



Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

16(14)0447(4)

eingeladener VB zur Anhörung am
24.11.2208 zum Thema KHRG

14.11.2008

13. November 2008

Stellungnahme

der

Bundesärztekammer

**zum Regierungsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
für ein „Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der
Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)**

(Bundesrats-Drucksache 696/08)

(Bundestags-Drucksache 16/10807)

Vorbemerkungen

Die nachfolgende Stellungnahme erfolgt auf der Basis der einstimmig gefassten Beschlüsse des 110. und 111. Deutschen Ärztetages 2007 und 2008 zur Neugestaltung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 sowie der Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 22.08.2008.

Die Bundesärztekammer hält es für dringend erforderlich, die Krankenhausfinanzierung im Interesse einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung zeitnah und ohne weitere Verzögerungen auf eine solide, zukunftsfähige Grundlage zu stellen. Auf diese maßgebliche Forderung bleibt leider auch der durch das Bundeskabinett am 24.09.2008 verabschiedete Regierungsentwurf eine klare Antwort schuldig.

15 Jahre nach Einführung gedeckelter Budgets, die an der Grundlohnsammenentwicklung und damit an die Einnahmen der Krankenkassen gekoppelt sind, hat sich dieses System endgültig überlebt. Der Budgetdeckel muss daher schnellstens wegfallen.

In Anbetracht der enormen und die Versorgung gefährdenden Finanzierungslücken im stationären Sektor fordert die Bundesärztekammer nochmals nachdrücklich 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 sowie die Investitionskraft der Krankenhäuser stärkt. Es ist mehr als enttäuschend, dass auch im Regierungsentwurf eine Beibehaltung der Budgetierung vorgesehen und somit keine ausreichende und nachhaltige Perspektive zur Finanzierungssicherheit für die Kliniken erreicht wird.

Zeitnahe Regelungen, die es den Krankenhäusern ermöglichen, unabwendbare Kostensteigerungen aufgrund von Sachkostenentwicklungen, Inflationsraten, Steuerbelastungen u. ä. zuverlässig zu refinanzieren, fehlen leider auch weiterhin. Dabei zeigt die aktuelle Preisentwicklung der letzten Monate mehr als deutlich, dass die Kliniken unverschuldet mit einer Preissteigerung konfrontiert werden, die durch Kooperationen, Bündelung des Einkaufs und weitere effizienzsteigernde Maßnahmen bei weitem nicht mehr sicher kompensiert werden können. Da absehbar ist, dass es zu weiteren Preissteigerungen kommen wird, wäre jetzt mehr denn je der Zeitpunkt, um den Kliniken eine realistische finanzielle Entlastung zu ermöglichen. In Ermangelung entsprechender Regelungen ist zu befürchten, dass Kliniken eine Kompensation der resultierenden finanziellen Belastungen durch eine weitere Reduktion der aktuell schon grenzwertigen Personalausstattung anstreben müssen, da nach wie vor Personalkosten den überwiegenden Budgetanteil in den Kliniken darstellen.

Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass die vorgesehene Unterfinanzierung der Kliniken in Kombination mit den Prognosen für das Wirtschaftswachstum der nächsten zwei Jahre und den resultierend drohenden Steuerausfällen zu einer erheblichen Gefährdung des seit Jahrzehnten herrschenden Prinzips der Trägerpluralität führen kann. Der Deutsche Ärztetag hat sich mehrfach einhellig für die Beibehaltung dieses Prinzips ausgesprochen. Eine Verbesserung der Krankenhausfinanzen muss daher rasch und unbürokratisch erfolgen.

Bei den Personalkosten ist eine Teilfinanzierung der Tarifentwicklung mit nur 50 % vorgesehen. Die Bundesärztekammer appelliert erneut an die politisch Verantwortlichen, eine volle Refinanzierung der Tarifentwicklung in Höhe von 100 % vorzusehen. Angesichts des steigenden Behandlungsbedarfs der Bevölkerung kommt gerade der medizinischen Versorgung unter Gewährleistung einer flächendeckenden, ausreichenden Verfügbarkeit von gut qualifizierten Ärztinnen und Ärzten eine entscheidende Rolle für eine langfristige Sicherung der Versorgung zu. Nur 50 % der Tarifentwicklungen ausgleichen zu wollen, wäre das völlig falsche Signal.

