

# GKV-Versorgungsstrukturgesetz – Positionen der Bundesländer

**A**m 14. September 2011 hat der Gesundheitsausschuss des Bundesrates über den Entwurf der Bundesregierung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) beraten. Die Ergebnisse sind in die Beschlussfassung des Bundesrates vom 23. September eingegangen, wo zeitgleich mit dem Bundestag die erste Lesung zum GKV-VStG stattfand. Die Länder haben in einigen Beschlüssen wichtige Positionen der Krankenhäuser ausdrücklich unterstützt, beispielsweise in der Finanzierungsdiskussion, beim Thema MVZ und bei der Umgestaltung des G-BA. In verschiedenen Fragen vertreten die Länder andere Auffassungen als die Krankenhausseite, so unter anderem hinsichtlich der Erprobung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die seitens der Kliniken vom Grundsatz her begrüßten Vorschläge der Koalition zu den ambulanten hochspezialisierten Leistungen nach § 116 b SGB V wollen die Länder zur weiteren Klärung aus dem GKV-VStG herausnehmen und in ein gesondertes Gesetzgebungsverfahren aufnehmen wissen.

Für die Krankenhäuser waren insbesondere die folgenden Empfehlungen des Gesundheitsausschusses an den Bundesrat und die anschließende Verabschiedung im Bundesrat von Bedeutung:

■ Die im Regierungsentwurf vorgesehenen Neuregelungen zur **Berufung der unparteiischen Mitglieder des G-BA** und deren Stellvertreter einschließlich der Konkretisierung des potenziell zu benennenden Personenkreises sollen gestrichen werden. In der Begründung zu diesem Votum heißt es unter anderem: „Die Änderungen werden mit einer notwendigen Legitimation des G-BA und der Neutralität der unparteiischen Mitglieder begründet. Diese Argumentation ist nicht stichhaltig. Die Legitimation des G-BA ist bisher in keiner Entscheidung des BSG in Frage gestellt worden. Daher besteht kein Änderungsbedarf. Die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder durch die

Selbstverwaltung hat sich bewährt. Die vorgesehene Regelung unter Einbeziehung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages stellt dagegen einen Paradigmenwechsel dar und höhlt die Selbstverwaltungskompetenz aus. Es besteht die Gefahr einer Politisierung des G-BA, was die Neutralität und Akzeptanz des Gremiums insgesamt in Frage stellen würde.“

■ Krankenhäuser, die nicht an der **Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** teilnehmen, sollen die entsprechenden Leistungen nicht mehr erbringen dürfen. In Frage gestellt wird in diesem Zusammenhang auch die vorgesehene Zweidrittelmehrheit für sektorübergreifende Entscheidungen zum Ausschluss von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

■ Der bisherige Rechtszustand hinsichtlich der Gründung und Organisation von **Medizinischen Versorgungszentren** soll fortgelten. In unterversorgten und in von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen sollen künftig auch rein hausärztliche MVZ möglich sein. Antragsteller waren die Länder Sachsen und Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt. In der Begründung wurde ausgeführt: „Die Auffassung, medizinische Versorgungszentren (MVZ) könnten nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder GmbH den notwendigen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung herstellen, widerspricht der Versorgungswirklichkeit. In Sachsen befinden sich die existierenden MVZ zu 50 Prozent in der Trägerschaft von Krankenhäusern. Dabei spielen insbesondere MVZ, die von kommunalen Trägern getragen werden, aber auch MVZ an Landeskrankenhäusern, eine herausragende Rolle. Ohne die Tätigkeit dieser MVZ wäre in einigen Regionen die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung nicht mehr in dem erforderlichen Maße sichergestellt. Der Gesetzentwurf verschärft die bisherige Regelung. Dafür wird kein spezifischer Handlungsbedarf gesehen. Der bisherige Rechtszustand hinsichtlich der Gründung und Organisation von MVZ soll fortgelten.“

■ Die vorgesehenen Regelungen zur **ambulanten spezialärztlichen Versorgung** sollen aus dem Gesetzentwurf herausgelöst und in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren weiterverfolgt werden. Zu diesem auch vom Bundesrat übernommenen Votum sagte der amtierende Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, der hessische Sozialminister Stefan Grüttner, am 23. September: „Ich teile das Ziel der Bundesregierung, die Situation von Patienten mit besonders schwerwiegenden oder chronisch verlaufenden Erkrankungen im Versorgungsalltag zu verbessern. Leider ist die vorgesehene gesetzliche Ausgestaltung aber unpraktikabel und offenbart Regelungslücken und Fehlanreize. Ich bedaure es daher sehr – und ich spreche



Blick in den Bundestag Foto: Bundestag

hier für alle Länder –, dass die Bundesregierung dieses Vorhaben nicht vor der Einbringung des Gesetzentwurfs zum Gegenstand der Gespräche mit den Ländern gemacht hat. Ich nehme aber zugleich auch das Gesprächsangebot der Bundesregierung zu diesem Thema wahr.

