



Stellungnahme

der

Bundesärztekammer

vom 24.08.2007

**zum Diskussionsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
„Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der
Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“**

Allgemein:

Die Stellungnahme erfolgt in Ergänzung zu den einstimmig gefassten Beschlüssen des 110. Deutschen Ärztetages 2007 zur Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausversorgung (Mai 2007, **Anlage 1**).

Die vom Bundesministerium für Gesundheit wenige Tage vor der Gesundheitsministerkonferenz der Länder am 05.07.2007 vorgelegten „Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab 2009“ stellen eine offene Provokation der Bundesländer im Zusammenschluss mit ihrer Aufgabe der Daseinsvorsorge im Krankenhausbereich dar.

1) Massive Schwächung der Krankenhausplanungskompetenz der Länder

Der Entwurf zu den Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausversorgung ab 2009 des BMG hätte bei Umsetzung eine deutliche Schwächung der aktuellen Krankenhausplanungsbefugnisse der Bundesländer zur Folge. Die Rolle der Krankenkassen wird im Gegenzug deutlich gestärkt. Den Bundesländern bleibt im wesentlichen eine grobe Rahmenplanung mit Schwerpunkt Notfallversorgung. Bei künftig überwiegend überregional agierenden Krankenkassen und Krankenkassenverbänden rückt die Steuerungsfunktion der Länder völlig an den Rand.

Auch wenn sich aktuell die Tendenz zur Rahmenplanung verstärkt, muss das einzelne Bundesland die Option zu einer detaillierteren Planung behalten, um Fehlentwicklungen entgegenwirken zu können. Nur dann kann es zeitnahe planerische Korrekturen einer möglichen Unterversorgung mit stationären Gesundheitsleistungen geben und das jeweilige Land seiner Gewährleistungsverantwortung im Rahmen der Daseinsvorsorge gerecht werden.

2) Preiswettbewerb

Der Entwurf des Ministeriums ist durchzogen von einem geradezu naiven Glauben an die vermeintlichen Wunderwirkungen und die Unschädlichkeit eines puren Preiswettbewerbs durch Einzelverträge mit den Krankenkassen.

Das BMG folgt der Devise "Hauptsache billig", die schon jetzt zu massiven Fehlentwicklungen im Krankenhaussektor beiträgt. Sie unterwirft Patienten, Ärzte und Pflegekräfte dem falschen Leitbild einer möglichst billigen industriellen Massenproduktion gesundheitlicher Dienstleistungen mit entpersonalisierten Prozessabläufen.

Die Bundesärztekammer hat diesem Vorgehen wiederholt eine Absage erteilt (z.B. Beschlüsse des 110. Deutschen Ärztetages, Ergebnisbericht zur Privatisierung von Kliniken und deren Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit am 27.06.2007 etc.)

3) Einschränkung der Patientenrechte, Einschränkung der Therapiefreiheit des Arztes

Mit den Eckpunkten bereitet das BMG eine weitere Bevormundung der Patienten in der Auswahl des gewünschten Krankenhauses vor. Qualitätsfragen werden in den Hintergrund gedrängt. Die bisher praktizierte vertrauensvolle Abstimmung zwischen Arzt und Patient wird unterlaufen.

Die Wahlfreiheit der Patienten bei der Auswahl eines Krankenhauses soll nur noch "grundsätzlich" erhalten bleiben; die Krankenkassen sollen die Patienten durch Informationen und Anreize zur Wahl bestimmter Krankenhäuser bewegen können. So wird die Nutzung der Wahlfreiheit faktisch untergraben, der Patient bevormundet.

Patienten, die sich frei für ein Krankenhaus entscheiden wollen, müssen fürchten, dass die eigene Kasse - aus welchen Gründen auch immer - mit der Klinik keinen Vertrag geschlossen hat.

Die aktuellen Erfahrungen zu den ersten Wahlleistungstarifen mit einer teilweise dreijährigen Bindung des Versicherten zeigen, dass seine Entscheidungshoheit zunehmend ignoriert wird. Selektive Verträge der Krankenkassen sind kein geeignetes Instrument, eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung mit stationären Leistungen für alle Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

4) Ungeklärter Übergang der dualen in die monistische Finanzierung

Weithin vage und unkonkret bleiben die Erwägungen des BMG zu einem Übergang von der dualen auf eine monistische Finanzierung ab 2009 innerhalb von 10 bis 15 Jahren. Die Krankenhäuser sollen über die DRG-Fallpauschalen auf leistungsbezogener Grundlage bundeseinheitliche Investitionspauschalen erhalten.