Es gibt somit auch weiterhin keine Planungssicherheit – die unzureichende Finanzausstattung der Krankenhäuser bleibt bestehen. Zudem ist es keineswegs gesichert, dass dieses Gesetzgebungsverfahren bis zum Ende dieses Jahres 2008 abgeschlossen werden kann, so dass den Krankenhäusern für das Budget im Jahr 2009 eine ausreichende Planungssicherheit auch jetzt noch nicht gegeben werden kann.

Die Bundesärztekammer bleibt auch nach Vorlage des Regierungsentwurfs bei ihrer dringenden Forderung nach einer Abkoppelung der vorgesehenen kurzfristigen Finanzierungshilfen für die Krankenhäuser von diesem Gesetzentwurf. Zeitnahe Verfügbarkeit der vorgesehenen, wenn auch unzureichenden Finanzhilfen wird ein

entscheidendes Kriterium für eine notwendige Stabilisierung der stationären Versorgung in Deutschland sein. An dieser Stelle sei neben der Unverzichtbarkeit einer zeit- und wohnortnahen Sicherstellung der stationären Versorgung auch auf die wirtschaftliche Bedeutung der Kliniken im Hinblick auf das Bruttoinlandsprodukt und ihre Funktion als vielfach größter Arbeitgeber in Kommunen und Regionen hingewiesen.

Im Rahmen der notwendigen finanziellen Unterstützung sieht die Bundesärztekammer neben dem Bund auch die Bundesländer in der Pflicht, eine ausreichende Finanzierungsgrundlage durch Intensivierung der landesspezifischen Krankenhausinvestitionsfinanzierung zu gewährleisten. Eine weitere kontinuierliche Rückführung dieser Finanzmittel für die Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer ist angesichts der aktuellen Situation inakzeptabel. Auch wenn im Rahmen des Regierungsentwurfs vornehmlich die Bundesregierung zur Schaffung einer nachhaltigen Finanzierungsgrundlage für die deutschen Kliniken über das Jahr 2009 hinaus in der Verantwortung steht, appelliert die Bundesärztekammer ebenso an die zuständigen Landesregierungen und –ministerien, ihre Bemühungen zur Steigerung der Investitionsfinanzierung deutlich zu intensivieren.

Die Bundesärztekammer fordert daher ein weit über den aktuellen Entwurf hinausgehendes Bund-Länder-Finanzierungsprogramm zur Sicherung nachhaltiger Finanzierungsgrundlagen der stationären Versorgung in Deutschland. Das weitere Ignorieren der Warnzeichen und des bestehenden Investitionsbedarfs ist nicht länger hinnehmbar. Bund und Länder werden aufgefordert, auch die Krankenhäuser und den hier vorliegenden Investitionsstau in das beschlossene Konjunkturprogramm einzubeziehen.

Jüngst seitens des GKV-Spitzenverbandes unterbreitete Vorschläge zu weiteren Kürzungen – so vor allem der Vorschlag, durch eine Modifizierung der Anpassung an die Landesbasisfallwerte den Kliniken eine Vergütungssumme im hohen dreistelligen Millionen Euro-Bereich zu entziehen –, werden als unsachliche Provokation bewertet und entschieden abgelehnt. Dem Krankenkassen-Spitzenverband scheint nach wie vor der Ernst der Versorgungslage im Bereich der stationären Versorgung nicht bewusst zu sein.

Der in vielen Passagen des Regierungsentwurfs vorgesehene Ausbau der Befugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit bei gleichzeitiger Schwächung der Selbstverwaltungsstrukturen und der gesetzlich verbrieften Rechte der Bundesländer in Richtung einer Zentralisierung der Entscheidungsbefugnisse wird strikt abgelehnt.

Die Bundesärztekammer nimmt nachfolgend Stellung zu dem Gesetzentwurf, soweit er sich auf die grundlegenden Regelungen zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 bezieht. Sie behält sich Ergänzungen im Verlauf des weiteren Gesetzgebungsverfahrens vor.