Die Länder hielten es für sinnvoll, diese Frage in einem eigenständigen Gesetzentwurf zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung zu regeln. Die Bundesregierung möchte hingegen – wie wir erfahren haben – noch im Rahmen des laufenden Gesetzgebungsverfahrens zu einer Lösung gelangen. Auch wenn dieser Weg aus meiner Sicht aufgrund der knappen Zeit nicht sehr einfach sein wird, möchte ich mich diesem Anliegen nicht verschließen. In diesem Fall sollten Bund und Länder allerdings sehr rasch in Gespräche eintreten.“ Wenn auch noch die Ergebnisse der Anhörung eingebunden werden sollten, bleibe jedoch nur wenig Zeit, um Ergebnisse in dieser Frage zu erarbeiten, sagte Grüttner und betonte abschließend: „Ich bin nach den guten Erfahrungen im Rahmen der *Kommission zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung* aber durchaus guter Dinge, dass dies am Ende gelingen kann.“

■ Darüber hinaus spricht sich der Bundesrat in seiner Stellungnahme unter anderem für die **Etablierung geriatrischer Institutsambulanzen** in Analogie zu der bestehenden Regelung zu den psychiatrischen Institutsambulanzen aus. Diese Forderung geht auf einen Antrag aus dem Freistaat Sachsen zurück, der nach einer Probeabstimmung im Gesundheitsausschuss des Bundesrates am 14. September 2011 wieder zurückgezogen wurde, nun aber doch in die Stellungnahme des Bundesrates aufgenommen wurde.

■ Leistungssteigerungen sollen bei der **Vereinbarung der Landesbasisfallwerte** nicht mehr berücksichtigt und für die Vergütung von **Mehrleistungen** gestaffelte Abschläge festgelegt werden. In der Begründung dieses von Bayern und Schleswig-Holstein im Gesundheitsausschuss eingebrachten und im Bundesrat verabschiedeten Antrags heißt es: „Da die Steigerung der Landesbasisfallwerte hinter den Personal- und Sachkostensteigerungen zurückbleibt, sind Krankenhäuser wirtschaftlich auf die Erhöhung der Fallzahlen angewiesen. Diese Systematik kann nur dadurch durchbrochen werden, dass den Krankenhäusern einerseits eine verlässlichere Abbildung der Kostensteigerungen im Landesbasisfallwert zugestanden wird (vergleiche Änderungen in § 10 Absatz 3 KHEntgG), andererseits aber gestaffelte Abschläge auf Mehrleistungen festgeschrieben werden.“

Die derzeitigen Regelungen zur Vergütung der Krankenhausleistungen sehen vor, dass die Fortschreibung des Landesbasisfallwertes an die Grundlohnsummenentwicklung gekoppelt ist. Folglich besteht eine zu geringe Steigerung des Landesbasisfallwertes, um die Personal- und Sachkosten der Krankenhäuser zu decken. Die Preissteigerungen sind grundsätzlich geringer als die Kostensteigerungen. Die Krankenhäuser sind aus wirtschaftlicher Sicht zu steigenden Fallzahlen gezwungen. Mehrfälle führen zu Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Regeln für die Ermittlung des Basisfallwertes sind so zu ändern, dass die allgemeine Sach- und Personalkostenentwicklung im Krankenhausbereich mit dem Landesbasisfallwert finanziert wird. Die Vorgabe, dass Leistungssteigerungen im Lande bei der Berechnung des Landesbasisfallwertes berücksichtigt werden, muss gestrichen werden. Dafür werden einheitliche, gestaffelte Abschläge bei der Vergütung von Mehrleistungen festgelegt, die für jedes Krankenhaus gelten, das Leistungssteigerungen mit den Krankenkassen vereinbart (§ 4 Absatz 2 a KHEntgG).

■ Die für das Jahr 2012 vorgesehene Kürzung der **Grundlohnrate** um 0,5 Prozentpunkte soll gestrichen werden. Dieser vom Land Hessen eingebrachte und im Bundesrat verabschiedete Antrag wurde im Gesundheitsausschuss wie folgt begründet: „Durch das KHRG wurde bestimmt, dass ein durch das Statistische Bundesamt zu ermittelnder Orientierungswert die Veränderungsrate als Obergrenze für die Anpassung der Landesbasisfallwerte ablösen soll, um die Kostenentwicklung im Krankenhaus besser abzubilden. Wegen vermuteter, nun nicht eingetretener Mindereinnahmen der GKV wurde dann allerdings mit dem GKV-Finanzierungsgesetz das genaue Gegenteil bestimmt, indem der Landesbasisfallwert nicht einmal in Höhe der Veränderungsrate steigen durfte, sondern in Höhe einer abgesenkten Veränderungsrate, und zwar um 0,25 Prozentpunkte im Jahr 2011 und um 0,5 Prozentpunkte im Jahr 2012. Die Einnahmen der GKV erweisen sich nun deutlich besser als vermutet. **Es ist nicht zu vertreten, dass die Krankenhäuser durch eine Absenkung der Veränderungsrate um 0,5 Prozentpunkte in 2012 angesichts zu erwartender Tarifierhöhungen und Energiekostensteigerungen in erhebliche wirtschaftliche Schwierigkeiten gebracht werden.**“ ■