Der Investitionsstau müsse abgebaut und die infolge der monistischen Finanzierung eintretende finanzielle Entlastung der Länder kompensiert werden, schreibt das BMG in dem Diskussionsentwurf. Weder die Modalitäten, die ungefähre Höhe des Investitionsstaus noch konkretere Ansätze, wie dieser abgetragen werden soll, sind ansatzweise zu finden. Die Eckpunkte fallen damit sogar deutlich hinter den Diskussionsstand des Jahres 1999 zurück (im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Gesundheitsreformgesetz 2000 - stufenweise Einführung der Monistik) und bieten insofern keine konkrete Hilfestellung.

Notwendig wäre es dagegen, die unangemessene Deckelung der Krankenhausbudgets zu beenden, das Krankenhaus-Sonderopfer im GKV-WSG rückgängig zu machen, die in der Mangelfinanzierung deprimierend schwache Investitionskraft der Häuser zu verbessern und am Gedanken der Daseinsvorsorge in der Krankenhausplanung festzuhalten.

5) Teilaufhebung der Kontrahierungsverpflichtung

Das BMG will statt dessen ein Einkaufsmodell der Krankenkassen. Die im ambulanten Bereich schon eingeleitete Auflösung kollektiv-vertraglicher Regelungen soll nun im Krankenhausbereich fortgesetzt werden. Dazu will das Ministerium - bezogen auf sogenannte planbare Leistungen - die Kontrahierungspflicht der Kassen mit den Plankrankenhäusern aufheben. Mit anderen Worten: Der Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan soll nicht mehr zu einem fiktiven Versorgungsvertrag mit den Kassen führen.

Die resultierenden Probleme fallen auf die für die Daseinsvorsorge Verantwortung tragenden Bundesländer zurück. Das Ministerium bleibt die Antwort schuldig, welche Qualitätssteigerungen effektiv für den Patienten resultieren, wie bei zunehmend Landesgrenzen übergreifend agierenden Krankenkassen eine zeitnahe Adaptierung der Krankenhausplanung auf diese Effekte möglich wird und woher z.B. die schon jetzt fehlenden Managementressourcen stammen sollen.

6) Katalog „Geeigneter, planbarer hochstandardisierbarer“ Leistungen

Das vom BMG angewandte Konstrukt der planbaren Leistungen ist ebenfalls völlig unausgegoren. Der notorische Glaube des Ministeriums an eine Schematisierung von Behandlungsabläufen kommt hier in anderer Form wieder deutlich zum Vorschein. Die Therapiefreiheit des Arztes soll offensichtlich weiter eingeschränkt werden. Eine Blinddarm-Operation aber ist nicht immer so planbar, wie es sich die Ministerialbeamten des BMG offenbar vorstellen. Dennoch sollen nach den Vorstellungen des Ministeriums solche Leistungen in einem gesonderten Katalog auf Bundesebene gesetzlich vorgegeben und von den DRG-Selbstverwaltungspartnern weiterentwickelt werden. Für die Einzelverträge soll es keine solche Verpflichtung geben, eine Schiedsstellenregelung ist ausdrücklich nicht vorgesehen.

Die Diskussionen und Verhandlungen z. B. zu Verträgen gemäß § 115 b SGB V (Ambulantes Operieren) und § 116 b SGB V (Katalog hochspezialisierter Leistungen) zeigen, dass die Etablierung entsprechender Kataloge und die nachfolgende Umsetzung innerhalb von Verträgen sich deutlich komplizierter gestalten, als es mancher Ministerialbeamter zugeben wird. Dies scheitert nicht zuletzt an den seit längerem für einige Bereiche fehlenden Definitionen im SGB V. So wird z.B. schon seit längerem versucht, einen umfangreichen Katalog für die Abbildung teilstationärer Leistungen im G-DRG-System zu vereinbaren. Dem BMG ist sehr wohl bekannt, dass dies nicht zuletzt an der fehlenden Definition scheitert.

Basierend auf diesen Erfahrungen ist schon jetzt absehbar, dass eine klare Definition der Begriffe „geeignet“, „planbar“ und "hochstandardisiert“ in einer juristisch belastbaren Form kaum möglich werden wird. Auch die medizinische Sinnhaftigkeit ist mehr als fraglich. Eine Vielzahl von Patienten und Patientinnen wird zukünftig nicht isoliert unter den aufgeführten Diagnosen leiden, sondern im Rahmen von Multimorbidität verschiedenste Kombinationen von Diagnosen und Krankheitslast aufweisen.

Die Versorgung der Patienten durch die Einführung eines Einkaufs- und Rabattierungsmodells so zu gefährden, ist nicht nachvollziehbar. Es wäre sinnvoller, die mit den schon jetzt etablierten Vertrags-Konzepten (§§ 115 b , 116 b, 137 f 140 ff SGB V etc) verbundene bürokratische Belastung zu vermindern und zunächst deren Umsetzung zu ermöglichen.

