf die betroffenen Einzelfälle keinesfalls nachvollziehbare Anpassung des G-DRG-Systems ist die durchgreifende Veränderung der sogenannten "PCCL-Systematik" (Patient Clinical Complexity Level), welche die Berücksichtigung aufwandsstarker Nebendiagnosen im G-DRG-System ab sofort deutlich erschwert. Die damit vorprogrammierte "Entwertung" der Nebendiagnosen im G-DRG-Fallpauschalensystem darf nicht dazu führen, dass Krankenhäuser bei der gegebenen finanziellen Schieflage unter Druck geraten, immer mehr Nebendiagnosen aufzuschreiben, um diese Entwertung auszugleichen. Vielmehr sollte dieser neuerliche Eingriff in die Systematik des G-DRG-Fallpauschalensystems dafür zum Anlass genommen werden, das System durch eine Vereinfachung und Entbürokratisierung in seiner Handhabung zu vereinfachen und seine Transparenz und Aussagekraft in Bezug auf Längsschnittvergleiche durch eine längere Konstanthaltung einer vereinfachten Fallgruppensystematik zu erhöhen.

Zur Behebung bzw. zur Verminderung der oben bezeichneten Problematik des G-DRG-Systems fordert die Bundesärztekammer in Entsprechung der Entschlüsse des 116. Deutschen Ärztetages folgende Maßnahmen:

Das G-DRG-Fallpauschalensystem ist in seiner bisherigen Rolle als für die wirtschaftliche Entwicklung der Krankenhäuser durchschlagend verbindliches Preis-Mengensystem überfordert. Weil das G-DRG-System aufgrund seiner empirischen



Anlage aktuelle Kostenentwicklungen, mehrheitlich Kostensteigerungen aus der Gegenwart und mindestens zwei Vorjahren nicht berücksichtigt, ist das sich auf Grundlage des jahresbezogenen gültigen G-DRG-Systems ergebende Preis-Mengen-Gerüst in Multiplikation mit dem für den Standort des jeweiligen Krankenhauses jeweils zutreffenden Orientierungswert bei künftigen Verhandlungen des DRG-Erlösbudgets des Krankenhauses lediglich als Untergrenze im Sinne eines Bemessungs- und Benchmarkinstrumentes für die Festlegung und künftige Abrechnung des Krankenhauserlösvolumens zu Grunde zu legen.

In Ergänzung zur Bemessung und Abrechnung von Teilen des Krankenhauserlösvolumens über das G-DRG-System sind künftig ausreichende Ermessensspielräume für die regionale/lokale Vereinbarung von Vergütungen insbesondere für

- die Sicherstellung der wohnortnahen Krankenhausbehandlung in strukturschwachen Regionen,
 - die unmittelbare Reaktion auf Tarifierpassungen, Anpassungen von Haftpflichtversicherungen, Energieumlagen und sonstigen bedeutsamen Entwicklungen,
 - begründete normative Ausgleichsmaßnahmen der "G-DRG-Emperie" zum Beispiel zur Behebung des Ärzte- und Fachkräftemangels und zur Sicherung des Bestandes angemessener Weiterbildungskapazitäten,
 - die besondere Förderung der Qualität, Hygiene, der belegärztlichen Versorgung, Fortbildung und Personalentwicklung,
 - die Finanzierung von Extremkostenfällen und
 - die Finanzierung der Transplantationsmedizin,
- zu schaffen.

Im Falle der Umsetzung des vorgeschlagenen Wandels des G-DRG-Fallpauschalensystems von einem unmittelbaren Preissystem in ein Krankenhauserlösbemessungsinstrument könnten auch die im internationalen Vergleich in Deutschland sehr hohen Anforderungen an die Differenzierung des G-DRG-Systems bezüglich seiner Fallgruppenzahl, seiner Fähigkeit zur ergänzenden Differenzierung nach aufwandsträchtigen Nebendiagnosen, seiner Zusatzentgelte und der Berücksichtigung weiterer besonderer Tatbestände gesenkt werden. Dies muss zu einer durchgreifenden Vereinfachung des Systems genutzt werden. Spätestens anlässlich der oben angesprochenen medizinisch wie ökonomisch fragwürdigen Anpassung der PCCL-Systematik des G-DRG-System sollte des Weiteren erwogen werden, die Art und die Anzahl der im Zusammenhang mit der DRG-Dokumentation und –Abrechnung anzugebenden Nebendiagnosen zu verringern. Damit könnte auch dem besonderen Schutzbedarf der Patientendaten von



Patientinnen und Patienten mit potenziell diskriminierenden Diagnosen Rechnung getragen werden.

