

Gisela Broll/Hartwig Broll/Dr. Andreas Lehr

# Eine echte Herausforderung für Ulla Schmidt

Organisationsreform – Koalitionsvereinbarung – Vorschaltgesetz

**Mit einer großen Selbstinszenierung feierte die Koalition am 16. Oktober die Unterzeichnung der neuen Koalitionsvereinbarung. Nachdem noch in derselben Woche die Parteitage von SPD und Bündnis 90/Die Grünen zugestimmt hatten, steht nunmehr das strategische Gerüst für die Politik der Bundesregierung in den nächsten 4 Jahren. Neben den politischen Inhalten sind vor allem die Entscheidungen zur Struktur der neuen Bundesregierung von Bedeutung. Mit der Auflösung des altehrwürdigen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung stehen die rot-grünen Koalitionäre vor einer echten Organisationsreform, die mit einer Vielzahl von Weiterungen verbunden ist.**

Bereits unmittelbar nach der angekündigten Nominierung des vormaligen nordrhein-westfälischen Ministerpräsidenten Wolfgang Clement zum neuen „Superminister“ für Wirtschaft und Arbeit erwarteten die Beobachter der Berliner Szene Konsequenzen für die verbliebenen Ressorts – über die Ausgliederung der arbeitsmarktrelevanten Abteilungen aus dem Arbeitsministerium hinaus. Schnell verdichteten sich die Gerüchte, dass die verbleibenden Teile des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung mit dem BMG zu einem „Super-Sozialministerium“ vereinigt werden könnten – was schließlich auch eintrat. Bis zur Unterzeichnung des Koalitionsvertrages blieb allerdings unsicher, wer der neue „Super-Sozialminister“ für „Gesundheit und soziale Sicherung“ (BMGS) werden sollte, bis sich schließlich – dem Vernehmen nach nicht zuletzt wegen des Mangels an Alternativen – die bisherige Bundesgesundheitsministerin durchsetzen konnte.

Nunmehr steht Ulla Schmidt, die bereits in der vorigen Legislaturperiode mit dem Erhalt der Beitragssatzstabilität in der GKV einige Probleme hatte, vor einer wahren Herkulesaufgabe. Immerhin handelt es sich beim Arbeitsministerium um eine über 80 Jahre alte Institution mit entsprechenden Traditionen, die sich nicht einfach „abwickeln“ lassen. Die Ministerin benötigt für ihre Aufgaben schnell eine schlagkräftige und effiziente Verwaltung, sollen doch laut Koalitionsvereinbarung in einem Vorschaltgesetz im Eiltempo finanzwirksame Maßnahmen ergriffen werden, die umso dringender erscheinen, als die Regierung an anderer Stelle der gesetzlichen Krankenversicherung bereits wieder Hunderte von Millionen Euro in einem weiteren Kapitel des „Verschiebebahnhoofs“ entzieht.

☞ Das Vorschaltgesetz soll noch in diesem Jahr die parlamentarischen Hürden nehmen; hausinterne Reibereien kann sich Ulla Schmidt deshalb überhaupt nicht leisten.

## Ministerialer Machtkampf absehbar

Schon die inhaltliche Abgrenzung der Ressorts im neuen Superministerium ist nicht so einfach, wie es auf den ersten Blick vielleicht erscheinen mag. Es handelt sich nicht allein darum, das BMA abteilungsweise aufzuteilen und in die jeweils neuen Häuser zu integrieren. Deutlich wird dies bereits bei den „arbeitsmarktrelevanten“ Abteilungen II (Arbeitsmarktpolitik und Arbeitslosenversicherung) und III (Arbeitsrecht und Arbeitsschutz) des alten BMA. Sowohl die Arbeitslosenversicherung als auch der Arbeitsschutz könnten – aus „sachlichen“ Erwägungen – ebenso gut zum neuen Sozialministerium geschlagen werden. Auch bei den Abteilungen IV (Sozialversicherung, Sozialgesetzbuch), V (Prävention, Behindertenpolitik), VI (Kriegsopferversorgung) und VII (Internationale Sozialpolitik), die für dieses Ministerium prädestiniert erscheinen, sind Abgrenzungsprobleme denkbar. Sollten gemäß den Ergebnissen der Hartz-Kommission und deren Umsetzung die Arbeitslosenhilfe und die Sozialhilfe zusammengefasst werden, könnten sich beide Häuser – wiederum aus rein „sachlichen“ Erwägungen – mit Fug und Recht um diese Kompetenzen streiten. Ähnliches gilt für die bisherige Abteilung I (Grundsatz und Planung) des alten BMA.

Entschieden wird diese Auseinandersetzung weniger durch die politische Führung; diese wird im Interesse einer schnellen und reibungslosen Umorganisation im Zweifel weitgehend nach den Vorlagen aus den Häusern entscheiden. Die Frage, welche Ministerien sich in diesem Machtkampf durchsetzen, hängt entscheidend von den jeweiligen Abteilungen für Zentrale Verwaltung, den so genannten Z-Abteilungen, ab. Je nachdem, wo die Z-Beamten des alten BMA überwiegend unterkommen, werden sie versuchen, möglichst viele „ihrer“ Planstellen mitzunehmen – immerhin müssen sie sich in einem prinzipiell „feindlich“ gesonnenen Umfeld behaupten.

Dies mag für den Außenstehenden befremdlich klingen. Tatsache ist, dass es zwischen den Verwaltungen von BMG und BMA schon immer gewisse Vorbehalte gab. Schließlich hatte das am 18. Januar 1991 errichtete BMG die gesamte Abteilung „Gesundheit und Krankenversicherung“ mit ihren damals ca. 80 Beamten aus dem BMA „übernommen“. Die erste Chefin des neu gebildeten Ministeriums, Gerda Hasselfeldt, blieb nicht lange in dieser Position. Sie trat am 27. April 1992 nach einer vermeintlichen Spionageaffäre ihres Büroleiters zurück. Erst ihr Nachfolger drückte dem jungen Ministerium seinen unverwechselbaren Stempel auf: Horst Seehofer, damals 42 Jahre jung, gelang als parlamentarischer Staatssekretär des BMA der Sprung an die Spitze des BMG, das nun bereits wieder in der damaligen Konstellation der „Geschichte“ angehört. ▶

Wie der jetzige Verteilungskampf zwischen den beiden „Super-Ministerien“ BMWA (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit) und BMGS letztlich ausgehen wird, ist gegenwärtig noch nicht eindeutig entschieden. Die Abteilungen Z und I des alten BMA gelten als relativ stark, die Z-Abteilung des BMG – für die Abteilung I des BMA gibt es dort keine Entsprechung – dagegen eher nicht. Auf der anderen Seite kann es für das BMG vorteilhaft sein, als einziges Haus die alte Chefin behalten zu haben, auch angesichts der Neubesetzungen auf der Ebene der Staatssekretäre. Diese sind wie die gesamte politische Führung wegen der geschilderten Voraussetzungen erheblich gefordert, die Funktionsfähigkeit der Häuser durch entsprechende Integrationsleistungen möglichst schnell herzustellen. Inwieweit – und wem – dies zeitnah gelingt, dürften schon die ersten Gesetzgebungsverfahren der neuen Regierung sinnfällig machen.