Stellungnahme zu Vorschriften für einzelne Regelungsbereiche

1. Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser durch Neuregelung der Investitionsfinanzierung

Der zwischen Bundesregierung und Vertretern der Bundesländer gefundene Kompromiss wird unter der Bedingung einer Entkopplung der Finanzierungsfragen von den noch notwendigen Detaildiskussionen zur weiteren Ausgestaltung der Regelungen zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausversorgung ab dem Jahr 2009 im Vergleich zum Referentenentwurf zwar als bedingt verbessert, aber immer noch als weitgehend unzureichend eingeschätzt.

Die Einsetzung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe durch das Bundesministerium für Gesundheit, welche mit dem Ziel einer bedarfsorientierten, angemessenen Investitionsfinanzierung Maßstäbe und Kriterien für eine Investitionsquotenfinanzierung bis

zum 31. Dezember 2009 erarbeiten soll, wird durch die implizite Berücksichtigung der einhelligen Forderung der Gesundheitsministerkonferenz der Länder als sachgerecht empfunden. Der vorgesehene Zeitkorridor ist jedoch unter Berücksichtigung der in den letzten Jahren geführten Diskussionen zwischen den Beteiligten als sehr ehrgeizig und voraussichtlich für eine sachgerechte Lösung einer derartig weitreichenden Entscheidung zur grundsätzlichen Finanzsystematik der Klinikfinanzierung nicht ausreichend eingeschätzt.

Da die zugrunde zu legende Methodik der Ermittlung und der zugrunde gelegte Zeitkorridor bis 2012 erhebliche Auswirkungen auf die Bundesländer sowie deren zukünftige Finanz- und Planungshoheit haben wird, ist eine deutlich präzisere Beschreibung des geplanten Procedere angesichts der schon seit Ende 2006 laufenden Diskussion zur Neugestaltung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen erforderlich. Ob von der in der Begründung zum Regierungsentwurf skizzierten Finanzneutralität („Für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Kommunen insgesamt entstehen mit dem Gesetzentwurf keine zusätzlichen Ausgaben“) tatsächlich ausgegangen werden kann, will die Bundesärztekammer offen lassen.

Die Einbeziehung der Hochschulkliniken in diese Beratungen wird begrüßt. Da es sich absehbar - wie bei der Entwicklung und Implementierung des G-DRG-Systems in Deutschland und in Ermangelung ausreichender Datengrundlagen - um ein „lernendes System“ handeln wird, sollte ebenfalls der medizinisch-wissenschaftliche Sachverstand der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern integriert werden.

2. Verbesserte Refinanzierung von Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter

Die den Forderungen der Ärzteschaft und nahezu aller am Krankenhauswesen Beteiligter folgende Berücksichtigung von tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerungen im Rahmen einer Öffnungsklausel bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes wird grundsätzlich begrüßt.

Keinesfalls zu akzeptieren ist allerdings, dass nur eine hälftige Finanzierung der Differenz zwischen den tariflichen Vereinbarungen und der Grundlohnsummen-Veränderungsrate erfolgen soll. Die Bundesärztekammer fordert daher nach wie vor eine 100%ige Refinanzierung der tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerungen.

Bislang begrenzt die an der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen orientierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V (Grundlohnsummen-Entwicklung) bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes grundsätzlich die Berücksichtigung von Kostensteigerungen. Daher wird der in dem Gesetzentwurf an das Bundesministerium für Gesundheit gegebene Auftrag, einen Orientierungswert bis zum 31. Dezember 2009 zu ermitteln bzw. ermitteln zu lassen, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die bisherige Veränderungsrate berücksichtigt, grundsätzlich begrüßt.

Völlig indiskutabel wird diese Regelung jedoch durch ihre konkrete Ausgestaltung, nach der das Statistische Bundesamt eine Art Preisindex für Krankenhäuser ermittelt, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Grundlohnrate berücksichtigt. Jedoch ist dieser voraussichtlich ab 2012 zur Verfügung stehende Wert nicht bindend, da das Bundesministerium für Gesundheit nach Anhörung der Länder durch Rechtsverordnung sowohl das Jahr der Einführung als auch den zu refinanzierenden Anteil des Orientierungswertes, der maßgeblich für die Budgetbegrenzung ist, nach Gutdünken selbst bestimmen kann. Dadurch bleibt es bei einem willkürlichen Preisdiktat für Krankenhausleistungen. Erforderlich ist stattdessen vielmehr eine ungekürzte und unverzügliche Anwendung dieses Orientierungswertes.

3. Sonderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern

Die Einführung eines Sonderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in den Krankenhäusern durch den im Zeitraum von drei Jahren vorgesehenen schrittweisen Aufbau einer anteiligen Finanzierung für bis zu 21.000 zusätzliche Stellen im Pflegedienst wird prinzipiell begrüßt.

Die für das Verfahren vorgesehenen Kontroll- und Rückmeldesysteme werden jedoch als zu bürokratisch eingeschätzt. Zudem wird durch das geplante Procedere die Liquidität der Kliniken gebunden, was insbesondere für kleinere Kliniken eine Benachteiligung bedeuten kann. Es wird daher eine Reduktion auf einen einmaligen Nachweis durch die Klinik gefordert.

Angesichts des Mangels an Pflegepersonal in deutschen Kliniken dürften die vorgesehenen Schritte zu einer unnötigen Verzögerung führen. Hingewiesen wird auch darauf, dass in zwei sonst gleich gelagerten Fällen eher das Krankenhaus in den Genuss der zusätzlichen Mittel kommen kann, das in der Vergangenheit Pflegepersonal abgebaut hat als das, welches sein Pflegepersonal trotz der damit verbundenen finanziellen Belastung weiterbeschäftigt hat. Sowohl aus Sicht der Ärzteschaft als auch aus Sicht der Pflege wird angeführt, dass dies ein ungerechter Effekt sein würde.

Die auf dem Pflegegipfel am 10. September 2008 in Berlin erfolgte Vereinbarung der Einrichtung von Arbeitsgruppen im Vorgriff der vorgesehenen gesetzlichen Regelung zur weiteren Ausgestaltung der notwendigen Rahmenbedingungen und Anforderungen wird grundsätzlich begrüßt. Der durch das Bundesministerium für Gesundheit vorgegebene extrem enge Zeitrahmen wird als hochpolitisch empfunden.

Die intendierte Unterstützung durch zusätzliche Pflegekräfte soll sich auf die Unterstützung der direkten Patientenversorgung konzentrieren. Nach dem nachhaltigen Pflegekräfteabbau muss zunächst die Verbesserung der medizinischen Pflege und Versorgung der Patienten im Mittelpunkt stehen.

4. Schrittweise Einführung eines einheitlichen Basisfallwertkorridors

Nach Auffassung der Bundesärztekammer ist die vom Gesetzentwurf vorgesehene schrittweise Angleichung der heute unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor über einen Zeitraum von 2010 bis 2014 nur auf der Basis derzeit unzureichender Bewertungsgrundlagen festgelegt worden. Diese Einschätzung wurde auch durch die überwiegende Zahl der Institutionen und Verbände in der Anhörung zum Referentenentwurf durch das Bundesministerium für Gesundheit am 04.09.2008 geteilt. Die jetzt im Regierungsentwurf adaptierte Schwankungsbreite von +2% bis -1,5 % wird grundsätzlich als sachgemäßer als der im Referentenentwurf vorgesehene Korridor von +2% bis -2% eingeschätzt. Das im Regierungsentwurf vorgesehene Procedere lässt jedoch befürchten, dass es zu einer Reduktion des Gesamtvolumens der für die deutschen Kliniken verfügbaren Finanzen in dreistelliger Millionen Euro Höhe kommen könnte.

Das heutige Vergütungssystem für die Leistungen der Krankenhäuser ist von landesindividuellen Basisfallwerten in unterschiedlicher Höhe geprägt. Derartige Unterschiede in der Vergütung sind jedoch mit der derzeitigen Systematik des

Gesundheitsfonds mit bundesweit einheitlichen Beitragssätzen letztlich nicht zu vereinbaren. Eine Angleichung ist daher erforderlich, darf aber nicht zu einer Absenkung des Vergütungsniveaus in den Bundesländern mit heute höherem Basisfallwert führen. Die Praxis zeigt vielmehr, dass es selbst in den Bundesländern mit dem heute höchsten Basisfallwert eine Unterfinanzierung der tatsächlich notwendigen Kosten gibt.

