

Ferdinand Rau

Start in die Konvergenzphase auf Kompromissweg

Vermittlungsausschuss erzielt Einigung zum 2. FPÄndG

Bei der Kompromissuche zwischen Bundesrat und Bundestag ist im Vermittlungsverfahren eine Einigung zum Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) gelungen. Bundestag und Bundesrat haben dem Ergebnis am 25. und 26. November 2004 einstimmig zugestimmt. Wie von den Ländern und der DKG gefordert, wird die Konvergenzphase um ein weiteres Jahr bis zum 1. Januar 2009 verlängert. Eine Obergrenze für konvergenzbedingte Budgetminderungen wird höher als gefordert und mit progressivem Verlauf eingeführt. Trotz der noch behutsameren Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für Krankenhäuser, deren Budgets mit dem neuen Entgeltsystem unter erhöhtem Effizienzdruck stehen, müssen sich vor allem Krankenhäuser der Maximalversorgung grundsätzlich der verstärkten Optimierung der Ablauf- und Aufbauorganisation stellen. Die beschlossenen Änderungen des 2. FPÄndG, die den beherrschenden Diskussionsgegenstand beim 27. Deutschen Krankenhaus-tag in Düsseldorf darstellten, werden im Folgenden vorgestellt.

Das zentrale Thema für das Vermittlungsverfahren war die Modifizierung der Konvergenzbedingungen. Zwischen der bisherigen Lösung des 2. FPÄndG und den Forderungen des Bundesrats musste ein Kompromiss gefunden werden. Anzustreben war dabei ein Ausgleich zwischen den Interessen insbesondere der Universitätsklinik und der Krankenhäuser der Maximalversorgung einerseits, die Verluste vermeiden wollen, die durch eine nicht hinreichend leistungsorientierte Abbildung des Fallpauschalensystems bedingt sind, und andererseits den Interessen der Krankenhäuser, die konvergenzbedingte Budgetaufstockungen erwarten. Letzteres sind insbesondere Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Inwieweit dieser Interessenausgleich mit dem 2. FPÄndG akzeptabel gelungen ist, wird jeder Krankenhausträger aus seiner eigenen Warte jeweils unterschiedlich beurteilen. Im Sinne einer breiten politischen Akzeptanz für den weiteren DRG-Einführungsprozess ist das Einigungsergebnis zwischen Bundestag und Bundesrat jedoch sicherlich von großer Bedeutung.

Modifizierung der Konvergenzbedingungen

Wie vom Bundesrat gefordert, wird eine Obergrenze (Kapazitätsgrenze) zur Begrenzung konvergenzbedingter Verluste eingeführt und die Konvergenzphase um ein weiteres Jahr verlängert. Der Einstiegswinkel für die Konvergenz (15 Prozent statt der geforderten 10 Prozent) wird jedoch, wie im 2. FPÄndG vorgesehen, beibehalten. Die Obergrenze und damit die nicht für die Mittelumverteilung verfügbaren Gelder konnten auf einen progressiv steigenden Betrag (statt der geforderten durchgängigen 1 Prozent-

Obergrenze) angehoben werden. Das Ziel, den Konvergenzprozess als endlichen Prozess mit klarem Endpunkt anzulegen, bleibt unverändert bestehen. Eine Konvergenzphase, die wegen der Geltung einer Obergrenze für einige Krankenhäuser nachhaltig länger ausfällt und ggf. sogar die 10-Jahres-Grenze überschreitet, wurde abgelehnt.

Im Einzelnen wurden folgende Änderungen der Konvergenzbedingungen beschlossen:

- Verlängerung der Konvergenzdauer um ein weiteres Jahr bis zum 1. Januar 2009.
- Unter Beibehaltung des Einstiegswinkels von 15 Prozent im Jahr 2005 erfolgt die weitere Abflachung der Konvergenzquoten auf jeweils 20 Prozent in den Jahren 2006 bis 2008 und 25 Prozent zum 1. Januar 2009.
- Konvergenzbedingte Budgetminderungen werden nur insofern umgesetzt, als nicht eine budgetbezogene Obergrenze überschritten wird. Um die bei einem noch nicht hinreichend leistungsorientierten DRG-Fallpauschalenkatalog bestehende Gefahr ungerechtfertigter Budgetminderungen in den Anfangsjahren zu vermindern, wurde im Vermittlungsverfahren eine sukzessiv ansteigende Obergrenze vereinbart. Die Höhe der Obergrenze liegt im Jahr 2005 bei 1 Prozent, im Jahr 2006 bei 1,5 Prozent, im Jahr 2007 bei 2 Prozent, im Jahr 2008 bei 2,5 Prozent und im Jahr 2009 bei 3 Prozent des veränderten Ausgangswerts für das Budget des jeweiligen Verhandlungsjahrs. Die Regelung begrenzt nicht nur bei Universitätskliniken, sondern grundsätzlich bei Krankenhäusern aller Versorgungsstufen, das heißt auch bei Krankenhäusern der Maximalversorgung und spezialisierten Krankenhäusern, den Anpassungsbedarf auf zumutbare Größenordnungen und vermeidet Überforderungen. Eine Obergrenze für konvergenzbedingte Budgetzuwächse wird nicht eingeführt.
- Bei der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts ist das insgesamt jenseits der Obergrenze im Land liegende Geldvolumen abzuziehen, da es sich um Gelder handelt, die wegen der Obergrenze nicht umverteilt werden. Im Ergebnis vermindern sich der landesweite Basisfallwert und über den Weg verminderter Zielbudgets in der Folge für Krankenhäuser, die konvergenzbedingte Budgetzuwächse erwarten, deren Möglichkeiten zur Budgetaufstockung.
- Durch die Verlängerung der Konvergenzphase müssen auch die Finanzierungsquoten zur Berücksichtigung zusätzlicher und wegfallender Leistungen im Erlösbudget angepasst werden. Die Werte für 2005 (33 Prozent) und 2006 (50 Prozent) werden beibehalten, geändert werden die Quoten für 2007 (65 Prozent), 2008 (80 Prozent) und 2009 (100 Prozent).

Im Ergebnis hat das Vermittlungsverfahren gegenüber der Ausgangsforderung des Bundesrats somit zu einer sukzessiv ansteigenden Obergrenze, zu einer Verlängerung der

Konvergenzphase und mit Ausnahme des Anfangsjahres zu abgeflachten Konvergenzquoten geführt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die geforderte 1-Prozent-Obergrenze wegen der befürchteten finanziellen Auswirkungen für die Landeshaushalte ein Essential für die Länderseite war. Jedoch müssen für die Beurteilung der vereinbarten Obergrenzen nicht nur die Verbesserungen des DRG-Katalogs 2005 berücksichtigt werden, die dieser für die Vergütung aufwändiger Leistungen bringt. Eine statische Betrachtungsweise, die dies nicht berücksichtigt, antizipiert zum Beispiel nicht weitere Verminderungen des Kompressionseffekts, die für die folgenden Jahre noch zu erwarten sind.

Im Zusammenhang mit dem gefundenen Kompromiss ist zudem darauf hinzuweisen, dass sich auch die DKG, ebenso wie der VKD, für eine höhere Obergrenze ausgesprochen haben. Mit dem Kompromissergebnis wird auch ein Schritt in Richtung der Krankenkassenforderung gemacht, die sich für linear verlaufende Konvergenzquoten eingesetzt haben.

Das Vermittlungsverfahren hat ferner zu folgenden Änderungen geführt:

■ **Vollständige Berücksichtigung der Veränderungsrate beim einzelnen Krankenhaus**

Nach der geltenden Rechtslage geht die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen bislang nur in den Zielwert für den landesweiten Basisfallwert ein. Durch den Konvergenzmechanismus würde die Grundlohnrate im Budget des einzelnen Krankenhauses nur anteilig berücksichtigt. Bei einer Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von + 0,38 Prozent im ersten Konvergenzjahr 2005 würde somit beim einzelnen Krankenhaus nur eine Grundlohnratesteigerung in Höhe von + 0,057 Prozent ankommen. Durch § 4 Absatz 4 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG wird nunmehr die vollständige Berücksichtigung im Ausgangsbudget gewährleistet.

In diesem Zusammenhang ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Grundlohnrate ab dem Jahr 2005 nicht mehr die Zuwachsmöglichkeit des einzelnen Krankenhausbudgets vorgibt. Bei der Vereinbarung zusätzlicher Fälle erfolgt künftig keine Beschränkung auf die Veränderungsrate. Die veränderten Budgetausgangswerte der Krankenhäuser können sich somit dynamischer nach oben und unten entwickeln. Die Grundlohnrate bindet über den landesweiten Basisfallwert die Preisentwicklung im Land.