## Neuorientierung des Alltagsgeschäftes

Nicht ohne Folgen werden die Änderungen in beiden Ministerien auch für das politische Alltagsgeschäft bleiben. Angesichts der Vielzahl der betroffenen – und in Berlin in der Regel bestens vertretenen – Interessen stellt sich die Frage, welcher Lobbyist künftig mit wem zu sprechen hat.

Besonders deutlich wird die damit einhergehende Verunsicherung auf der Ebene des Bundesrates. Dieser hat beschlossen, die Neustrukturierung der Bundesregierung in seinem Organisationsplan zumindest zunächst nicht mitzuvollziehen. So kann es geschehen, dass Vorlagen des Wirtschaftsministeriums im Bundesrat federführend vom Arbeits- und Sozialausschuss bearbeitet werden – ein gewöhnungsbedürftiger Gedanke.

Aufschlussreich dürfte auch sein, über welches Ministerium künftig die Gewerkschaften überwiegend zu agieren gedenken. Die Personalentscheidungen der Koalition legen zumindest nahe, dass sich die Arbeitnehmervertreter eher an die Gesundheits- und Sozialordnungsministerin halten werden, hatten sie doch als eine der wenigen relevanten gesellschaftlichen Gruppen deren erneute Berufung nachhaltig unterstützt. Allerdings dürfte auch diese Frage nicht ohne die Berücksichtigung des endgültigen Zuschnitts der Ministerien entschieden werden.

## Koalitionsvereinbarung

Die eigentliche Brisanz der Koalitionsvereinbarung liegt zumindest aktuell in den Weiterungen, die sich durch die Organisationsreform ergeben. Dennoch überwiegt in der Vereinbarung naturgemäß der inhaltliche Teil, der allerdings in seinen Konsequenzen weit weniger konkret zu überblicken ist. Der gesundheitspolitische Teil der Koalitionsvereinbarung (siehe die Dokumentation auf Seite 883 f. in diesem Heft) ist im Wesentlichen eine kaum weiter konkretisierende Festschreibung des SPD-Wahlprogramms und einiger weiterer einschlägiger Ankündigungen der Gesundheitsministerin im Vorfeld der Bundestagswahl.

☞ Insgesamt hat sich Ulla Schmidt mit ihren programmatischen Vorstellungen durchgesetzt. Nach Themenschwerpunkten geordnet könnte man die wesentlichen Inhalte wie folgt zusammenfassen:

### 1. Finanzierung

- Die Pflichtgrenze für neue Versicherungsverhältnisse soll auf das Niveau der Renten- und Arbeitslosenversicherung erhöht werden.

- Zwischen Kranken- und Pflegeversicherung soll eine „abgestimmte Aufgaben- und Finanzierungsverteilung“ realisiert werden.

- In einem Vorschaltgesetz sollen „erste Maßnahmen der Beitragssatzstabilisierung“ ergriffen werden. Mit Ausnahme der Versicherungspflichtgrenze werden diese jedoch in der Koalitionsvereinbarung nicht angesprochen.

### 2. Vertragsrecht

- Es sollen neue „konfliktauflösende Mechanismen“ installiert werden, beispielsweise „effektivere Schiedsstellen“.

- Neben den „notwendigen kollektiven Verträgen“ sollen Einzelverträge mit festgelegten Qualitätsniveaus abgeschlossen werden. Zu solchen Einzelverträgen werden auch „Krankenhäuser, medizinische Zentren und andere

## Parlamentarische Staatssekretäre/ Ausschussvorsitzende/Arbeitsgruppenvorsitzende

### Parlamentarische Staatssekretäre im BMGS

- Marion Caspers-Merk (SPD), 47 Jahre, seit 2001 Drogenbeauftragte der Bundesregierung
- Franz Thönnies (SPD), 46 Jahre, seit Januar 2001 stellvertretender Vorsitzender der SPD-Fraktion
- Dr. Klaus Theo Schröder bleibt beamteter Staatssekretär

### Gesundheitsausschuss des Bundestages

- Vorsitzender: Klaus Kirschner (SPD)
- Stellvertreter: Wolfgang Zöllner (CSU)

### Arbeitsgruppenvorsitzende der Fraktionen

CDU/CSU-Fraktion:

- Andreas Storm für den Bereich Gesundheit und soziale Sicherung
- Annette Widmann-Mauz, gesundheitspolitische Sprecherin
- Katherina Reiche für den Bereich Bildung und Forschung
- Maria Eichhorn für den Bereich Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Hermann Gröhe für den Bereich Menschenrechte und Humanitäre Hilfe

Weitere personelle Entscheidungen standen bis zum Redaktionsschluss dieser Zeitschrift noch nicht fest.

Gesundheitsberufe“ ermächtigt. Als Voraussetzung hierfür sollen der Kontrahierungszwang, der Sicherstellungsauftrag und die Honorar- bzw. Entgeltsysteme an die neuen Verhältnisse angepasst werden.

### 3. Qualität

● Die Versorgung soll sich „strikt“ am medizinisch notwendigen „auf der Basis allgemein anerkannter medizinisch-wissenschaftlicher und pflegerischer Standards“ orientieren.

● Generell soll die Qualität der heilberuflichen Leistungserbringung verbessert werden.

● Ein „Zentrum für Qualität in der Medizin“ soll mit Hilfe „unabhängiger Sachverständiger“ Standards festlegen, insbesondere Behandlungsleitlinien „zügig“ erstellen, den Leistungskatalog der GKV fortschreiben und eine Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Arzneimittel vornehmen.

● Das kurz vor der Wahl installierte „Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“ soll ausgebaut und ein eigenes Präventionsgesetz geschaffen werden.

