



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

### **zum**

- a) Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Dr. Martina Bunge, Klaus Ernst, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
**Aktuelle Finanznot der Krankenhäuser beenden**  
(BT-Drs. 16/8375)
- b) Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
**Krankenhäuser zukunftsfähig machen**  
(BT-Drs. 16/9008)
- c) Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP  
**Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser**  
(BT-Drs. 16/9057)

### **anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 18. Juni 2008**

Die Bundesärztekammer nimmt zu den o. g. Anträgen, die sich gleichermaßen die Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser bzw. die Beendigung deren aktueller Finanznot zum Ziel setzen, mit der jüngst vom 111. Deutschen Ärztetag 2008 in Ulm mit großer Mehrheit verabschiedeten Entschließung zur Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausplanung und -finanzierung ab dem Jahr 2009 wie folgt Stellung:

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. Bislang hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) noch keinen Referentenentwurf vorgelegt und 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.

Im Hinblick auf die vor diesem Hintergrund dringend notwendige Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung und -planung ab dem Jahr 2009 hat der 111. Deutsche Ärztetag 2008 in Ulm seine hierzu bereits im Vorjahr vertretenen zehn Grundpositionen mit dem Ziel der Wahrung ärztlicher Interessen in diesem umfassenden und vielschichtigen Neuordnungsprozess nachdrücklich bekräftigt:

1. Die Gewährleistung einer wohnort- und zeitnahen leistungsfähigen Krankenhausversorgung im Sinne der Daseinsvorsorge muss weiterhin eine unverzichtbare öffentliche Aufgabe bleiben.
2. Hieraus folgernd muss die Verantwortung im Sinne des Sicherstellungsauftrages und der Gewährleistungsverpflichtung bei den Bundesländern verbleiben.
3. 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. 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. 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. 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. 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. 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. 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. 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 appellierte eindringlich 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 schaffen.