■ **Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts**

Wesentliche Voraussetzung für den Start in die Konvergenzphase, aber auch für den Abschluss von Budgetvereinbarungen für das Jahr 2005, ist die Festlegung von landesweiten Basisfallwerten. Um die erforderliche Vereinbarung der Vertragsparteien auf der Landesebene zu erleichtern, eröffnete bereits der Gesetzentwurf des 2. FPÄndG in § 10 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG die Möglichkeit, Tatbestände, die zum Vereinbarungszeitpunkt noch nicht abschließend vorliegen, zu schätzen und im Folgejahr eine Berichtigung der tatsächlichen Entwicklung vorzunehmen.

Neben der Basisberichtigung hat eine Ausgleichszahlung zu erfolgen.

Es wird ferner klargestellt, dass eine Berichtigung des landesweiten Basisfallwerts, die im Folgejahr wegen einer Fehlschätzung durchzuführen ist, nur bis insgesamt zur Höhe der jeweils im Jahr der Fehlschätzung geltenden Veränderungsrate erfolgen kann (§ 10 Absatz 1 Satz 4 KHEntgG). Einer gezielt späten Berücksichtigung bekannter bzw. abschätzbarer Tatbestände wird damit vorgebeugt. Im Folgejahr ist für die Umsetzung einer Berichtigung mithin in diesem Rahmen eine Überschreitung der Veränderungsrate zulässig (§ 10 Absatz 4 Satz 2 KHEntgG). Dies gilt neben Berichtigungen wegen Fehlschätzungen auch für technisch bedingte Erhöhungen des landesweiten Basisfallwerts, die nicht zu einer Erhöhung des gesamten Ausgabevolumens für Krankenhausleistungen führen. Als technisch bedingt führt das 2. FPÄndG die Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems oder die Abrechnungsregeln als mögliche Ursachen an. Beispielsweise hat die Entwicklung des DRG-Systems 2005 – neben dem Absinken des durchschnittlichen Casemix-Index – zu einem Anstieg der Bezugsgröße, definiert als die normierten mittleren Fallkosten der Inlier gemäß der Kalkulation, von rund 5,1 Prozent geführt.

Wie bereits dargelegt, sind bei der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts die wegen der Obergrenze nicht umverteilten Budgetmittel im Land mindernd zu berücksichtigen. Damit die aufgrund von Notfallabschlägen nicht durch die Krankenkassen verausgabten Mittel weiterhin für die Vergütung von Krankenhausleistungen zur Verfügung stehen, sind diese bei der Ermittlung des landesweiten Basisfallwerts erhöhend zu berücksichtigen (§ 10 Absatz 2 Satz 5 und Absatz 3 Satz 1 Nrn. 6 und 7 KHEntgG).

Es wird klargestellt, dass die für die Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts auf der Landesebene verantwortlichen Vertragsparteien in Konfliktfällen bei Fragen zur Vereinbarung des Landesbasisfallwerts auch die Schiedsstelle anrufen können (§ 13 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG).

Für die bislang nicht ausdrücklich gesetzlich geregelte Frage der Genehmigung des landesweiten Basisfallwerts wird vorgegeben, dass diese von den Vertragsparteien auf der Landesebene beim Land zu beantragen ist (§ 14 Absatz 1 KHEntgG). Die zuständige Landesbehörde hat die Genehmigung innerhalb von 4 Wochen nach dem Eintragseingang zu erteilen, wenn die Vereinbarung den Vorgaben des KHEntgG und sonstigem Recht entspricht. Für Klagen gegen den landesweiten Basisfallwert gilt wie im übrigen Pflegesatzverfahren der Verwaltungsrechtsweg. Klagebefugt sind die Vertragsparteien auf der Landesebene. Eine Klagebefugnis einzelner Krankenhausträger wird ausgeschlossen. Eine Klage hat keine aufschiebende Wirkung. Mit der Regelung wird einer wichtigen Forderung der DKG, aber auch der Krankenkassen entsprochen. Die Vorgabe war nur dadurch möglich, dass im Vermittlungsverfahren erstmals eine Mehrheit für eine Genehmigung durch die Länder zustande kam.