#### Modifizierter Zeitplan für das Gesetzgebungsverfahren zum GKV-VStG (Stand: 14. September 2011)

23.09.2011	–	Sitzung des Bundesrates (1. Durchgang)
23.09.2011	–	Sitzung des Deutschen Bundestages (1. Lesung)
28.09.2011	–	Gegenäußerung Bundesregierung Beratung im Bundestagsgesundheitsausschuss
19.10.2011	–	Sachverständigenanhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages
09.11.2011	–	Abschluss der Beratungen im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages
11.11.2011	–	Sitzung des Deutschen Bundestages (2./3. Lesung)
30.11.2011	–	ggf. weitere Beratung im Gesundheitsausschuss des Bundesrates
16.12.2011	–	Sitzung des Bundesrates (2. Durchgang)
01.01.2012	–	Inkrafttreten

# Rahmenbedingungen des Psych-Entgeltsystems

**V**orschläge des BMG für Eckpunkte zur Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für ein Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.

In einem Arbeitspapier (Wortlaut siehe Seite 964 ff.) formulierte das Bundesgesundheitsministerium Anfang September 2011 Vorschläge für Eckpunkte zur Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für ein Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Für die Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems sieht das BMG demnach eine vierjährige budgetneutrale Phase mit zwei Optionsjahren ab dem Jahr 2013 vor. Der budgetneutralen Phase soll sich eine fünfjährige Konvergenzphase anschließen, die im Jahr 2017 beginnen und im Jahr 2021 enden soll. Darüber hinaus spricht sich das BMG in dem Arbeitspapier unter der Überschrift „Stärkung sektorübergreifender Ansätze“ unter anderem für die Weiterentwicklung der Vorgaben für Modellvorhaben zur sektorübergreifenden Versorgung, für eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation als Voraussetzung für die Durchführung des PIA-Prüfauftrages sowie für die Öffnung von psychosomatischen Einrichtungen zur insti-

tutsambulanten psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung aus.

In einer ersten Bewertung der BMG-Vorschläge stellte die DKG-Geschäftsstelle Folgendes fest:

## Zu „1. Beginn der Einführung der Psych-Entgelte nach § 17 d KHG zum 1. Januar 2013“ und „2. Budgetneutrale Phase ab 2013“

Grundsätzlich positiv ist, dass

- die rechtlichen Rahmenbedingungen für das Psych-Entgeltsystem in einer eigenständigen Rechtsgrundlage geregelt werden sollen. Dies unterstreicht die von der DKG geforderte Abgrenzung zur diagnosebezogenen DRG-Systematik, die für die Psychiatrie nicht geeignet ist;
- das BMG mit der vierjährigen budgetneutralen Phase mit zwei Optionsjahren sogar noch über die DKG-Forderung von mindestens zwei budgetneutralen Phasen mit mindestens einem Optionsjahr hinausgeht und auch
- mit den vorgesehenen „Zusatzentgelten, krankenhauses-

**Service Solutions**  
Secure your investment

**OLYMPUS**

Your Vision, Our Future

Olympus auf der Medica  
Halle 10, Stand C20

DAMIT  
IHR ENDOSKOP  
100% ORIGINAL  
BLEIBT!

## „SO GUT WIE DAS ORIGINAL?“

Was auf den ersten Blick als eine gute Wahl erscheint, kann sich später als gewagtes Unterfangen erweisen.

Wenn es aber um die Sicherheit der Patienten geht, sollten Sie niemals ein Risiko eingehen. Olympus hat strenge Qualitätsmaßstäbe gesetzt, um Ihre Patienten zu schützen und Ihre Investition langfristig zu sichern!

- Reparaturen entsprechend Herstellerspezifikationen
- Ausschließlich Verwendung von Originalteilen für uneingeschränkte Funktionalität und Sicherheit

- Garantie höchster Hygienestandards und Rückverfolgbarkeit aller Reparaturen
- Strengste Beachtung der CE-Kennzeichnungs- und MDD-Anforderungen
- Flexible Vertragsmodelle, auch für Ihre Endoskopie!

Olympus Medical Service – mehr als eine einfache Reparatur!  
Mehr Informationen erhalten Sie unter [www.olympus.de](http://www.olympus.de)

viduellen Entgelten sowie Zu- und Abschlägen“ der DKG-Forderung nach „ergänzenden Vergütungselementen“ grundsätzlich nachgekommen wird.