Durch die vorgeschlagene Vereinfachung des G-DRG-Systems kann zugleich das Auftreten von Fehlinterpretationen in der Anwendung Abhilfe geschaffen werden. Zusätzlich sollte die Anzahl der MDK-Fallprüfungen gesetzlich von aktuell rund 11 Prozent aller Krankenhausfälle auf maximal 3 Prozent aller Krankenhausfälle reduziert werden.

Zugleich mit der Reform des G-DRG-Fallpauschalensystems sollte auch die seinerzeit mehrheitlich formale, niemals jedoch finanziell adäquat umgesetzte Eingliederung der prä- und poststationären Versorgung in die G-DRG-Fallpauschalen rückgängig gemacht werden: Die Kosten der prä- und poststationären Behandlungen sind im G-DRG-System nicht hinreichend berücksichtigt. Eine separate Abrechnung ist für die prästationäre Versorgung nur dann möglich, wenn eine stationäre Aufnahme in deren Anschluss nicht erfolgt. Im Fall der poststationären Versorgung ist eine zusätzliche Vergütung zur G-DRG-Fallpauschale auf wenige Ausnahmefälle begrenzt. Auch in den vertragsärztlichen Gesamtvergütungen findet sich keinerlei Berücksichtigung des prä- bzw. poststationären Versorgungsaufwandes. Dies führt angesichts des sowohl in der vertragsärztlichen Versorgung als auch in der stationären Versorgung bestehenden ökonomischen Drucks immer wieder zu Irritationen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Patientenversorgung an der ambulant/stationären Schnittstelle. Ungewollter Leidtragender dieser Irritation ist oftmals die Patientin bzw. der Patient. Um dieses Problem zu beheben, muss die Eigenständigkeit der Erbringung, Abrechnung und extrabudgetären Vergütung von prä- und poststationären Leistungen unter gleichberechtigten Kautelen für die jeweils leistungserbringenden Krankenhäuser und Vertragsärzte wieder hergestellt werden.

2. Reform des Psych-Entgeltsystems

Mit der PEPPV 2013 (Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013) wurde eine im Vergleich mit der Einführung der G-DRG-Fallpauschalen sehr ähnliche gesetzliche Perspektive für die Entwicklung und Einführung eines pauschalierenden Entgeltes für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen geschaffen. Dieses Vorhaben wurde trotz des entschiedenen Widerstandes der betroffenen ärztlichen sowie medizinischen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Interessenvertretungen und Krankenhäuser durchgesetzt.

Ein maßgeblicher – übrigens sowohl kostenträger- als auch leistungsträger-übergreifender – Kritikpunkt ist die mangelnde Aussagekraft bzw. Nutzbarkeit der vorhandenen ICD-10-GM- und OPS-301-Kodierungen für die Konstruktion des geplanten pauschalierenden Entgeltsystems. Angesichts dieser Ausgangslage ist die Erfolgsaussicht, einer an den bisherigen Kautelen der Einführung des G-DRG-Fallpauschalensystems in Deutschland orientierten Einführung des PEPP-Systems als gleichermaßen "lernendes System" denkbar schlecht.



Anders als das G-DRG-System, welches aus dem australischen G-DRG-System weiterentwickelt wurde, handelt es sich beim PEPP-System um eine vollständige Neuentwicklung.

Damit ist die Ausgangslage vor PEPP-Einführung mit der damaligen Ausgangslage vor Einführung der G-DRG-Fallpauschalen in keiner Weise vergleichbar.

Aus diesem Grunde appelliert die Bundesärztekammer dringend an die neue Regierungskoalition, die gesetzlich verpflichtende PEPP-Einführung auszusetzen, bis ein in Modellvorhaben an freiwilligen Krankenhäusern validiertes System der aufwandsrepräsentativen Diagnosen- und Prozedurendokumentation sowie eine diesbezüglich geeignete Gruppierungssystematik für angemessene Pauschalvergütungen vorliegt.

Abgesehen hiervon gelten die o. g. Kritikpunkte am Einsatz des G-DRG-Fallpauschalensystems sowie die diesbezüglich unterbreiteten Verbesserungsvorschläge analog für die geplante Rolle des PEPP-Systems. Die Bundesärztekammer fordert daher auch das Psych-Entgeltsystem maximal als Bemessungs- und Benchmarkinstrument für die Festlegung und Abrechnung der Krankenhauserlöse anzulegen. Insbesondere zur Kompensation des sich gerade in der Psychiatrie und Psychosomatik vielfach verstärkt abzeichnenden Fachkräftemangels müssen auch in der Vergütung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausabteilungen bzw. Krankenhäuser normative Möglichkeiten zur Berücksichtigung der qualitativ und quantitativ vorauszusetzen Mindestpersonalanforderungen geschaffen werden.

