

Keine nicht-staatliche Universität Ingolstadt

□ „Der 88. Deutsche Ärztetag wendet sich mit Entschiedenheit gegen die noch bestehenden Pläne der GWL – Gesellschaft zur Förderung von Wissenschaft und Lehre – als Träger einer nicht staatlichen medizinischen Universität Ingolstadt, Studenten der Medizin nunmehr die Ausbildung bis zur ärztlichen Vorprüfung zu ermöglichen, obwohl die Bayerische Staatsregierung einer solchen Universität die Genehmigung für die gesamtmedizinische Ausbildung versagt hat.“

Begründung:

„Die Teilausbildung eines zusätzlichen über den derzeitigen Numerus clausus hinausgehenden Zahl von Medizinstudenten, auch nur bis zur ärztlichen Vorprüfung, ist allein deshalb schon bedenklich, weil diese Studenten mit der bestandenen ärztlichen Vorprüfung bei den bestehenden Rechtsverhältnissen die Berechtigung erwerben, ihr Studium im klinischen Bereich fortzusetzen.“

Wenn aber derzeit in den Gremien der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) schon geprüft wird, ob die in den letzten Jahren beobachteten Veränderungen des Krankenguts in den Universitätskliniken, die immer mehr Einrichtungen zur Versorgung

Schwerstkranker werden, zu einer Reduzierung der Studentenzahl führen müÙten, ist die Schaffung zusätzlicher vorklinischer Studienplätze widersinnig.

Dies gilt um so mehr, als die Bayerische Staatsregierung gemäß Hochschulgesamtplan von 1980 immer noch daran festhält, weitere vorklinische Ausbildungseinrichtungen im staatlichen Bereich zu schaffen. Darüber hinaus sind die finanziellen Folgekosten weder absehbar noch durch die GWL gesichert. Die Höhe der Finanzmittel muß denen bei staatlichen Universitäten entsprechen, da auch die Ausstattung der von staatlichen Universitätseinrichtungen (Kliniken und Institute) entsprechen muß.“

Verbesserung der Arbeitsbedingungen

□ „Die Krankenhausträger und leitenden Krankenhausärzte werden aufgefordert, mehr als bisher zur Entspannung der Einstellungssituation für junge Kolleginnen und Kollegen beizutragen.“

Dazu gehören:

▷ Die Einhaltung der neuen Bereitschaftsdienstregelungen und eine größere Mobilität bei der Dienstplangestaltung, zum Beispiel durch neue Modelle

und Variablen der Teilzeitbeschäftigung, die sowohl den Bedürfnissen der arbeitssuchenden Kolleginnen und Kollegen als auch den notwendigen Dienstplangestaltungen nach den neuen Regelungen gerecht werden.

▷ Die Schaffung neuer Arbeitsplätze durch Abbau übermäßiger Mehrarbeit. Das hat zur Voraussetzung, daß durch die Dokumentation der Arbeitsleistungen der tatsächliche Umfang abteilungsfähiger Mehrarbeit deutlich und erkennbar wird, daß die hierfür finanziell erforderlichen Mittel zur Schaffung neuer Arbeitsplätze verwendet werden könnten.“

Novellierung der Bundespflegesatzverordnung

□ „Der 88. Deutsche Ärztetag begrüÙt die Zielsetzung des von der Bundesregierung am 7. Mai 1985 verabschiedeten Entwurfs einer Fünften Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung, nach der – aufbauend auf den pflegesatzrechtlichen Änderungen durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom 20. Dezember 1984 – differenziertere Möglichkeiten einer leistungsbezogenen Pflegesatzgestaltung mit größerer Transparenz eröffnet werden sollen. Zudem soll dem Krankenhaus eingeräumt werden, bei wirtschaftlicher Betriebsführung Überschüsse zu erzielen, wozu konsequenterweise auch das Risiko gehört, selbst zu vertretene Verluste zu tragen.“

Mit diesem Entwurf hat die Bundesregierung zwar einen Schritt in die Richtung der von Deutschen Ärztetagen und der Bundesärztekammer seit Jahren vorgetragenen Forderungen unternommen, der jedoch im Ansatz stekengeblieben ist, weil mit dieser Regierungsvorlage das Ziel, in stärkerem Maße das Betriebsgeschehen der Krankenhäuser ökonomischen Impulsen auszusetzen, nicht zu erreichen ist.

Der Regierungsentwurf sieht sowohl für die Vereinbarung besonderer Pflegesätze für Abteilungen oder spezielle Einrichtungen eines Krankenhauses (§ 5 Abs. 2) als auch für die Vereinbarung von Vergütungen für besonders auf-



Der heutige Ehrenpräsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. h. c. Ernst Fromm, in den Jahren 1959 bis 1973 BÄK-Präsident, und der ehemalige Hauptgeschäftsführer der BÄK (1955 bis 1974), Prof. Dr. Josef Stockhausen (l.). Sie waren vom 88. Deutschen Ärztetag mit herzlichem Beifall begrüÙt worden

wendige Leistungen (§ 6) nur eine Kann-Regelung vor. Eine Vereinbarung über besondere Vergütungsformen für solche Krankenhausleistungen ist danach nicht verbindlich vorgeschrieben, sondern in das Ermessen der örtlichen Krankenkassen und des Krankenhauses gestellt. Erwartungen hinsichtlich einer verbesserten Transparenz und einer mehr an Leistungsbezogenheit und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Pflegegesetzgestaltung werden damit nicht erfüllt werden können.