Zuzustimmen ist daher der Forderung des Bundesrates, die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17 b KHG ihr DRG-Institut zu beauftragen, in Abstimmung mit den Ländern einen einheitlichen Basisfallwert und einen einheitlichen Basisfallwertkorridor zu berechnen. Die Beteiligung der Bundesländer an der Festlegung des Berechnungsverfahrens zum Bundesbasisfallwert trägt einem einstimmigen Beschluss der 81. Gesundheitsministerkonferenz am 02./03.07.2008 Rechnung, welcher nicht nur diese Beteiligung einfordert, sondern auch vor der Festlegung des Berechnungsverfahrens zu einem künftigen Bundesbasisfallwert eine kurzfristige erforderliche, noch nicht vorliegende Analyse der Entwicklung der Landesbasisfallwerte für erforderlich hält.

5. Einführung eines pauschalierenden tagesbezogenen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab dem Jahr 2013

Für den Bereich der psychiatrischen Leistungen soll ein neues, pauschalierendes Vergütungssystem entwickelt und eingeführt werden. Allerdings sollen die pauschalierten Entgelte zunächst weitgehend tagesbezogen sein und auf dieser Grundlage weiterentwickelt werden. Neben anderen Kriterien soll dabei insbesondere von denjenigen Leistungskomplexen ausgegangen werden, welche der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zugrunde liegen. Mit der Durchführung der erforderlichen Entwicklungsaufgaben sollen die Vertragsparteien das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragen. Nach dessen Abschluss sollen die Vertragsparteien bis zum 31. Dezember 2009 die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie bis zum 30. September 2012 die ersten Entgelte und deren Bewertungsrelationen vereinbaren. Bei der geplanten Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems auch für die Psychiatrie und Psychosomatik müssen aus Sicht der Bundesärztekammer - wie schon bei der Einführung des G-DRG-Fallpauschalensystems im Jahre 2000 hervorgehoben – die spezifischen Bedingungen und Aspekte der Patientinnen und Patienten dieser Fachdisziplinen, welche auch weiterhin eines besonderen Schutzes bedürfen, in weitest möglichem Maße berücksichtigt werden. Hierzu gilt es, den medizinisch- wissenschaftlichen Sachverstand der Ärzteschaft durch eine Beteiligung der Bundesärztekammer und der betroffenen Fachgesellschaften direkt in die Entwicklung und Ausgestaltung einzubeziehen.

Abgelehnt werden muss jedoch die durch § 17 d Abs. 1 Satz 2 KHG eröffnete Möglichkeit, statt tagesbezogener Entgelte nach entsprechender Prüfung auch andere Abrechnungseinheiten – möglicherweise dann sogar Fallpauschalen – einzuführen. Die insbesondere nach Einführung der DRG-Fallpauschalen in Deutschland zu beobachtende massive Verkürzung der Verweildauer in den Kliniken kann auf den Bereich dieser Fachdisziplinen nicht ohne beträchtliche Gefährdung für die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten übertragen werden. Daher kommt einer zeitnah zu beginnenden Begleitforschung mit Ergebnissen über Auswirkungen der neuen Vergütungssystematik auf die Patientenversorgung, die Arbeitsbedingungen der Beteiligten, die mögliche Arbeitsverdichtung, die Verlagerungseffekte in den ambulanten Bereich und die Entwicklung der Personalsituation in den beteiligten Kliniken vor „Scharf-Schaltung“ des Systems eine entscheidende Bedeutung zu. Eine Verzögerung und mangelnde Vergleichbarkeit mit den Daten vor der Einführung der neuen Systematik, vergleichbar den Problemen bei der Umsetzung der nach wie vor fehlenden Begleitforschung gemäß § 17b. Abs. 8 KHG zur

Einführung des G-DRG-Systems, gilt es umso mehr zu vermeiden. Vielmehr muss eine regionale Erprobung und Auswertung, die unter maßgeblicher Beteiligung des Sachverständigen der Ärzteschaft bewertet sein müssen, erfolgen, um mögliche Fehlanreize vor einer bundesweiten Umsetzung korrigieren und vermeiden zu können.