Nicht uneingeschränkt positiv zu bewerten ist, dass nur noch die Optionshäuser Personalstellen nach der Psych-PV nachverhandeln können. Erforderlich wäre in diesem Zusammenhang außerdem eine Klarstellung, dass die Psych-PV weiterhin für alle psychiatrischen Krankenhäuser gilt.

### Zu „3. Zum Festpreissystem in fünf Jahren“

Erfreulich ist, dass die BMG-Vorschläge auch in diesem Abschnitt die Forderungen der DKG weitgehend aufgreifen:

- fünfjährige Konvergenzphase,
- Einführung einer Kappungsregelung für konvergenzbedingte Budgetverminderungen,
- Öffnungsklauseln für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Besondere Einrichtungen,
- eigenständiger Landesentgeltwert (anstelle Übernahme des Landesbasisfallwertes),
- Orientierungswert bzw. Veränderungswert als Obergrenze für die Entwicklung des Landesentgeltwertes (anstelle der Grundlohnrate).

### Zu „4. Stärkung sektorenübergreifender Ansätze“

Die Vorschläge dieses Abschnittes entziehen sich – ohne weiterführende Konkretisierungen des BMG – weitgehend einer Bewertung. Als kritisch einzustufen ist allerdings die vorgesehene Formulierung zum PIA-Prüfauftrag. Hier wird das Anliegen des GKV-Spitzenverbandes aufgegriffen, mit Hilfe des Prüfauftrages eine bundesweit verpflichtende Leistungsdokumentation vorzugeben. Die PIAs könnten damit zu einem nicht zu leistenden Dokumentationsaufwand gezwungen werden. Diese Befürchtung wurde seitens des DKG-Vorstandes am 20. September 2011 unterstrichen. ■

## BMG: Vorschläge für Eckpunkte zur Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für ein pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Wortlaut)

### 1. Beginn der Einführung der Psych-Entgelte nach § 17 d KHG zum 1. Januar 2013

Die budgetneutrale Einführung des Psych-Entgeltsystems beginnt zum 1. Januar 2013. Ab diesem Zeitpunkt können die Psych-Entgelte gegenüber Krankenkassen und Patienten abgerechnet werden, wodurch Leistungsstrukturen transparent werden.

Das neue Entgeltsystem wird schrittweise und als lernendes System eingeführt: Einer vierjährigen budgetneutralen Phase soll sich eine fünfjährige Konvergenzphase anschließen.

Die budgetneutrale Phase umfasst zudem mit den Jahren 2013 und 2014 zwei optionale Jahre, in denen die Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem auf freiwilliger Grundlage erfolgt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und setzt sie in Verfahren der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung ein. Entsprechende Verfahren sind spätestens mit Beginn der Konvergenzphase für die Krankenhäuser verbindlich anzuwenden. Die nach Einführung mit den Indikatoren gemessenen, veröffentlichungsfähigen Ergebnisse sind transparent nach außen (zum Beispiel in Qualitätsberichten der Krankenhäuser) darzustellen.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für das Psych-Entgeltsystem werden in einer eigenständigen Rechtsgrundlage geregelt.

### 2. Budgetneutrale Phase ab 2013

- Die budgetneutrale Phase des Psych-Entgeltsystems startet im Jahr 2013 und dauert vier Jahre. In den Jahren 2013 und 2014 kann das neue Entgeltsystem optional von den Einrichtungen angewendet werden; für die Kostenträger ist die Annahme der Abrechnungen nach den neuen Psych-Entgelten verpflichtend. In den Jahren 2015 und 2016 ist unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen die Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verpflichtend. Die Einrichtungen können sich somit ab Vereinbarung der Eckpunkte über drei Jahre auf die verpflichtende Umstellung des neuen Entgeltsystems vorbereiten. Mit der verpflichtenden budgetneutralen Anwendung erhalten die Einrichtungen zwei weitere Jahre unter geschützten Bedingungen.
- In der budgetneutralen Phase werden die Budgets der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen noch nach den bisherigen Regeln vereinbart. Dadurch werden für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen durch das neue Entgeltsystem bedingte Verluste oder Gewinne vermieden (Einführung unter geschützten Bedingungen).
- Die Nachverhandlung von Personalstellen nach der Psych-PV ist als Anreiz für Optionseinrichtungen im Gegensatz zu nicht optierenden Einrichtungen auch noch während der Optionsjahre möglich.
- Auf Grundlage der Krankenhausbudgets werden unter Anwendung der bundeseinheitlichen Entgeltkataloge krankenhausesindividuelle Preise (Basisentgeltwerte) ermittelt und abgerechnet.
- Mehr- und Mindererlösausgleiche werden weiterhin durchgeführt. Um anfangs ggf. noch bestehenden Kodiermängeln Rechnung zu tragen, wird die Mindererlösausgleichsquote für Einrichtungen, die die Optionsphase nutzen, in den Optionsjahren 2013 und 2014 von derzeit 20 auf 75 Prozent erhöht. Ab 2015 wird die Mindererlösausgleichsquote wieder abgesenkt. Kodierbedingte Mehrerlöse werden vollständig ausgeglichen.