7) Schwächung der Notfallversorgung

Die Bundesärztekammer hat zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wiederholt darauf hingewiesen, dass eine adäquate Vergütung der Notfallversorgung zur Ermöglichung einer Sicherstellung eines ausreichenden Angebotes stationärer Notfallversorgung bei der zukünftigen Ausrichtung des G-DRG-Vergütungssystems unverzichtbar und dies bei der zukünftigen Anpassung des G-DRG-Systems zu berücksichtigen sei (u.a. Gemeinsame Erklärung der Ständigen DRG-Fachkommission der Bundesärztekammer und der AWMF, Antworten der Bundesärztekammer und der Fachgesellschaften auf die Anfrage des BMG zu den Auswirkungen des DRG-Systems vom 15. Mai 2007, Schreiben an die AOLG vom 05. Juni 2007 etc.).

Im Gegensatz zu dem andiskutierten Katalog „geeigneter, planbarer, hochstandardisierter Leistungen“ würde dieser Schritt die notwendige Sicherheit schaffen, auch zukünftig ausreichend Ressourcen für die (notfallmedizinische) Versorgung der Bevölkerung, insbe-

sondere in Flächenbundesländern sowie in Krisenfällen zu sichern, ohne den Bundesländern einen Großteil der Verantwortung und der finanziellen Belastung aufzubürden.

8) Ungeklärte Wettbewerbsrahmenbedingungen

Im Entwurf des BMG wird die durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ausgelöste Wettbewerbssituation in allen Versorgungsbereichen des Gesundheitssystems betont. Auch der stationäre Sektor soll in diese Entwicklung einbezogen werden.

Nicht erwähnt wird, dass sich schon jetzt ein lebhafter Wettbewerb im stationären Bereich abspielt und zahlreiche Beispiele die Kapazitätswirksamkeit dieses Wettbewerbs belegen. In keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens wurden mehr Kapazitäten abgebaut als im stationären Sektor. Das BMG lässt unerwähnt, dass die unklaren Wettbewerbsrahmenbedingungen den Kliniken Schwierigkeiten bereiten und die Planungssicherheit gefährden. So werden aktuell vor dem Oberlandesgericht Düsseldorf mehr richtungsweisende Entscheidungen für die zukünftigen Wettbewerbsbedingungen von Kliniken getroffen, als in den Ausführungen des GKV-WSG oder den BMG-Vorschlägen zu finden sind.

Weiterhin ungeklärt ist die Wettbewerbskontrolle sowohl gegenüber Klinikträgern als auch gegenüber Krankenkassen. Der Schutz der übergreifend eingeforderten Trägerpluralität kann nur nach Klärung dieser Frage ermöglicht werden. Ebenso ist eine Klärung der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeiten des Bundesversicherungsamtes, des Bundeskartellamtes, der Landeskartellbehörden sowie der Landesaufsichtsbehörden gegenüber den Krankenkassen für die Planungssicherheit aller Beteiligten, auch der beteiligten Bundesländer, zielführender als die Einführung fraglicher neuer Leistungskataloge. Krankenkassen im Wettbewerb bedürfen einer wirksamen Kartell-Kontrolle.

9) Neuregelung Finanzierung Psychiatrie

Die Finanzierungsmodalitäten für psychiatrische Leistungen in stationären Einrichtungen wurden nicht ohne guten Grund bei Einführung des G-DRG-Finanzierungssystems in Deutschland (wie auch in anderen Ländern) jenseits der Fallpauschalensystematik geregelt. Die Patienten mit psychischen Erkrankungen und die sie betreuenden Einrichtungen sollten daher nicht ohne besonders triftige Gründe den mangels entsprechender Evaluation in ihren dauerhaften Wirkungen auf die Versorgung noch gar nicht überschaubaren Anreizen des DRG-Systems und erst recht keinem Preiswettbewerb ausgesetzt werden.

Bemühungen der Abbildung psychiatrischer Leistungen innerhalb von DRG-Fallpauschalenkatalogen sind sowohl in Australien als auch den USA gescheitert. Das BMG bleibt in den Eckpunkten die Antwort schuldig, warum dies den Deutschen besser gelingen soll und welche Schritte in diese Richtung überhaupt notwendig seien.

Die Bundesärztekammer steht zu ergänzenden Erläuterungen der Stellungnahme des BMG zum Diskussionsentwurf von „Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“ bei Bedarf im Rahmen eines Fachgesprächs zeitnah zur Verfügung.