Trotz der dargelegten Verbesserungen der Rahmenbedingungen zur Vereinbarung eines landesweiten Basisfall-

werts ist nicht sichergestellt, dass die zuständigen Vertragsparteien fristgerecht bzw. frühzeitig eine entsprechende Vereinbarung treffen werden. Deshalb wird das BMGS ermächtigt, für das Jahr 2005 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats vorläufige landesweite Basisfallwerte vorzugeben (§ 10 Absatz 8 KHEntgG). Der vorläufige landesweite Basisfallwert wird durch den von den Vertragsparteien auf der Landesebene vereinbarten Wert abgelöst. Sollte in einzelnen Ländern fristgerecht ein landesweiter Basisfallwert vereinbart werden können, besteht kein Bedarf für die Festlegung eines vorläufigen Landesbasisfallwerts. Zum Ausgleich von Abweichungen zwischen dem vorläufigen und dem vereinbarten landesweiten Basisfallwert können Ausgleichsregelungen vorgegeben werden. Für die Vorbereitung der Rechtsverordnung kann das BMGS zudem auf die Unterstützung des DRG-Instituts und auf externe Experten zurückgreifen.

■ Ausbildungsfinanzierung

Die vorgesehene Umstellung der Ausbildungsfinanzierung von Pauschalen auf Richtwerte wird grundsätzlich aufrecht erhalten. Ab dem Jahr 2006 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets auch die Richtwerte zu berücksichtigen. Es ist eine Angleichung der krankenhaushausindividuellen Finanzierungsbeträge an die Richtwerte anzustreben, die sich in der Regel an den Konvergenzquoten zu orientieren hat. Es wird jedoch festgelegt, dass nach Abschluss der Konvergenzphase die auf der Bundesebene vereinbarten Werte zwingend als Pauschalvergütung anzuwenden sind (§ 17 a Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 5 bis 9 KHG).

- Mit § 17 a Absatz 2 Satz 3 KHG besteht für das BMGS unverändert die Möglichkeit, im Rahmen einer Ersatzvornahme Richtwerte bzw. Pauschalen für die Ausbildungsfinanzierung festzulegen. Die entsprechende Klarstellung war wegen der Verlagerung der Regelungstatbestände von § 17 b nach § 17 a KHG erforderlich.

- Ferner wird zur Abrechnungsvereinfachung die Laufzeit des Zinssatzes, der bei ausstehenden Zahlungen an den Ausbildungsfonds zur Anwendung kommt, auf ein halbes Jahr verlängert (§ 17 a Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 KHG).

- Weiterhin wurde beim Thema Ausbildungsfinanzierung die bisher in § 11 Absatz 1 KHEntgG

enthaltene Verpflichtung der Krankenhausträger, den Krankenkassen Nachweise für die Ermittlung des eigenständigen Ausbildungsbudgets vorzulegen, gesondert und detaillierter zum Ausdruck gebracht (§ 17 a Absatz 4 a KHG). Schließlich werden Länder, die bisher einen Ausgleich zwischen ausbildenden und nicht ausbildenden Krankenhäusern auf der Grundlage einer Umlageverordnung vorgenommen haben, ermächtigt, diesen auch im Jahr 2005 durchzuführen (§ 17 a Absatz 9 KHG).

■ Entfristung krankenhaushausindividueller Entgeltvereinbarungen

Mit dem 2. FPÄndG wird die in § 6 Absatz 1 KHEntgG bislang enthaltene Befristung der Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhaushausindividueller Entgelte aufgehoben. Ein solcher Schritt war bereits allein aus vergütungstechni-

WELTPREMIERE! DIE NEUE REVOLUTIONÄRE ROLLE 399 VON RHOMBUS



ERWEITERN SIE IHREN AKTIONSRADIIUS!

Mit der neuen intelligenten Rolle 399 für Kranken- und Pflegebetten stellte RHOMBUS auf der Medica 2004 eine absolute Weltpremiere vor! Sie verbindet auf einzigartige Weise Design, Technik und Komfort. Ein optimales 4fach-Bremssystem und der Einbau eines intelligenten, automatischen Richtungsfeststellers runden das Rollenkonzept ab. Mehr Infos zur Weltpremiere unter www.rhombus-rollen.com.