- Angelehnt an die Systematik des Krankenhausentgeltgesetzes werden Zusatzentgelte, krankhausindividuelle Entgelte, Zu- und Abschläge abrechenbar.
- Die von Krankenhäusern für die Verhandlungen nach dem neuen Psych-Entgeltsystem vorzulegenden Aufstellungen für die Budgetverhandlungen werden auf das leistungsorientierte Entgeltsystem ausgerichtet (unter anderem neue Aufstellung zu Art und Anzahl der Leistungen). Nach der erstmaligen gesetzlichen Vorgabe können die Aufstellungen von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene weiterentwickelt werden.

### 3. Zum Festpreissystem in fünf Konvergenzjahren

Die Konvergenzphase beginnt im Jahr 2017 und dauert bis zum Jahr 2021. Hierfür werden folgende Rahmenbedingungen vorgegeben:

- Mit Beginn der Konvergenzphase werden erstmalig Landesbasisentgeltwerte vereinbart, die sich aus dem Erlös- und Leistungsvolumen im Land ableiten.
- Die unterschiedlich leistungsgerechten Krankenhausbudgets werden in der fünfjährigen Konvergenzphase stufenweise angeglichen, indem die Differenz zwischen dem nach den bisherigen Regeln verhandelten Budget und dem nach dem neuen Entgeltsystem ermittelten Psych-Erlösvolumen (einrichtungsbezogene Art und Anzahl der Leistungen x Landesbasisentgeltwert) abgebaut wird.
- Kodierbedingte Mehrerlöse werden vollständig ausgeglichen.
- Konvergenzbedingte Budgetverminderungen einzelner Einrichtungen werden durch eine Kappungsgrenze begrenzt (beginnend bei 1 Prozent, jährlich um 0,5 Prozentpunkte steigend). Die Summe der Kappungsbeträge ist bei der Vereinbarung eines Landesbasisentgeltwertes mindernd zu berücksichtigen, um hierdurch Mehrausgaben für die Kostenträger zu vermeiden.
- Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden kön-

nen bei fehlender sachgerechter Abbildung krankhausindividuelle Vergütungsvereinbarungen mit den Kostenträgern geschlossen werden.

- Einzelne Einrichtungen können mit dem Konzept der besonderen Einrichtungen nach Abschluss der budgetneutralen Phase von der Anwendung des Psych-Entgeltsystems zeitlich befristet ausgenommen werden, wenn deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden.
- Bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwertes (Preiskomponente) sind insbesondere Fallzahlentwicklungen und Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Die Obergrenze für den Zuwachs des Landesbasisentgeltwertes bildet der aus dem Orientierungswert abzuleitende Veränderungswert.

### 4. Stärkung sektorenübergreifender Ansätze

Sektorenübergreifende Ansätze werden gestärkt:

- Sektorenübergreifende Versorgung im Rahmen von Modellvorhaben oder integrierter Versorgung ist weiterhin möglich. Zur Förderung sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten (unter anderem optimierte regionale Zusammenarbeit mit dem vertragsärztlichen Bereich oder neue Formen der Leistungserbringung wie zum Beispiel Home-treatment) sollen im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens die Vorgaben für Modellvorhaben weiterentwickelt werden. Die geltenden Dokumentationsvorgaben sind auch für Modellvorhaben verbindlich.
- Als Voraussetzung zur Durchführung des Prüfauftrags nach § 17 d Absatz 1 Satz 3 KHG zur Einbeziehung der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) sind die Leistungen der PIAs möglichst kurzfristig über eine bundeseinheitliche Leistungsdokumentation zu erfassen.
- Zur Stärkung sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten wird auch psychosomatischen Einrichtungen (Kran-

Heute bestellt – morgen geliefert.

# Spritzen- & Perfusoretiketten

Jetzt über 420 Etiketten-Versionen direkt ab Lager verfügbar!