### 4. Patientenrechte

Erlassen bzw. eingeführt werden sollen:

- eine Patientencharta,
- ein Patientenbeauftragter,

● auf freiwilliger Basis eine Gesundheitskarte für die in Anspruch genommenen Leistungen,

● verbindlich dagegen eine „Patientenquittung“.

Von den genannten Schwerpunkten wird der Bereich Vertragsrecht bisher am schärfsten debattiert; dabei handelt es sich jedoch weitgehend noch um eine Phantomdebatte, haben doch die Krankenkassen bereits bisher vertragsrechtliche Freiräume nicht genutzt – zum Beispiel bei der integrierten Versorgung nach den §§ 140 a ff. und bei den Disease-Management-Programmen. Nach wie vor scheint die Kassenlandschaft in ihrer Mannigfaltigkeit auf die Kassenärztlichen Vereinigungen angewiesen zu sein.

Viel problematischer und grundsätzlich brisanter erscheint dagegen das geplante „Zentrum für Qualität in der Medizin“. Damit würde eine neue Organisation mit extremen Kompetenzen geschaffen, deren rechtliche Einordnung, gerade auch im Verhältnis zu den Gremien der Selbstverwaltung, erhebliche Probleme bereiten wird. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Fortentwicklung des GKV-Leistungskatalogs. Dieser soll, wie im Koalitionsvertrag erneut festgeschrieben wird, für alle Kassen und alle Versicherten einheitlich sein.

☛ Man kann nur darüber spekulieren, weshalb die für die GKV grundlegende Kompetenz der Bestimmung dieses Leistungskatalogs einem Gremium von Sach-

## KTQ®-Training für Krankenhausmitarbeiter

Seit dem 1.1.2000 sind nach § 135a Abs. 2 SGB V zugelassene Krankenhäuser verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nachzuweisen. Die KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) hat ein auf das Qualitätsmanagement in Krankenhäusern zugeschnittenes Zertifizierungsverfahren entwickelt. Von der KTQ® wurde deshalb ein Training konzipiert, das Krankenhausmitarbeiter für die hausinterne Vorbereitung der KTQ®-Zertifizierung qualifiziert. Als Lizenznehmer bietet **münster & partner** das Training nach den Vorgaben der KTQ® an.

### Zielgruppen

Das KTQ®-Training für Krankenhausmitarbeiter richtet sich an Führungskräfte und Mitarbeiter von Krankenhäusern,

- die eine KTQ®-Zertifizierung als Chance für das eigene Krankenhaus betrachten, sich im Wettbewerb zu positionieren,
- die mit Hilfe von KTQ® die Versorgung der Patienten systematisch verbessern wollen,
- die ein umfassendes Qualitätsmanagement aufbauen wollen,
- die verantwortlich für die Durchführung einer KTQ®-Zertifizierung sind und
- die an der Erstellung eines KTQ®-Berichtes beteiligt werden.

### Kosten

Die Seminargebühren betragen 590,00 € pro Person (inkl. Seminarunterlagen, Mittagessen, Pausengetränke und MwSt.) zzgl. 58,00 € Lizenzgebühr, (inkl. MwSt., die Gebühr wird an die KTQ® abgeführt).

Die Anzahl der Teilnehmer ist je Training auf 20 Personen begrenzt. Eine rechtzeitige Anmeldung sichert Ihnen Ihre Teilnahme.

### Termine und Orte

#### 2002

- 28. – 29. November Nürnberg
- 5. – 6. Dezember Hannover

#### 2003

- 24. – 25. Februar Karlsruhe
- 14. – 15. Mai Leipzig
- 22. – 23. September Frankfurt/Main
- 5. – 6. November Berlin

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter [www.krankenhaus-beratung.com](http://www.krankenhaus-beratung.com)

Ihre Anmeldung schicken Sie bitte per Brief oder Fax an

**münster & partner**  
Krankenhausberatung  
Bergstraße 22 • 91456 Diespeck  
Fon (0 9161) 57 59  
Fax (0 9161) 55 83  
[info@krankenhaus-beratung.com](mailto:info@krankenhaus-beratung.com)





Fotos: Archiv (2), Mihatsch (2)

**An der Spitze des BMG standen (von links): Gerda Hasselfeld (1991–1992); Horst Seehofer (1992–1998); Andrea Fischer (1998–2000); Ulla Schmidt (2001–2002). Mit der neuen Legislaturperiode erfolgte die Umbenennung des Ministeriums in „Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung“ (BMGS). Ulla Schmidt ist die erste Chefin des neuen „Superministeriums“.**

verständigen mit ungeklärter Verantwortlichkeit überantwortet werden soll. Ähnliches gilt für die Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Arzneimittel.

Neben diesen 4 großen Schwerpunkten spricht die Koalitionsvereinbarung eine Vielzahl anderer Themen an:

- Die Arzneimittelversorgung soll „liberalisiert“ werden, womit wahrscheinlich die Legalisierung von Versandhandel und Internetapotheken gemeint ist.
- Die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung soll erleichtert werden.
- Die Arbeitsbedingungen des Klinikpersonals sollen verbessert werden.
- Ein Gentestgesetz soll geschaffen werden usw.

Während das geplante Vorschaltgesetz wegen seiner Eilbedürftigkeit zustimmungsfrei ausgestaltet werden muss, dürften viele der in der Koalitionsvereinbarung fixierten Vorhaben auf das Plazet des Bundesrates angewiesen sein. Zwar gibt es „Konsensthemen“, etwa bei den Patientenrechten, doch dürfte die Union eher die Gegensätze hervorheben und zunächst einmal die Aufhebung aller Budgetierungen fordern. Vor solchen Auseinandersetzungen muss die Gesundheitsministerin die Zielvorgaben der typischerweise eher abstrakten Koalitionsvereinbarung konkretisieren und rechtlich operationalisieren. Erst dann kann deutlich werden, wo die eigentlichen Schwerpunkte gesetzt und welche Vorhaben eher nachrangig behandelt werden.