RHOMBUS 
The power of motion.

schen Gesichtspunkten erforderlich. Auch zukünftig werden voraussichtlich bestimmte Leistungen, zum Beispiel die akute Querschnittlähmung, nicht bundesweit kalkulierbar sein, weil die Pauschalen nicht hinreichend homogen sind. Insofern muss für die jährliche Entwicklung des Entgeltsystems durch die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene auch dauerhaft die Möglichkeit bestehen, krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte auszuweisen, die auf der Bundesebene nicht kalkuliert werden konnten.

Zugleich wird mit diesem über kurz oder lang technisch notwendigen Schritt der Kritik am mutmaßlichen 100-Prozent-Ansatz begegnet. In diesem Zusammenhang ist jedoch ebenfalls darauf hinzuweisen, dass eine 100-Prozentabdeckung auch bisher faktisch nicht gegolten hat bzw. angestrebt wurde. Die oft und gern getätigte Aussage, in Deutschland würde für die DRG-Einführung ein 100-Prozent-Ansatz verfolgt, ist nicht zutreffend. Zutreffender wäre von einem (maximal) 80-Prozent-Ansatz zu sprechen, da folgende Bereiche bereits bisher und auch perspektivisch anderweitig finanziert werden:

- Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und psychotherapeutischen Medizin;
- besondere Einrichtungen, die insgesamt oder als organisatorisch abgrenzbare Einheit von der DRG-Anwendung ausgenommen werden können;
- zusätzlich abrechenbare Zusatzentgelte, zum Beispiel für Medizinprodukte;
- Entgelte für Innovationen, die vor Ort vereinbart werden können;
- nicht-ärztliche Ausbildungskosten (Schulen und Ausbildungsvergütungen);
- Zuschläge zum Beispiel für die Sicherstellung oder Qualitätssicherung;
- Wahlleistungen.
- Für nicht sachgerecht vergütete Leistungen konnten zudem bereits bisher krankenhausesindividuelle Entgeltvereinbarungen nach § 6 Absatz 1 KHEntgG vereinbart werden.

Mit der Änderung wird auch einer entsprechenden Forderung des Bundesrats in der Entschließung zum 1. Fallpauschalenänderungsgesetz Rechnung getragen.

■ Hochspezialisierte Leistungen

Für Krankenhäuser, die stark spezialisierte Leistungen erbringen, besteht oftmals die Problematik, dass die Leistungsart zwar grundsätzlich im DRG-System eingruppiert werden kann, die Besonderheiten aber nicht sachgerecht bei der Abrechnung berücksichtigt werden. Eine nicht sachgerechte Abbildung dieser Leistungen führt zu einem relativ zu niedrigen Casemix der betroffenen Krankenhäuser. Bei adäquater Entgelthöhe wäre in der Folge der durch den Konvergenzmechanismus entstehende Druck zur Budgetminderung geringer bzw. die Möglichkeit zur Budgetsteigerung höher.

Der neue § 6 Absatz 2 a KHEntgG eröffnet deshalb den Vertragspartnern vor Ort in eng begrenzten Ausnahmefäl-

len die Möglichkeit, für hochspezialisierte Leistungen, die nur von sehr wenigen Krankenhäusern in Deutschland mit überregionalem Einzugsgebiet durchgeführt werden, das durch die kalkulierten Fallpauschalen und Zusatzentgelte entstehende Vergütungsergebnis durch die krankenhausesindividuelle Vereinbarung eines gesonderten Zusatzentgelts zu erhöhen. Erreicht wird damit eine Verbesserung der sachgerechten Abbildung und Vergütung dieser Leistungen.

☞ Als Voraussetzung für eine entsprechende Entgeltvereinbarung müssen die Behandlungskosten wegen der Komplexität der Behandlung die vom DRG-Institut kalkulierte Vergütungshöhe mit 50 Prozent wesentlich überschreiten. Zudem muss sich das Krankenhaus an den Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 137 SGB V beteiligen. Sind sich die Vertragsparteien vor Ort nicht einig, ob ein Krankenhaus hochspezialisierte Leistungen erbringt, entscheidet im Konfliktfall die Schiedsstelle. Als mögliches Beispiel für entsprechend hochspezialisierte Leistungen lassen sich große Aneurysmenoperationen nennen.