- Direkt vom Hersteller
- Individuell anpassbar
- Nach ISO-Norm & DIVI-Empfehlung



<b>Protamin</b> 1.000 I.E./ml	<b>Etomidat</b> 2 mg/ml	<b>Fentanyl</b> 50 µg/ml	<b>Tr...</b>
<b>Prilocain 1%</b> 10 mg/ml	<b>Rocuronium</b> 10 mg/ml	<b>Molsidomin</b> 2 mg/ml	<b>4...</b>
<b>Glyceroltrinitrat</b> 1 mg/ml	<b>Epinephrin</b> 0,1 mg/ml	<b>Dolasetron</b> 20 mg/ml	<b>100...</b>
<b>Suprarenin</b> mg/ml	<b>Sufentanil</b> 5 µg/ml	<b>Ropivacain 0,2%</b> 2 mg/ml	<b>Phy...</b>
<b>Mivacurium</b> 2 mg/ml	<b>Midazolam</b> 1 mg/ml	<b>Furosemid</b> 10 mg/ml	<b>Glyc...</b>

**Enoximon 5 mg/ml**

Herstellungszeitpunkt: \_\_\_\_\_

Datum    Uhrzeit    Hz.

**Clonidin µg/ml**

..... mg Clonidin    Herstellungszeitpunkt: \_\_\_\_\_

mit  NaCl 0,9%     G 5%

ad 50 ml gesamt    Datum    Uhrzeit    Hz.

<b>Fenoterol</b> 50 µg/ml	<b>Dimenhydrinat</b> 6,2 mg/ml	<b>Amiodaron</b> 50 mg/ml
<b>Mivacurium</b> 2 mg/ml	<b>Phentolamin</b> mg/ml	<b>Haloperidol</b> 0,5 mg/ml
<b>Ropivacain 0,75%</b> 7,5 mg/ml	<b>Phosphat</b> 1 mmol Phosphat/ml	<b>Atropin</b> 0,5 mg/ml
<b>Suxamethonium</b> 20 mg/ml	<b>Naloxon</b> 40 µg/ml	<b>Oxytocin</b> 10 I.E./ml
<b>Akrinor</b> 2,8	<b>Clonazepam</b> mg/ml	<b>Propofol 1%</b> 10 mg/ml



Jetzt kostenloses Infopaket anfordern!

[www.praxikett.de](http://www.praxikett.de)

kenhäuser und Fachabteilungen) die Möglichkeit der institutsambulanten psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung nach § 118 SGB V eröffnet.

- Zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Fallsteuerung vereinbaren die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene für Krankheitsbilder mit aufwendigen Versorgungsverläufen Empfehlungen für Interventionszeitpunkte, zu denen noch während der laufenden Behandlung eine Abstimmung über den weiteren Behandlungsverlauf zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erfolgen kann. Hierdurch kann eine sektorenübergreifende Leistungskoordination gefördert und spätere Rechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vermindert werden. ■

### Kiel: Klinikpersonal am Limit – mehr Belastung geht nicht

„Wir sind in großer Sorge um die Zukunft der Kliniken in Schleswig-Holstein“, stellte die Vorsitzende der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V. (KGSH), Landespastorin Petra Thobaben, am 26. August 2011 vor dem Kieler Landeshaus fest. Dort hatten sich nach dem Aufruf der „Kampagne von Arbeitnehmervertretungen aus Krankenhäusern in Schleswig-Holstein“ zahlreiche Klinikmitarbeiter eingefunden, um gegen die Gesundheitspolitik der Bundesregierung zu demonstrieren.

„Die Bedingungen für die Krankenhäuser haben sich kontinuierlich verschlechtert. Jedes Jahr haben wir rationalisiert. Jedes Jahr haben wir gespart. Jedes Jahr haben wir uns mehr zugemutet. Wir sind an die Grenzen der Belastung gegangen – viele auch darüber hinaus“, konstatierte Thobaben. Das gelte für alle, die im Krankenhaus arbeiten, für Ärztinnen und Ärzte, für Schwestern und Pfleger, für Verwaltungsangestellte und Techniker. Bisher habe das Klinikpersonal alles aufgefangen, zwei Jahrzehnte lang. Inzwischen ist laut Thobaben aber eine Grenze überschritten: „Wir müssen unsere Leistungen ein-



schränken, wenn die Rahmenbedingungen nicht deutlich verbessert werden. Denn das finanzielle Problem der Krankenhäuser lässt sich nicht mehr durch Prozessoptimierung oder Personalabbau lösen.“

Für die marode finanzielle Situation in den Krankenhäusern sieht die KGSH-Vorsitzende vor allem die Bundesregierung in der Verantwortung. Denn mit der von ihr diktierten mageren Budgetsteigerungen für 2011 und 2012 ließen sich wohl kaum steigende Tariflöhne finanzieren, wenn zugleich die Inflationsrate bei rund 2,5 Prozent liege und die Sach- und Energiekosten explodierten. Die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein seien darüber hinaus zusätzlich von der Bundesregierung bestraft, die zum Jahreswechsel die im Norden lang ersehnte Angleichung der landesunterschiedlichen Fallpauschalen hin zu einem bundeseinheitlichen Preis als Teil der Gesundheitsreform gekippt hatte. Damit würden den Kliniken im Lande dauerhaft jährlich rund 20 Mio. € vorenthalten. Das entspreche der Finanzierung von mehr als 400 Pflegestellen. Als wenn dies allein schon nicht genug wäre, müssten die Krankenhäuser außerdem auch noch Rabatte bei Mehrleistungen gewähren.