## Vorschaltgesetz

Konkreter als die Koalitionsvereinbarung selbst erscheint gegenwärtig bereits das angekündigte Vorschaltgesetz. Besondere Brisanz hat hier die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze, nachdem sich die Koalition dazu entschlossen hat, dies nicht erst im Rahmen einer großen „Gesundheitsreform 2003“, sondern bereits kurzfristig zu

realisieren. Dabei unterscheidet sich die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze wesentlich von den anderen bislang bekannt gewordenen Elementen des Vorschaltgesetzes, die sich vor allem kurzfristig kostendämpfend auf den Arzneimittelbereich auswirken sollen:

- Reduzierung der Großhandelszuschläge um ein Drittel durch die Einführung einer Rabattregelung nur für die GKV im SGB V; dies soll 600 Mio. € an Einsparungen für die Kassen erbringen.
- Abkappung der Handelszuschläge der Apotheken bei hochpreisigen Arzneimitteln und bei Impfstoffen mit Wirkung nur für die GKV; hiervon verspricht man sich Einsparungen in Höhe von 400 Mio. €.
- Einführung eines Direktrabatts der Hersteller an die Krankenkassen für zu Lasten der GKV abgegebene Arzneimittel (Großkundenrabatt); bei einem Rabatt von 6 Prozent für Arzneimittel im Nicht-Festbetragsmarkt werden 420 Mio. € Einsparungen erwartet.

Mit derartigen Eingriffen schon kurz nach der Wahl war allgemein gerechnet worden. Insbesondere die Apothekerschaft hatte sich den nachhaltigen Zorn der alten Bundesregierung zugezogen und hat nun offenbar als erster Bereich des Gesundheitswesens darunter zu leiden, dass die alte Regierung auch die neue ist. Es werden schon zu Beginn des kommenden Jahres erhebliche Einbußen erwartet.

Dagegen ist die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze in der bislang vorgesehenen, nur für neue GKV-Mitglieder geltenden Fassung ein nur sehr langfristig finanzwirksames Strukturelement. In der Regel dauert es nämlich bei den PKV-Versicherten durchschnittlich bis zum 35. Lebensjahr, bis sie die jetzige Versicherungspflichtgrenze erreichen und die Voraussetzung für den Wechsel zur PKV erfüllt ist. Rechnet man mit diesem Durchschnittswert, dann braucht es bei ebenfalls durchschnittlicher Betrachtung bis zu 10 Jahre, bis ein Akademiker die Voraussetzung für den Wechsel erfüllt, bei denjenigen, die ihre berufliche Laufbahn

mit einer Lehre begonnen haben, sogar knapp 20 Jahre. Bis also Berufseinsteigern der Wechsel in die PKV durch die neue Versicherungspflichtgrenze faktisch erschwert wird, werden noch einige Jahre ins Land gehen.

☛ Es wäre daher nicht verwunderlich, wenn im Gesetzgebungsverfahren noch vehemente Versuche unternommen würden, die beschlossene Maßnahme weiter zu verschärfen und auch auf den Versichertenbestand auszuweiten. Ebenso heftig wird die private Versicherungswirtschaft allerdings dafür kämpfen, von einer Anhebung der Versicherungspflichtgrenze gänzlich verschont zu bleiben.

## ■ Kaum finanzieller Handlungsspielraum

Finanzielle Handlungsspielräume gewinnt Ulla Schmidt mit dem erwarteten Vorschaltgesetz und seinem bisher bekannten Eckpunkten nur in sehr bescheidenem Umfang. Das GKV-Defizit für dieses Jahr und die daraus resultierenden Beitragssatzerhöhungen von 0,3 bis 0,4 Prozentpunkten sind kaum mehr zu vermeiden. Die vorgesehenen Entlastungen durch das Vorschaltgesetz sind so gering, dass damit wahrscheinlich nicht einmal die neuen, aus den Hartz-Vorschlägen resultierenden Verschiebepunkte im Bereich der Arbeitsmarktpolitik ausgeglichen werden.

Es ist damit zu rechnen, dass das Vorschaltgesetz noch „nachgebessert“ wird, um weitere Einsparungen zu erzie-

len. Möglicherweise wird es 2 Vorschaltgesetze geben. Es ist daran gedacht, in einem zustimmungspflichtigen Gesetz die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen zu begrenzen.

☛ Wie die Krankenkassenverbände ausrechneten, summieren sich die neuerlichen Verschiebungen auf ca. 1 Mrd. €. Es handelt sich dabei um die Verminderung des Krankenversicherungsbeitrags von Beziehern von Arbeitslosenhilfe, was mit ca. 700 Mio. € zu Buche schlägt, und die Erhöhung der Umsatzsteuer auf zahntechnische Leistungen von 7 auf 16 Prozent.

Hinzu kommen extrem widrige konjunkturelle Rahmenbedingungen. Wenn das neue Ressort tatsächlich die Lohnnebenkosten wirksam in den Griff bekommen soll – quasi als Auftrag des Bundeskanzlers –, müssen schon in der ersten Jahreshälfte 2003 völlig andere Maßnahmen konzipiert werden, als sie jetzt in der Koalitionsvereinbarung zu finden sind.

## Fazit

Ulla Schmidt tritt ein ausgesprochen schwieriges Erbe an, das sie zu einem großen Teil selber hinterlassen hat. Auf die engen Handlungsspielräume zwischen den eigenen ideologischen Festlegungen und einem unionsdominierten Bundesrat wurde bereits hingewiesen (siehe die letzte Ausgabe von „das Krankenhaus“, Seite 773 f.). Trotz der

# Lehrgang „Qualitätsmanagement“

## Steuerung durch Projektmanagement und Organisationsentwicklung inkl. lizenziertes KTQ®-Training

Der Aufbau von Qualitätsmanagementsystemen und die Realisierung von Qualitätsprojekten im Krankenhaus führt zu umfassenden Veränderungen in der Organisation. Der Lehrgang „Qualitätsmanagement“ richtet sich an QM-Beauftragte, Qualitätsmanager, Mitarbeiter im Qualitätsmanagement und Projektverantwortliche im Krankenhaus und anderen Einrichtungen des Gesundheits- bzw. Sozialbereichs.

### Lehrgangseinheiten

• Einführungsworkshop	1,5 Tage
• Qualitätsmanagementsysteme im Krankenhaus	3 Tage
• Grundlagen des Projektmanagements	3 Tage
• Organisationsentwicklung	3 Tage
• Qualitätswerkzeuge I	3 Tage
• Konfliktmanagement	2,5 Tage
• Prozessmanagement	2,5 Tage
• Qualitätswerkzeuge II	3 Tage
• Lehrgangsabschluss	2 Tage

Zwischen den Lehrgangseinheiten findet Projektsupervision statt (5 Einheiten à 2 Tage).