Nach der Vereinbarung haben die Krankenkassen unter anderem als Beitrag zur Weiterentwicklung des DRG-Systems die Art und die Höhe des Entgelts, einschließlich der Kalkulationsunterlagen, an die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene bzw. an das DRG-Institut zu melden. Im Gegensatz zu den anderen krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelten sind die gesonderten Zusatzentgelte Bestandteil des Erlösbudgets nach § 4 KHEntgG. Der Konvergenzdruck wird gemindert, weil die Berücksichtigung der Entgelte in dem für die Budgetangleichung in der Konvergenzphase maßgeblichen Zielwert erfolgt.

■ Flexibilisierung der Innovationsregelung

Der geltende § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG sieht vor, dass Krankenhäuser bis zum 31. Oktober 2004 eine Information einzuholen haben, ob eine neue Methode mit dem geltenden Fallpauschalenkatalog bereits sachgerecht abgerechnet werden kann. Ist dies nicht der Fall, können vor Ort krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart werden. Die Vergütung innovativer Leistungen erfolgt außerhalb des DRG-Erlösbudgets. Mehr- oder Mindererlösausgleiche oder die Begrenzung des Vergütungsvolumens durch die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen gelten nicht.

Obleich die Krankenhäuser von den Selbstverwaltungspartnern aufgefordert wurden, für innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden fristgerecht einen Antrag an das DRG-Institut zu stellen, konnte für das Jahr 2005 nicht mit einer ergebnisorientierten Klärung der Thematik gerechnet werden. Bislang erzielten die Selbstverwaltungspartner zumindest keine Einigkeit, wie auf der Bundesebene mit den entsprechenden Anfragen letztlich umzugehen ist. Vor diesem Hintergrund wird klarstellend vorgegeben, dass grundsätzlich ab dem 31. Dezember auch ohne die Auskunft der Bundesebene eine Vereinbarung der Vertragsparteien vor Ort möglich ist. Für das Jahr 2005 wird der 31. Januar 2005 als Fristablauf vorgegeben. Voraussetzung ist, dass die Anfrage an die Bundesebene

fristgerecht gestellt wurde. Werden Budgetvereinbarungen erst verspätet während des jeweils laufenden Jahres geschlossen, sind die bis zu diesem Zeitpunkt eingehenden Informationen von den Vertragsparteien vor Ort zu berücksichtigen. Nach erfolgter Entgeltvereinbarung müssen die Krankenkassen vor Ort den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene Art und Höhe des Entgelts melden. Kalkulationsunterlagen und eine ausführliche Beschreibung der Methode sind vorzulegen. Die Vereinbarung von Innovationsentgelten bleibt unverändert schiedsstellenfähig. Im Schiedsstellenverfahren kann eine Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 c SGB V (neue Behandlungsmethoden) eingeholt werden.

■ Notfallabschluss

§ 17 b Absatz 1 KHG sieht Zu- oder Abschläge für Tatbestände vor, die nicht in allen Krankenhäusern vorliegen. Die nicht abschließende Auflistung der entsprechenden Finanzierungstatbestände nennt explizit die Teilnahme an der Notfallversorgung. Die Selbstverwaltungspartner konnten sich jedoch für 2005 unter anderem nicht auf eine Abschlagsgröße einigen. Da nach der relativ allgemeinen Selbstverwaltungsdefinition einer Teilnahme an der Notfallversorgung die Nichtteilnahme eher die Ausnahme als die Regel darstellt, sind in die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen auch größtenteils Kosten der Notfallversorgung eingegangen. Entsprechendes gilt für die Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts. Um zu vermeiden, dass Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, unberechtigt begünstigt werden, ist das DRG-Erlösbudget dieser Krankenhäuser je vollstationärem Fall um einen geprüften Wert in Höhe von 50 € zu mindern. Der von der Kassenseite in diesem Zusammenhang vorgeschlagene Abschlag in Höhe von 5 Prozent des Basisfallwerts erscheint demgegenüber überhöht. Der in der Höhe gesetzlich festgelegte Betrag gilt so lange, bis er durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene oder durch eine Ersatzvornahme des BMGS ersetzt wird. In jedem Fall wären für die sachgerechte Weiterentwicklung des Notfallabschlages empirisch basierte Analysen von Seiten des DRG-Instituts wünschenswert.