Im Gegensatz zu dem Prinzip des „Lernenden Systems“ im G-DRG-System (Kalkulationskliniken) ist keine freiwillige, sondern eine verpflichtende Beteiligung der Kliniken bei der Datenlieferung vorgesehen. Es ist daher mehr als offen, inwiefern die Kliniken dazu bereit sind und die ausreichenden personellen und technischen Voraussetzungen gegeben sind. Die derzeit veranschlagten zusätzlichen Kosten von ca. 20.000 €/Klinik bzw. 6,6 Mio. €/Jahr werden als unzureichend eingeschätzt. Die aus dem KHG und KHEntgG übernommene Regelung zum Sicherstellungszuschlag, wodurch beim einzelnen Krankenhaus eine zusätzliche Finanzierung über die pauschalisierten Entgelte hinaus möglich ist, wenn ansonsten die Versorgung der Bevölkerung gefährdet wäre, hat bisher kaum eine Umsetzung erfahren.

Die im Gegensatz zum G-DRG-System vorgesehene Prüfung einer Einbeziehung von ambulanten Strukturen zur Stärkung der integrierten Versorgungsansätze im Bereich eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen steht im Gegensatz zu der vorgesehenen Streichung der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung ab dem 01. Oktober 2009.

Aus Sicht der Bundesärztekammer wird es darüber hinaus als wesentlich erachtet, bei der weiteren Konzeption eines pauschalisierten, tagesbezogenen Entgeltsystems zeitnah die demografische Entwicklung der Studenten- und Arztlizenzen in den betroffenen Fachgebieten zu berücksichtigen. Schon heute sind ein gestiegenes ärztliches Durchschnittsalter und eine schwierige Nachbesetzung, z. B. im Bereich der (Kinder- und Jugend-) Psychiatrie, Realität.

6. Prüfauftrag zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung durch Zu- oder Abschläge innerhalb des DRG-Systems

Die ohne jegliche Begründung vorgesehene Erteilung eines Prüfauftrages, ob zur sachgerechten Finanzierung „der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung“ Zu- oder Abschläge bei den Fallpauschalen erforderlich sind, wird als nicht sachgerecht eingeschätzt. Die Festlegung der Inhalte und der Organisation der Weiterbildung ist rechtssystematisch bei der ärztlichen Selbstverwaltung und in den Heilberufsgesetzen der Länder eingebettet. Darüber hinaus war und ist die Mehrzahl der an der Anhörung des Bundesministeriums für Gesundheit am 04.09.2008 beteiligten Verbände und Institutionen ebenfalls von der Sinnhaftigkeit eines derartigen Prüfauftrages nicht überzeugt.

Der vorgesehene Prüfauftrag an die Selbstverwaltungspartner wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit schon im Sommer 2007 an diese herangetragen und ist somit redundant. Außerdem muss darauf hingewiesen werden, dass die Fokussierung allein auf die ärztliche Weiterbildung bei weitem zu kurz reicht und der aktuellen Realität in deutschen Kliniken nicht gerecht wird. Zudem ist nach ersten Einschätzungen mit einer nochmaligen, erheblichen Steigerung der Bürokratie und der Dokumentationsverpflichtungen sowie einer weiteren Komplexität des G-DRG-Systems zu rechnen, die ohnehin schon von allen Beteiligten (so die Ergebnisse der Abfrage des Bundesministeriums für Gesundheit aus 2007) massiv bemängelt wird.