Protestkundgebung der Betriebs- und Personalräte schleswig-holsteinischer Krankenhäuser am 26. August 2011 vor dem Kieler Landeshaus.

Fotos: Carola Wedekind, Klinikum Itzehoe



Wenn kranken Menschen auch in Zukunft eine gute medizinische und menschenwürdige Versorgung geboten werden sollte, brauche die Gesellschaft moderne Kliniken mit modernen medizinischen Geräten und vor allem mit motivierten, leistungsfähigen Mitarbeitern, die nicht mehr bis an die Belastungsgrenze gefordert werden. Thobaben: „Das alles ist nicht kostenlos zu haben. Medizinische und pflegerische Höchstleistungen, so wie wir sie heute in unseren Krankenhäusern erbringen, kosten Geld.“ Daher seien folgende dringende Forderungen an die Politik zu richten:

1. Die Einführung eines jährlichen Kostenorientierungswertes, der die bisherige Grundlohnrate ablösen soll.
2. Die Fortsetzung der Angleichung der Landesbasisfallwerte an einen Bundesbasisfallwert.
3. Die Aufhebung der gesetzlich vorgeschriebenen Rabattierung bei Mehrleistungen.

Abschließend richtete Thobaben den eindringlichen Appell an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages: „Reden Sie nicht nur darüber, dass etwas für die Krankenhäuser und da-



**DEUTSCHES  
KRANKENHAUS  
INSTITUT**

**www.dki.de**

## Hospital-Management-Konferenz

Die Vorbereitungen auf die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik sind auf Bundesebene im vollen Gange. Jedes betroffene Krankenhaus muss sich bereits jetzt auf den Umstieg vorbereiten, um den optimalen Einstieg zu finden.

Das Deutsche Krankenhausinstitut bietet Ihnen hierzu eine Vielzahl von Konferenzen, Seminaren und Weiterbildungen von der Kodierung bis zur Organisations-Umstrukturierung an.

Als Führungskraft empfehlen wir Ihnen insbesondere unsere:

### Hospital-Management-Konferenz

**„Pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik – der Anfang ist gemacht, was ist jetzt zu tun?“**

**Termin:** 7. November 2011, 9.30 bis 17.00 Uhr

**Ort:** Düsseldorf, Novotel Düsseldorf City West

**HMK-Nr.:** 2114

**Gebühr:** 595,00 Euro zzgl. MwSt. (inkl. Ordner, PDF-Dateien, Mittagessen, Getränke)

**Nähere Informationen** sowie Ihre Anmelde-möglichkeit finden Sie unter [www.dki.de](http://www.dki.de)

Deutsches Krankenhausinstitut GmbH, Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf  
Tel.: 02 11/ 4 70 51-16, Fax: 02 11/ 4 70 51-19, Mail: [seminar@dki.de](mailto:seminar@dki.de)

mit für die Patientinnen und Patienten getan werden muss. Sie haben es in der Hand, wirklich etwas zu bewegen, also tun Sie es auch!“

„Bei den aktuellen Lohnforderungen der Ärzte in den Krankenhäusern von plus 9,5 Prozent drohen den Krankenhäusern massive Unterdeckungen ihrer Haushalte, denn auch die Tarifverträge für Pflegekräfte und sonstige Beschäftigte werden deutliche Gehaltserhöhungen vorsehen“, ergänzte KGSH-Geschäftsführer Bernd Krämer nach der Bekanntgabe der Grundlohnrate für 2012. Die minimale Preissteigerungsrate von 1,48 Prozent (1,98 Prozent Veränderungsrate minus 0,5 Prozentpunkte gesetzlich vorgesehener Kürzung) werde „hinten und vorne nicht reichen“.

### BWKG: Politik muss schnell handeln, sonst droht gewaltige Unterfinanzierung der Krankenhäuser

Wie die KGSH und andere Landeskrankengesellschaften protestierte auch die BWKG nach der Bekanntgabe der Veränderungsrate für 2012 von 1,98 Prozent durch das BMG. Den Krankenhäusern in Baden-Württemberg drohten weitere finanzielle Einbußen. „Abgesenkte Veränderungsrate und hohe Tarifabschlüsse – das kann nicht funktionieren“, betonte der Vorstandsvorsitzende der Krankengesellschaft, Landrat Thomas Reumann. Als Reaktion auf diese gewaltige Unterfinanzierung müssten die Krankenhäuser im kommenden Jahr die ohnehin schon knappe Personaldecke weiter ausdünnen. „Das kann nicht unser Ziel sein“, betonte Reumann.