Unzureichend ist ebenso die flexible Budgetierung gelöst (§ 4). Die Ausgleichsregelungen geben keine ausreichenden Ansätze zur Senkung der Verweildauer. Es ist erforderlich, hinsichtlich der Vereinbarungen zum Einbehalt von Überschüssen anstatt der von der Zustimmung der Krankenkassen abhängigen Kann-Regelung eine Muß-Regelung vorzusehen. Im Einzelfall ggf. notwendige Einschränkungen bei der Überschuß-Verwendung sind dadurch gesichert, daß Überschüsse dem Krankenhaus lediglich ‚nach Dauer und Umfang angemessen‘ erhalten bleiben sollen.

Die Definition belegärztlicher Leistungen bedarf aus ärztlicher Sicht unbedingt einer Änderung. Ausgehend von der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (VI ZR 270/61 vom 8. Mai 1962), wonach das Krankenhaus auch im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung verpflichtet ist, als Bestandteil der Krankenhausleistungen einen ärztlichen Bereitschaftsdienst vorzuhalten, kann dieser Dienst nicht insgesamt aus der Krankenhausleistung ausgegliedert werden. Dem Belegarzt kann die Übernahme der gesamten Kosten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes nicht zugemutet werden, da er aufgrund bestehender Liquidationsmöglichkeiten im kassenärztlichen Bereich, aber auch auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte den Bereitschaftsdienst als solchen nicht berechnen kann; sein Liquidationsrecht beschränkt sich lediglich auf einzelne ärztliche Einrichtungen, die ggf. im Rahmen eines Bereitschaftsdienstes anfallen.

Entschieden lehnt die Ärzteschaft die vorgesehene Entkopplung der sog.



Die Ärztagsmehrheit wollte die Streiter für eine besondere Friedenspolitik nicht schon wieder debattieren lassen; ihnen blieb nur das Schlangestehen zu „persönlichen Erklärungen“ über das Ceterum censeo ihrer oppositionellen Haltung

Arztkette ab (§ 7 Abs. 3), nach der der Patient in einer Vereinbarung über die gesonderte Berechnung der Behandlung durch bestimmte Ärzte des Krankenhauses (ärztliche Wahlleistungen) seine Wahl auf einen einzelnen Arzt oder einzelne Ärzte beschränken kann. Die bestehende Bindung des Behandlungswunsches auf alle an der Behandlung beteiligten liquidationsberechtigten Krankenhausärzte ist ausdrücklich deswegen in die Bundespflegesatzverordnung von 1973 aufgenommen worden, um eine einheitliche Vergütungsstruktur der leitenden Ärzte am Krankenhaus zu gewährleisten und den Umfang der Liquidationsberechtigung nicht von der Zuordnung von Funktionseinheiten (Labor, Röntgen, Pathologie, Anästhesie) als selbständige Fachabteilung oder Teil einer bettenführenden Abteilung abhängig zu machen.

Bemängelt werden muß grundsätzlich auch, daß der Ärzteschaft in den auf Landesebene zu bildenden Pflegesatzausschüssen (§ 20) keine Mitwirkungsfunktion eingeräumt wird. Die Aufgaben und Kompetenzen dieser Ausschüsse umfassen die Befugnis, neben der Beratung über Pflegesatzfragen insbesondere Maßstäbe und Grundsätze für den Vergleich der Krankenhäuser sowie Kriterien zur Einteilung der Krankenhäuser in Gruppen vergleichbarer Krankenhäuser zu erar-

beiten. Gerade diese Funktionen erfordern jedoch eine ausreichende Mitwirkung ärztlicher Selbstverwaltungskörperschaften, damit bei der Arbeit der Landespflegesatzausschüsse die aus ärztlich-medizinischer Sicht wichtigen Entwicklungen für die Patientenversorgung berücksichtigt werden. Da in dieser Hinsicht wesentliche Arbeit der Landespflegesatzausschüsse kann nicht allein von den Administrationen der Krankenhausträger und Krankenkassen bestimmt werden.

Der 88. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesländer auf, bei den Beratungen des Verordnungsentwurfes im Bundesrat diesen Gesichtspunkten Rechnung zu tragen, um die vom Verordnungsgeber selbst gesetzten Ziele auch tatsächlich zu erreichen.“

Pflegesatz für Belegpatienten

□ „Der Deutsche Ärztetag begrüßt die in der jüngst vom Bundeskabinett verabschiedeten Bundespflegesatznovelle angestrebten Kostendämpfungsansätze auch im Krankenhausbereich.

Unverständlich jedoch ist dem Deutschen Ärztetag die trotz Fürsprache aller maßgeblich beteiligten Verbände restriktive Haltung des Verordnungsge-