Ziel muss vielmehr die Intensivierung der gemeinsamen Bemühungen des Bundes, der Länder sowie der Ärzteschaft zur Verbesserung der breit angelegten Bedingungen der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte sowie deren nachhaltige Nachwuchsförderung sein. Hierzu sei u. a. auf die wiederholte Befassung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) zu dieser Thematik (s. 75. GMK 2002; 76. GMK 2003; 77. GMK 2004), die Beschlüsse des 111. Deutschen Ärztetages 2008 (Förderprogramm Allgemeinmedizin) und die laufenden Erörterungen der Ärzteschaft und des Bundesministeriums für Gesundheit zur Steigerung der Attraktivität ärztlicher Tätigkeit hingewiesen. Angesichts der Entwicklung der Arztzahlen, der Stellenbesetzungsproblematik in den Kliniken und der demografischen Entwicklung der Ärzteschaft sind zeitnahe und weitreichende Initiativen sowie eine ergänzende Finanzausstattung unabdingbar. Eine umgehende Beendigung der Unterfinanzierung der Krankenhäuser wird einen entscheidenden Beitrag auch zur Verbesserung der Weiterbildungsbedingungen leisten.

Die sich massiv verschlechternde Situation der Nachbesetzung von ärztlichen Stellen in deutschen Kliniken bereitet schon jetzt in vielen Regionen, auch einer Vielzahl von Ballungsgebieten, erhebliche Schwierigkeiten. Diesem dringenden Handlungsgebot zur mittel- und langfristigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit einem nominellen Prüfauftrag zu begegnen, ist unverantwortlich und verkennt den Ernst der Lage. Es gilt, eine ähnliche Entwicklung, wie z.B. bei der Verknappung von Ingenieuren und der dadurch bedingten Probleme, dringend zu vermeiden.

7. Ausweitung der Kompetenzen des Bundesministeriums für Gesundheit, zunehmende Zentralisierung, Schwächung der Selbstverwaltung

Die Bundesärztekammer sieht sich nach wie vor dem Prinzip der Selbstverwaltung verpflichtet. Die mit dem Regierungsentwurf verbundene Kompetenzerweiterung des Bundesministeriums für Gesundheit (u. a. im neu vorgesehenen § 17d Abs. 6 KHRG „durch Rechtsverordnung und ohne Zustimmung des Bundesrates“) wird als nicht sachgemäß, zu weitreichend sowie als Einschränkung der Handlungsfreiheit der Selbstverwaltung gewertet und daher abgelehnt. Die Selbstverwaltung ist und bleibt unverzichtbarer Ausdruck einer gemeinsamen und insbesondere durch Konsens getragenen Entscheidungsfindung, die die entscheidende Grundlage für die nachfolgende notwendige breite Akzeptanz und Umsetzung von Entscheidungen ist.

Insbesondere dient es mitnichten der Stärkung der Planungssicherheit für alle Beteiligten, wenn im Gegensatz zu einer reformbedürftigen, aber auf klarer Kalkulation beruhenden Grundlohnrate zukünftig der Zeitpunkt und die Höhe eines zu schaffenden Orientierungswertes durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt wird. Auch diese Form der Ausweitung der Entscheidungsbefugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit und die Politisierung dieser Entscheidung „je nach Kassenlage“ ist vollkommen inakzeptabel.

Insgesamt muss festgestellt werden, dass in dem vorliegenden Regierungsentwurf

- I. nach wie vor keine nachhaltigen Ansätze erkennbar sind, durch die die Krankenhausplanungskompetenz zur Wahrnehmung der Sicherstellungs- und

Daseinsfunktion der Bundesländer auch nur ansatzweise gestärkt werden,

- II. ein ausreichender Ausgleich für überproportionale Kostensteigerungen der Krankenhäuser unterbleibt, der Ausgleich für die Tarifentwicklung im personellen Bereich unterbleibt, damit ein weiterer Personalabbau und Stellenverlust in den Krankenhäusern droht und eine klare Perspektive für eine langfristig gesicherte ausreichende Finanzsituation in den Kliniken fehlt.

Die Bundesärztekammer fordert den Gesetzgeber auch angesichts der mit der anstehenden Bundestagswahl beginnenden erschwerten Entscheidungslage im Jahr 2009 auf, jetzt die Chance für eine schnelle, finanzstarke Unterstützung der deutschen Kliniken angesichts der ersten Situation zu nutzen und sich in der ordnungspolitischen Debatte zur Zukunft der Krankenhausversorgung für nachhaltige Konzepte zu öffnen.