### Organisatorisches

Der nächste Lehrgang beginnt am 13. Februar 2003 und endet im Juni 2004. Die Teilnehmerzahl begrenzen wir auf 14 Personen.

Während des gesamten Lehrganges sind mindestens immer zwei Trainer/innen anwesend.

### Kosten

Die Lehrgangsgebühren betragen je Teilnehmer 8.200,00 € (für diesen Lehrgang sind wir von der Mehrwertsteuer befreit) zzgl. Übernachtung, Verpflegung und Fahrtkosten für die Teilnehmer/innen.

Fordern Sie unsere ausführliche Lehrgangsbeschreibung an unter

### münster & partner

Krankenhausberatung

Bergstraße 22 • 91456 Diespeck

Fon (0 91 61) 57 59

Fax (0 91 61) 55 83

info@krankenhaus-beratung.com

www-krankenhaus-beratung.com



nach wie vor extrem angespannten Finanzlage der GKV wird sich die Ministerin auf weitere Beitragsminderungen einstellen müssen. Die Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission gilt als ausgemacht; besonders bei den geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen wird die GKV deutlich an Einnahmen verlieren.

Ob die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung mehr Geld in die Kassen der Krankenversicherung spült, muss noch abgewartet werden. Nach der entsprechenden, ausdrücklichen Ankündigung der Ministerin im Wahlkampf sollte die Beitragsbemessung in der GKV unangetastet bleiben; dies setzte eine Abkoppelung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV von der der Rentenversicherung voraus. Sollte dies tatsächlich geschehen, dürfte die Stabilisierung oder gar Absenkung des durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV zumindest kurzfristig äußerst schwierig werden. Ähnlich wie der Finanzminister und manch anderer Kabinettskollege wird Ulla Schmidt mit dem Makel leben müssen – und können –, es im Wahlkampf mit der Wahrheit nicht so genau genommen zu haben. Dagegen darf bezweifelt werden, dass die Ministerin eine weitere Welle von Beitragssatzerhöhungen der Krankenkassen im Sommer nächsten Jahres politisch überstehen kann.

Anschrift der Verfasser:

Gisela Broll/Hartwig Broll/Dr. Andreas Lehr,  
Herausgeber des Gesundheitspolitischen  
Informationsdienstes (gid) und der Zeitschrift  
„Forum für Gesundheitspolitik“,  
Burbacher Straße 52–54, 53129 Bonn ■

## Krankenhaus-Sofortprogramm

# Dringende Rechts- anpassungen für den Krankenhausbereich

## Forderungen der DKG/Kurzfassung

### 1 Ambulante Leistungserbringung bei integrierter Versorgung

Die DKG hat die Regelungen zur integrierten Versorgung im Sinne besserer Versorgungsabläufe begrüßt. Um das Potenzial der sektorübergreifenden Versorgung besser zu nutzen, hält sie jedoch Nachbesserungen im SGB V für notwendig.

Die DKG erachtet die ambulante Leistungserbringung insbesondere für spezialisierte Leistungen durch das Krankenhaus als Partner der integrierten Versorgung für sinnvoll und notwendig.

Es bedarf daher einer dringenden gesetzlichen Klarstellung, dass in der integrierten Versorgung Krankenhäuser einen gesetzlichen Anspruch auf ambulante Leistungserbringung im Sinne einer Institutsambulanz haben.

### 2 Zulassungsanspruch von Kliniken bei DMP

Im Rahmen von Chronikerprogrammen dürfen die Krankenhäuser nicht wie derzeit ausschließlich auf eine stationäre Versorgung beschränkt werden. Dafür spricht das Know-how, die Strukturqualität und die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Die DKG hält es für dringend erforderlich, den Krankenhäusern einen gesetzlichen Zulassungsanspruch für die Erbringung von ambulanten Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) einzuräumen.

Die DKG sieht in der derzeitigen Verknüpfung von DMP und Risikostrukturausgleich (RSA) fatale Anreize für die Kassen, entsprechende Programme vornehmlich aus finanziellen Erwägungen einzurichten. Dies widerspricht dem Sinn der DMP, chronisch Kranken eine qualitativ hochwertigere Behandlung zukommen zu lassen. Die DKG fordert daher eine Entkopplung der DMP vom RSA.

### 3 Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen

Das seit 1994 geltende Arbeitszeitgesetz beinhaltet eine Fülle von Regelungen zum Arbeitsschutz, die nicht ohne Kostenwirkung umzusetzen sind. Im Zuge strafferer Budgets blieb jedoch eine Refinanzierung aus. Auch die für 2003 vorgesehenen 100 Mio. € für alle Krankenhäuser sind nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Der „Scheinbetrag“ zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen muss zudem für 2004 an anderer Stelle vom Krankenhaus eingepart werden und ist somit für eine tragfähige Personalplanung unbrauchbar. Die Folge: Arztstellen können nicht besetzt werden. Dramatisch betroffen sind insbesondere die Kliniken in den neuen Bundesländern.

Die DKG fordert eine zusätzliche, nachhaltige und angemessene Mittelbereitstellung für die Verbesserungen der Arbeitszeitbedingungen im Krankenhaus.

Die DKG fordert das Bundesgesundheitsministerium zudem auf, die im März 2002 angekündigte Auswertung innovativer Arbeitszeitmodelle im Hinblick auf finanzielle Auswirkungen durchzuführen.

### 4 Refinanzierung der Personalkosten

Mit über 70 Prozent Personalkostenanteil gehören Krankenhäuser zu den personalintensivsten Dienstleistungsunternehmen. Tarifierhöhungen im Rahmen des BAT werden dagegen nur zu einem Drittel im Krankenhaus-Budget berücksichtigt. Dies führt seit Jahren zu einem Auseinanderklaffen von Budget und Kosten (BAT-Schere). Das Resultat: Tariffucht, unzureichende Personalausstattung und zunehmende Arbeitsbelastung.

Die DKG fordert eine vollständige Refinanzierung der linearen BAT-Erhöhungen. Zudem sind Auswirkungen

struktureller Tarifierhöhungen – etwa der Zusatzversorgung – zu berücksichtigen. Die Krankenhäuser müssen künftig tariflich bedingte Ansprüche erfüllen und den Mitarbeitern adäquate Arbeitsbedingungen bieten können.