Weiterhin ist bei der Entwicklung von Vergütungssystemen für psychiatrische bzw. psychosomatische Einrichtungen besonderes Augenmerk darauf zu legen, dass die Nutzung dokumentierter Diagnosen und medizinischer Prozeduren im Falle einer missbräuchlichen Anwendung der Patientendaten ein besonders hohes Risiko einer diskriminierenden Auswirkung zu Lasten der betroffenen Patientinnen und Patienten mit sich bringt. Aus diesem Grunde und gleichermaßen zur Vorbeugung der aus der Anwendung des G-DRG-Fallpauschalensystems in den somatischen Bereichen der Krankenhausversorgung bekannten zu hohen bürokratischen Belastung muss der Vorläufer des künftigen "Psych-Entgeltsystems" mit hoher Sensibilität konzipiert, evaluiert und validiert werden. Dies scheint mit der gegenwärtigen Perspektive der PPEPV 2013 nicht vereinbar.

3. Reform der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser

Die Sicherstellung der wohnortnahen stationären Versorgung ist ein essentieller Bestandteil der Daseinsfürsorge in einer solidarischen Gesellschaft. Als gesellschaftspolitische Aufgabe von besonderem Rang ist die Krankenhausplanung daher in der Obhut der Länder richtig zugeordnet. Dies kann jedoch nur funktionieren, wenn die Länder ihrer gesetzlichen Verantwortung für die Krankenhausinvestitionsfinanzierung wieder vollständig und nachhaltig genügen.



Die Bundesärztekammer appelliert daher dringend an die neue Regierungskoalition, die Länder bei der gegebenen Herausforderung der Bewältigung der europäischen Wirtschaftskrise so zu unterstützen, dass sie ihrer gesetzlichen Verantwortung für die Krankenhausinvestitionsförderung wieder in vollem Maße gerecht werden können. Hier muss durch eine gemeinsame Bund-Länder-Initiative in einem nationalen Kraftakt gewährleistet werden, dass den Krankenhäusern die notwendigen Investitionsmittel in Höhe von bundesweit jährlich mindestens 6 Milliarden Euro wieder dauerhaft verlässlich zur Verfügung gestellt werden.

Die Bundesärztekammer schlägt vor, dass der Bund hierzu ergänzend zu den Mitteln der Landeskrankenhausinvestitionsförderung weitere Mittel über einen mit Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz konformen Verteilungsmechanismus zur verbindlichen Zuweisung an die Krankenhäuser zur Verfügung stellt. Als Bemessungsgrundlage für die Zuweisung könnte dabei unter anderem die vom Institut für das Entgeltsystem für das Krankenhaus entwickelte DRG-bezogene Investitionskostenkalkulation genutzt werden.

Die gemäß Artikel 14 GSG nach der Wiedervereinigung über 10 Jahre zwischen Bund und Ländern angelegte Finanzierungsmodalität kann hierbei in zeitnah umsetzbarer und bereits bewährter Kern genutzt werden. Im Sinne der bestehenden Verantwortlichkeiten und zur Vereinfachung der Modalitäten sollte eine Artikel 14-analoge Neuregelung auf Bund und Länder unter Verzicht auf eine Beteiligung der GKV begrenzt werden. Die Regelungskompetenzen des Bundes sollten sich auf einige zentrale, insbesondere hinsichtlich der Versorgung in den Ländergrenzgebieten zu berücksichtigende Rahmenbedingungen beschränken, damit die Länder auch in Zukunft im Rahmen der dort zu belassenden Krankenhausplanungskompetenz den sehr unterschiedlichen regionalspezifischen Fragestellungen des stationären Versorgungsbedarf mit der ausreichenden Flexibilität gerecht werden können.