Um diesen Personalabbau zu verhindern, müsse die Politik nun schnell handeln: In einem ersten Schritt müssten die Sparauflagen für die Krankenhäuser für 2012 zurückgenommen werden. Obwohl sich die gesamtwirtschaftliche Situation seit 2010 unerwartet stark verbessert habe, sei für 2012 noch immer eine Kürzung der ohnehin schon unzureichenden Veränderungsrate um 0,5 Prozent vorgesehen. Diese Kürzung müsse nun auf jeden Fall gestrichen werden. Aber selbst die volle Veränderungsrate ohne Abschlag würde nicht ausreichen, um die unabwiesbaren Kostensteigerungen zu decken. Die Krankenhäuser brauchen zusätzlich eine Refinanzierung der Tarifsteigerungen. Angesichts der Milliardenrücklagen, die bei Krankenkassen und im Gesundheitsfonds angehäuft werden, ist dies nach Reumanns Überzeugung auch finanzierbar.

### KGMV: Keine Hilfe für ländliche Krankenhäuser

Ländlichen Krankenhäusern – und damit den Patienten auf dem Land – nützt das neue Versorgungsstrukturgesetz leider wenig. Das ist die Einschätzung der Krankengesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (KGMV). Anlässlich der KGMV-Vorstandssitzung im September in Schwerin äußerte sich deren Vorsitzender, Dr. Hanns-Diethard Voigt, zum Entwurf des Gesetzes, das nach dem Willen der Bundesregierung dazu beitragen soll, den Ärztemangel auf dem Land zu beheben und die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Sein Fazit: „Der zu beratende Entwurf enthält einige positive

Elemente. Er enthält aber keine Regelung, die den Ärztemangel aktuell und nachhaltig verhindert“.

Die KGMV verweist darauf, dass sich der Ärztemangel aufgrund der Aus- und Weiterbildungsverfahren zeitlich zunächst in den Krankenhäusern und erst später in der ärztlichen Niederlassung bemerkbar macht. Schon seit längerem sind davon vor allem Krankenhäuser in ländlichen und strukturschwachen Regionen betroffen, deren Aufgabe die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung ist. „Diese Kliniken, die dringend gebraucht werden und daher auch in die Krankenhauspläne der Länder aufgenommen wurden, leisten, wie es auch von ihnen erwartet wird, die Grundversorgung in der jeweiligen Region“, so KGMV-Geschäftsführer Wolfgang Gagzow. Dies werde von der Politik ignoriert. „Wir bemängeln insgesamt die sehr einseitige Unterstützung des geplanten Versorgungsstrukturgesetzes für den vertragsärztlichen Bereich. Wenn es tatsächlich um die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung gehen soll, dann müssen auch und gerade die Krankenhäuser als *Rund-um-die-Uhr-Versorger* entsprechend berücksichtigt werden“, so der Vorstand der KGMV.

In der Konsequenz fordert die Krankengesellschaft von der Politik in diesem Zusammenhang vor allem auch den unbegrenzten Zugang jedes Patienten zur ambulanten Notversorgung im Krankenhaus. Diese sei selbstverständlich adäquat zu vergüten. „Es ist unerträglich, dass Patienten in klaren Notfällen an mehreren Akut- und Rehabilitationskliniken vorbeifahren müssen, um sich zu einem etliche Kilometer entfernten niedergelassenen Arzt zu begeben und sich dort in ein übervolles Wartezimmer zu setzen“, kritisiert Gagzow die mehr als verbesserungsbedürftige Lage im ländlichen Bereich. Bundesgesetzgeber und Bundesregierung seien gefordert, im Rahmen der derzeitigen Gesetzgebung unverzüglich die Weichen in die richtige Richtung zu stellen, sonst würden die Patienten auf dem Land bald sehr weite Wege zurücklegen müssen. ■

„Mit den Klagen, die wir als KKB im Zuge der Aktion der Bayerischen Krankengesellschaft einreichen, verbinden wir auch die Hoffnung, die Qualität der Zusammenarbeit zu verbessern. In erster Linie fordern wir, die Diskussionen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu versachlichen und der Kultur des Misstrauens ein Ende zu setzen. Dazu ist es notwendig, die Prüf- und Widerspruchsverfahren zu entbürokratisieren und zu verschlanken. Etabliert werden soll ein einheitliches Prüf- und Widerspruchsverfahren, das das gegenseitige Vertrauen fördert und wegführt von der schematischen Betrachtung nach Aktenlage in richtig oder falsch. Stattdessen soll das Prüfverfahren im Dialog wieder eingeführt werden.“

Und: Im Zweifelsfall sollte die Sicherheit der Patienten und nicht das Diktat der Ausgabenreduzierung im Vordergrund stehen.“

*Dr. jur. Alexander Schraml, Geschäftsführer der Main-Klinik Ochsenfurt gGmbH, Vorstandsmitglied Klinik-Kompetenz-Bayern eG (KKB)*