## 5 Moderaterer Zeitplan der DRG-Einführung

Die DKG unterstützt die Absicht, das DRG-System schrittweise einzuführen, hält eine zweijährige Konvergenzphase allerdings vor dem Hintergrund der Erfahrungen anderer Länder für zu kurz. Sie kritisiert, dass das Fallpauschalengesetz nicht den Willen der gemeinsamen Selbstverwaltung aufgreift. Diese hatte sich bereits am 27. Juni 2000 vertraglich auf eine mindestens dreijährige Konvergenzphase geeinigt.

Die DKG fordert, das DRG-System erst nach 4 Anpassungsschritten frühestens ab 1. Januar 2008 mit voller Wirkung zur Geltung kommen zu lassen.

## 6 Unbefristete Öffnungsklauseln

Spätestens vom Jahr 2005 an sollen alle Krankenhausleistungen mit dem DRG-System abgebildet werden. Lediglich neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind noch individuell vereinbar. Die DKG hält es für eine politische Illusion, sämtliche Krankenhausleistungen in ein Fallpauschalen-System zwingen zu wollen. Strukturelle Fehlentwicklungen sind damit vorprogrammiert. Bereits heute ist erkennbar, dass zum Beispiel die Geriatrie, die neurologische Frührehabilitation oder die Strahlentherapie nur unzureichend in einem DRG-System berücksichtigt werden können. Andere Länder wie Australien haben daher für Problemfälle auch gesonderte Vergütungen vorgesehen.

Die DKG fordert dringend sachgerechte und unbefristete Öffnungsklauseln für ergänzende Leistungen, die zusätzlich zu vergüten sind. Es ist widersinnig, Öffnungsklauseln auf die budgetneutrale Phase 2003 und 2004 zu beschränken und dann im Jahr 2005, wenn das DRG-System voll zum Tragen kommt, darauf zu verzichten.

Die DKG fordert darüber hinaus eine gesetzliche Regelung, die es den Vertragspartnern auf der Ortsebene ermöglichen, Problembereiche, seltene Erkrankungen und Spezialfälle, die zunächst nicht oder nicht ausreichend über das bundeseinheitliche Fallpauschalensystem abgebildet werden können, auszunehmen und einer krankenhausspezifisch leistungsbezogenen Vergütung zuzuführen.

Die DKG fordert zudem schiedsstellenfähige gesetzliche Ausnahmetatbestände im Sinne des § 6 Absatz 1 Satz 4 BPfIV, die die Finanzierung der DRG-Einführungskosten zusätzlich zum Krankenhausbudget vorsehen.

## 7 Ermittlung des Basisfallwertes auf Landesebene

Die Abkehr von der bisherigen strikten Budgetierung ist für die DKG unverzichtbare Grundlage für die Anwendung des neuen Vergütungssystems. Gleichzeitig bekennt sich die DKG so weit möglich zur Umsetzung der Beitragsatzstabilität als Zielgröße des deutschen DRG-Systems.



medical  
semantic  
network

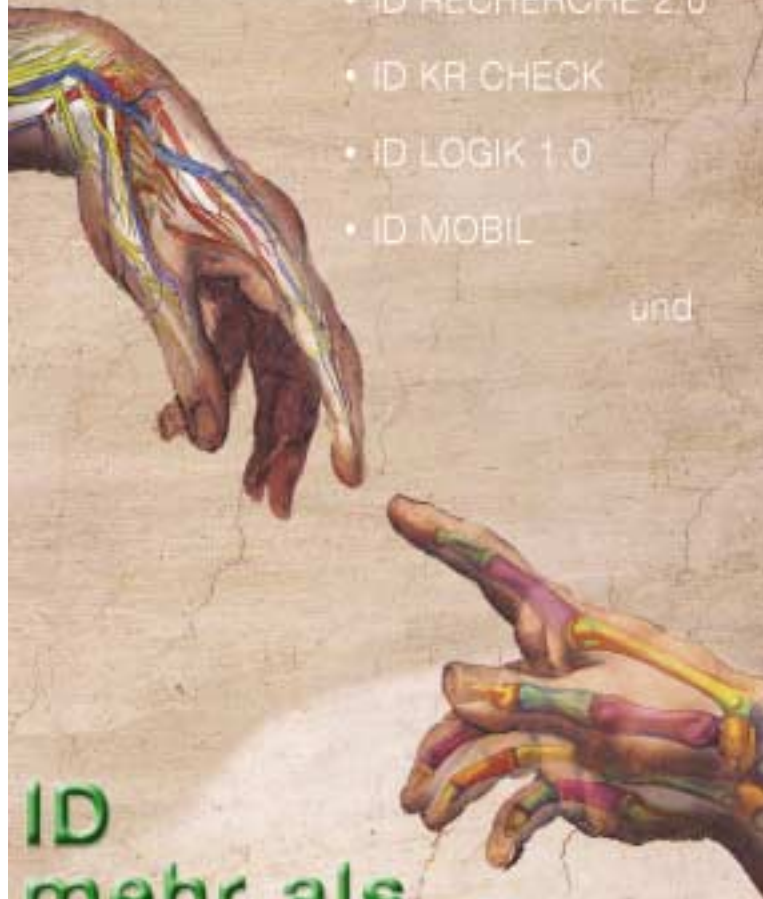
ID MACS™

bereits  
genutzt in

- ID DRG-Groupier
- ID EFIX 1.1
- ID RECHERCHE 2.0
- ID KR CHECK
- ID LOGIK 1.0
- ID MOBIL

und

ID  
mehr als  
DRG-Kompetenz





Fotos: dpa, Mhatsch (2)

**Konfliktpunkte, aber auch Ansätze für einen Konsens mit der Regierung wurden in den ersten Wochen nach der Bundestagswahl sichtbar: Während die DKG in ihrem Krankenhaus-Sofortprogramm am 9. Oktober in Berlin die Aufhebung der Budgetierung im Klinikbereich forderte, kündigte die alte und neue Gesundheits- bzw. Sozialministerin im Vorschaltgesetz weitere Maßnahmen zur Ausgaben-dämpfung an. Die Koalitionsvereinbarung (siehe Auszüge ab Seite 883 in diesem Heft) kommt andererseits mit der Einbeziehung von Gesundheitszentren in die ambulante Versorgung der DKG-Forderung nach einer weiteren Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlung inhaltlich entgegen.**

Die Festlegung des Basisfallwertes darf daher nicht an Bedingungen gekoppelt werden, die eine Quasi-Budgetierung zur Folge haben.

Die DKG fordert, wesentliche Kriterien wie die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt bei der Vereinbarung des Basisfallwertes zu berücksichtigen.