4. Mengementwicklung/Fehlanreize

Die Bundesärztekammer fordert, dass die 2012/2013 forcierte Diskussion zur Thematik Mengementwicklung im Krankenhaus auf einer sachlichen Ebene und vor dem Hintergrund des in Deutschland zu erwartenden Behandlungsbedarfs der Bevölkerung zurückgeführt wird. Die Bezugnahme auf Auswertungen noch in Bearbeitung und methodisch laut Autoren verbesserungsbedürftiger Studien (Präsentation der OECD Daten April 2013) stellt keine sachgerechte Grundlage einer so weitreichenden Diskussion dar. Ein Vergleich ohne entsprechende Alters- und Risikoadjustierung auf Ergebnisgrundlagen aus unterschiedlichsten Kodierprotokollen stiftet unnötig Verwirrung und Verunglimpfung, als zur notwendigen Klarheit beizutragen. Zudem ist davon auszugehen, dass der zukünftige Behandlungsbedarf und die Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitswesen in jedem Mitgliedsland der Europäischen Union sehr unterschiedlich sein dürften. Neben dem in Bearbeitung befindlichen Mengengutachten und dessen ausstehenden Ergebnissen wird es auch um eine gemeinsame Abschätzung des zukünftigen



Versorgungsbedarfs gehen. Die Bundesärztekammer hat zum Schutz gegen mögliche Fehlanreize auf Basis aktueller Vergütungssysteme 2013 Empfehlungen und Einschätzungen zu Bonusverträgen verabschiedet. Diese und weitere Maßnahmen sollen sicherstellen, dass keine externen Faktoren Einfluss auf die ärztliche Entscheidung über Diagnostik und Therapie nehmen.

Die oben stehend unterbreiteten Vorschläge zur Reform des G-DRG-Fallpauschalensystems werden ebenfalls dazu beitragen, ungewünschte Mengenanreize zu beseitigen.

5. Vertragsbeziehungen

Die Bundesärztekammer spricht sich weiterhin nachdrücklich gegen die Einführung von Selektivverträgen als alternatives Steuerungsinstrument aus. Die Einführung der Selektivverträge würde nachhaltig die Krankenhausplanungskompetenz der Bundesländer sowie die Planungssicherheit der Beteiligten gefährden. Für das gesundheitspolitisch übergreifend gemeinsam getragene Ziel einer Sicherung der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung würden Selektivverträge durch Interessenkonflikte bei der Leistungssteuerung ein erhebliches Hindernis darstellen. Sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Kliniken müssen eine klare und verlässliche Planungsgrundlage haben.

6. Ärzte – und Fachkräftemangel überwinden

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung, der Ärzteschaft sowie die schon jetzt bestehende Unterbesetzung in den Kliniken (ca. 8000 ärztliche Stellen können nicht nachbesetzt werden) erfordern gemeinsame Maßnahmen zur Sicherung einer zukünftig angemessenen und ausreichenden ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Laut einer aktuellen Studie (R. Berger) fehlen schon 2015 175.000 Ärzte- und Fachkräfte im Gesundheitswesen. Neben einer Neujustierung der Zugangsvoraussetzungen zum Studium der Humanmedizin (siehe Entschließungen des 116. Deutschen Ärztetages 2013) muss der zukünftige Bedarf auch auf der Finanzierungsseite abgesichert werden. Dies umfasst eine ausreichende Kapazität an Studienplätzen, den Erhalt der medizinischen Fakultäten sowie die notwendigen Finanzmittel zur Gewährleistung einer Refinanzierung der Personalkosten. Neben der Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung wird die Verfügbarkeit einer guten ärztlichen Versorgung auch zunehmend ein relevanter Standortfaktor für die Zukunftsfähigkeit und Attraktivität von Kommunen.

Auf im Zusammenhang mit dem Facharztmangel notwendige Anpassung des G-DRG-Systems und des Psych-Entgeltsystems wurde oben bereits eingegangen.



7. Analoge Flexibilisierung des Risikostrukturausgleichs der gesetzlichen Krankenkassen

Analog der oben geforderten Flexibilisierung des G-DRG-Fallpauschalensystems muss auch eine stärkere Flexibilisierung des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen! Hierzu ist auch der zentral angelegte Verteilungsmechanismus des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs über ein diagnosenbezogenes Klassifikationssystem durch regionale und kassen(arten)spezifische Ermessensspielräume zu ergänzen und zu relativieren.

Durch die Flexibilisierung des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleiches muss künftig besser gewährleistet werden, dass den regionalspezifischen Anforderungen aus der vertragsärztlichen Versorgung und aus der Krankenhausversorgung durch die Krankenkassen passgenau entsprochen werden kann.

Fehlverteilungen, die dazu führen, dass bestimmte Kassen in ihren Versorgungsbezirken Überschüsse generieren, die dann für Werbemaßnahmen, wie z. B. "Dividendenauszahlungen" an Bestandsversicherte und Neukunden zweckentfremdet werden, andere Kassen in ihren Versorgungsbezirken dagegen noch nicht einmal das notwendige Geld zur gesundheitlichen Versorgung ihrer Versicherten erhalten, müssen beseitigt werden.