Die DKG fordert mit Nachdruck, anstatt fiktiv unterstellter Wirtschaftlichkeitsreserven ausschließlich tatsächlich eingetretene und objektiv nachweisbare Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Basisfallwertermittlung zu berücksichtigen.

Eine allgemeine Kostenabnahme durch Fallzahlsteigerungen existiert nicht. Diagnosebezogene Kostenveränderungen sind nur im Rahmen der Bewertungsrelationen und keinesfalls bei der Ermittlung des Basisfallwertes zu berücksichtigen. Eine Kollektivhaftung der Krankenhäuser muss ausgeschlossen werden.

## 8 Anpassung der Prüfungskompetenzen des MDK

Die DKG stellt eine ausgeglichene, auf den individuellen Behandlungsfall ausgerichtete Belegungs- und Abrechnungsprüfung nicht in Frage. Das gegenwärtige Konzept führt jedoch infolge seiner einseitigen, allumfassenden Prüfkompetenzen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zu einem monströsen und kaum kontrollierbaren Überwachungsapparat. Die vorgesehenen Rechte des MDK sind vom Grundsatz des Misstrauens und Missbrauchs geprägt. Sie stellen eine nicht zu vertretende Übermaßregelung dar.

Die DKG fordert, verdachtsunabhängige Prüfungen nur im Rahmen von Abrechnungsprüfungen, nicht aber bei Belegungsprüfungen zu ermöglichen.

Der im Gesetz enthaltene Sanktionsmechanismus gegenüber Krankenhäusern, die den Qualitätsbericht nicht fristgerecht veröffentlichen, ist ersatzlos zu streichen. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen ist weder von seiner Aufgabe noch von seiner Qualifikation her ein Instrument der Qualitätssicherung.

Eine Prüfung zu niedriger Abrechnungen durch den MDK darf nicht auf die Jahre 2003 und 2004 begrenzt werden. Die DKG fordert, die einseitig zu Gunsten der Krankenkassen ausgelegte Beschränkung ersatzlos zu streichen.

## 9 Entbürokratisierung des Krankenhauswesens

Ärzte und Schwestern sind zunehmend gezwungen, Zeit für patientenferne Tätigkeiten zu vergeuden, anstatt sich der Krankenversorgung zu widmen. Der Umfang rein administrativer Tätigkeiten wurde mit nahezu jeder gesetzgeberischen Aktivität weiter erhöht. Oft ist die Notwendigkeit zusätzlicher Dokumentation dabei nicht nachvollziehbar.

Die DKG fordert, die zunehmend ausufernden gesetzlichen Vorgaben auf den Prüfstand zu stellen, zu harmonisieren und insgesamt zurückzufahren.

Die DKG schlägt die Einrichtung einer Projektgruppe „Entbürokratisierung des Krankenhauswesens“ unter Beteiligung des BMG vor. ■

## Mehr Qualität und mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

### Auszug aus der Koalitionsvereinbarung der rot-grünen Bundesregierung

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist auch weiter reformbedürftig. Wir wollen das solidarische Gesundheitssystem erhalten. Eine hochstehende medizinische und gesundheitliche Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von Einkommen, sozialer Stellung und Wohnort bleibt unser Ziel. Wir lehnen eine Zweiklassenmedizin ab. Der Wettbewerb um die beste Prävention und Versorgung für die Patientinnen und Patienten ist ein zentrales Anliegen unserer Gesundheitspolitik. Effizienz und Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität sind Voraussetzungen für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems bei stabilen Beiträgen.

Wir werden die Qualität des deutschen Gesundheitswesens weiterentwickeln, die Interessen der Patientinnen und Patienten stärken, die Wirtschaftlichkeit gewährleisten und die Transparenz erhöhen. Beitragssatzstabilität bleibt ein wichtiges Ziel. Wir stellen die Interessen der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt unserer Gesundheitspolitik. Wir stärken den gesundheitlichen Verbraucherschutz und bauen die Beteiligungsrechte aus. Die Solidarität bleibt zentrales Element. Wir sorgen durch die Erhöhung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit für sichere Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung. Erste Maßnahmen zur Beitragssatzstabilisierung werden wir kurzfristig ergreifen (Vorschaltgesetz).

Die Pflegeversicherung bleibt für uns ein wesentlicher ergänzender Zweig einer modernen, auf die Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen ausgerichteten Sozialversicherung. Wir stimmen die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung und die Rehabilitation besser aufeinander ab.

Mutige strukturelle Veränderungen sind die notwendige Voraussetzung, diese Ziele nachhaltig zu erreichen. Der Ausbau der solidarischen Wettbewerbsordnung verbindet Wahlfreiheiten und solidarischen Ausgleich und erhöht Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Mit Fragen der Fortpflanzungs- und Biomedizin werden wir ethisch verantwortlich unter Wahrung der Gewissensfreiheit umgehen.

### ■ Solidarische Finanzierung sichern – Beitragssätze stabilisieren

Wir werden die Solidarität im Gesundheitssystem erhalten, das heißt einen funktions- und leistungsfähigen Ausgleich zwischen Jungen und Alten, zwischen denen, die mit und denen, die ohne Kinder leben und nicht zuletzt die paritätische Finanzierung zwischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern auf der einen und Arbeitgebern auf der anderen Seite. Zur Stärkung der Solidarität und der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung werden wir die Versicherungspflichtgrenze für neue Versicherungsverhältnisse auf das Niveau der Renten- und Arbeitslosenversicherung anheben. Bei der Beitragsbemessungsgrenze gibt es keine Änderungen.

### ■ Wettbewerb verbessern – effektiv steuern

Die gesetzlichen Krankenkassen werden im Rahmen einer Organisationsreform in die Lage versetzt, ihren Beitrag zu einem notwendigen Qualitätswettbewerb zu leisten. Die Organisationen der Leistungserbringer (zum Beispiel die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen)



## 6. Generation

# ID DIACOS

## neue Features

- inhaltsabhängige Verbindung Diagnosen und Prozeduren
- Integration von Trauma II
- intelligente Textsuchstrategie
- ID GROUPE G-DRG V1.0
- alle Module im gleichen Kontext
- Client-Server Technologie
- objektorientierte Datenbank

ID GROUPE G-DRG V1.0  
ohne Zusatzkosten



## ID Medizin statt Bürokratie

werden zu wirksamen Dienstleistern fortentwickelt. Wir stärken die Handlungsmöglichkeiten der Hausärzte innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Im Zusammenwirken von gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern müssen Professionalität, Zielgerichtetheit und zügige Umsetzung garantiert sein. Wir werden entsprechende konfliktauflösende Mechanismen, wie zum Beispiel effektivere Schiedsstellen, installieren, um die Interessen der Versicherten und der Patienten zu wahren. Die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und die Krankenkassen werden in die Lage versetzt, neben den notwendigen kollektiven Verträgen Einzelverträge mit festgelegten Qualitätsniveaus abzuschließen. Der Kontrahierungszwang wird modifiziert. Der Zugang zu den medizinisch notwendigen Leistungen bleibt jedermann wohnortnah offen und die freie Arztwahl gewährleistet. Krankenhäuser, medizinische Zentren und andere Gesundheitsberufe werden in das System der Einzelverträge einbezogen. Der Sicherstellungsauftrag wird entsprechend den veränderten Bedingungen angepasst. Wir werden die Systeme der integrierten Versorgung stärken, eine bessere Abstimmung zwischen stationärem, teilstationärem und ambulantem Bereich ermöglichen und das Honorar- bzw. Entgeltsystem entsprechend ausrichten. In der ambulanten Versorgung können neben den freiberuflichen Ärztinnen und Ärzten Gesundheitszentren zusätzlich tätig werden.

### ■ Leistungen sichern – Qualität nachhaltig steigern

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung muss ein einheitlicher Leistungsanspruch sichergestellt sein. Wir orientieren die Versorgung strikt am medizinisch Notwendigen. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung muss angesichts der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts auf der Basis gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse und unter Sicherung der Therapievelfalt stetig angepasst werden.

Für die Behandlung der großen Volkskrankheiten und die strukturierten Behandlungsprogramme erfolgt die notwendige Qualitätssicherung auf der Basis allgemein anerkannter medizinisch-wissenschaftlicher und pflegerischer Standards. Diese Transparenz versetzt die Patientinnen und Patienten in die Lage, den Behandlungsverlauf selbst mitzugestalten.

Qualität im Gesundheitswesen beginnt mit überprüfbar gut aus- und fortgebildeten Ärztinnen und Ärzten; Gleiches gilt für die übrigen Heilberufe. Die integrierte Versorgung chronischer Krankheiten wird Regelversorgung. Die Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern wird verbessert.

Der Hausarzt wird als „Lotse“ in dem komplexen System moderner Versorgung, Prävention und Rehabilitation tätig werden. Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, Anreiz- und Bonussysteme zu etablieren. Möglichkeiten, unterschiedliche Therapieansätze im Rahmen von Satzungsleistungen zu etablieren, werden geprüft.

Um einen dynamischen Prozess der Fortentwicklung der medizinisch-pflegerischen Standards und der Einbeziehung neuer Erkenntnisse zu gewährleisten, werden wir das „Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin“ einrichten. (...) Die Arzneimittelversorgung wird liberalisiert.

Prävention wird eine eigenständige Säule neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege. Um Prävention angesichts der Vielzahl von verantwortlichen Entscheidungsträgern durchschlagkräftig zu gestalten, wird das „Deutsche Forum für Präven-

tion und Gesundheitsförderung“ sukzessive ausgebaut. Hier werden die Entscheidungen konzentriert, Kampagnen entwickelt und umgesetzt. Einen Schwerpunkt bildet die präventive Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Zur Steigerung der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen werden die entsprechenden Vorschriften in einem Präventionsgesetz zusammengefasst und ergänzt.

### ■ Patientensouveränität stärken – Transparenz erhöhen

Patientenschutz und Patientenrechte werden ausgebaut. Patientinnen und Patienten haben einen legitimen Anspruch auf unabhängige Beratung, objektive Information und auf Anhörung auch bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Wir werden ihre Rechte durch eine Patientencharta und die Einsetzung eines Beauftragten stärken.

Zur Erhöhung der Transparenz und der Sicherung von Wirtschaftlichkeit und Effizienz im System führen wir auf freiwilliger Basis eine Gesundheitskarte ein. Sie soll vor unnötigen Doppeluntersuchungen schützen, unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen schneller erkennen lassen und die Datensicherheit stärken. Sie enthält die Notfalldaten und informiert über erforderliche Vorsorgeuntersuchungen. Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf vollständige Informationen. Deshalb werden wir eine Patientenquittung einführen, mit der die Behandlungen nachvollzogen werden können.

Im Interesse der Patientinnen und Patienten werden die Leistungen und Angebote des Gesundheitssystems alters- und geschlechtsspezifischen Erfordernissen angepasst. Wir wollen eine Neuorientierung im Gesundheitswesen und der medizinischen Forschung im Hinblick auf Frauen. (...)

Die Behandlung von Brustkrebs wird schnellstmöglich an die europäischen Qualitätsstandards angepasst. Deutschland wird ein Mammographie-Screening für Frauen zwischen 50 und 70 Jahren einführen. Die Einrichtung von interdisziplinären Brustkrebszentren und alternativen Vorsorge- und Behandlungsmethoden werden unterstützt.

Wir werden ein Gentest-Gesetz vorlegen, das auf den Prinzipien Freiwilligkeit, Diskriminierungsverbot, Datenhoheit der Patientinnen und Patienten, umfassende Aufklärung und Beratung sowie einem strikten Arztvorbehalt beruht. Die Nutzung der Ergebnisse wird lediglich für individuelle Therapien erlaubt.

Die Versorgungsforschung sowie die Anwendungsforschung zur schnelleren Umsetzung moderner Erkenntnisse im Gesundheitswesen werden wir verstärken.

### ■ Arbeit der Beschäftigten anerkennen und Belastungen vermindern

Die Beschäftigten im Gesundheitswesen brauchen klare Perspektiven. Der Bund wird seinen Beitrag leisten, damit regionale Defizite an Ärztinnen und Ärzten und Pflegepersonal ausgeglichen und unzumutbare Belastungen in Kliniken, Praxen und Pflegediensten vermieden werden. Die Beziehung der Heilberufe untereinander und ihre Kompetenzen werden überprüft.

Die Bundesregierung wird im Rahmen der Europäischen Union ihren Beitrag zur Entwicklung einer europäischen Gesundheitspolitik der Zukunft leisten, die den Interessen der Menschen nach Mobilität und der unbürokratischen Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen auf Reisen und bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung entspricht. ■