■ Vergütung zusätzlicher sachkostenintensiver und schwer planbarer Leistungen

Für die Vergütung zusätzlicher Leistungen unterscheidet das Krankenhausfinanzierungsrecht danach, ob die Leistungen bereits prospektiv bei der Budgetvereinbarung berücksichtigt wurden oder ob sich während des laufenden Kalenderjahres eine Abweichung von der geplanten Art und Anzahl der Leistungen ergibt.

Für prospektiv berücksichtigte zusätzliche (und wegfallende) Leistungen werden als Konsequenz aus den mit dem 2. FPÄndG abgesenkten Konvergenzquoten die Finanzierungsquoten gesondert ausgewiesen (§ 4 Absatz 4 Satz 2 KHEntgG). Ansonsten würde durch den Konvergenzmechanismus die Vergütungshöhe für zusätzliche Leistungen bei zum Beispiel 15 Prozent Einstiegswinkel im Jahr 2005 ebenfalls nur bei nicht akzeptablen 15 Prozent liegen. Deshalb sieht das 2. FPÄndG vor, dass Mehrleistungen im Jahr 2005 unverändert zu 33 Prozent zu vergüten sind. Die

Überleitung auf die Entgelthöhe des Fallpauschalenkataloges findet sukzessive im Rahmen der Konvergenzphase statt. Da zusätzliche Leistungen mit hohen Sachkostenanteilen im Jahr 2005 nur zu 33 Prozent der Entgelthöhe des Fallpauschalenkatalogs finanziert werden, besteht die Gefahr einer nicht hinreichenden Berücksichtigung der Sachkosten. Bei den bundesweit kalkulierten Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte wird deshalb gesetzlich eine Berücksichtigung in voller Entgelthöhe vorgegeben (§ 4 Absatz 4 Satz 5 KHEntgG). Soweit die für zusätzliche Leistungen entstehenden zusätzlichen Kosten mit den gesetzlichen Finanzierungsquoten nicht gedeckt werden können, sind die Vertragsparteien verpflichtet, eine Berücksichtigung in Höhe der zusätzlich entstehenden Kosten zu vereinbaren. Die bisherige Kann-Regelung wurde somit durch eine verbindliche Vereinbarungsvorgabe ersetzt.

☞ Als Beispiele für mögliche Leistungen nennt der Gesetzestext Transplantationen und andere Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil oder die Eröffnung einer größeren organisatorischen Einheit. Die Regelung ist schiedsstellenfähig.

Bei retrospektiv entstandenen Abweichungen von der vereinbarten Art und Anzahl der Leistungen gelten die Mehr- oder Mindererlösausgleiche (§ 4 Absatz 9 Sätze 2, 4 und 5 KHEntgG). Erreicht das Krankenhaus die prospektiv vereinbarten Zusatzentgelte für Arzneimittel und Medikalprodukte in Art und Anzahl letztlich nicht, hat das Haus auf Grund der dementsprechend nicht entstandenen Sachkosten künftig auch keinen Anspruch auf Mindererlösausgleiche für diese Zusatzentgelte.

Wenn gegenüber der Budgetvereinbarung insgesamt Abweichungen eintreten und zusätzliche Leistungen erbracht werden, verbleiben einem Krankenhaus derzeit letztlich 35 Prozent der Entgelthöhe. Auch hier haben die Vertragsparteien vor Ort bislang die Möglichkeit, bei Leistungen mit hohen Sachkostenanteilen abweichende Sätze zu vereinbaren. Zur besseren Berücksichtigung von Leistungen mit hohen Sachkostenanteilen sieht das 2. FPÄndG einerseits vor, dass das Krankenhaus 75 Prozent der zusätzlichen Erlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten vereinnahmen kann. Andererseits sollen die Vertragsparteien vor Ort für Fallpauschalen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil sowie für teure Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder bei Langzeitbeatmung, im Voraus abweichende Mehr- und Mindererlösausgleichsquoten vereinbaren. Auch hier wurde die bisherige Kann-Regelung in eine Soll-Regelung überführt.

Die Differenzierung zwischen der prospektiven Vereinbarung und den Mehrerlösausgleichen ist damit zu begründen, dass die Krankenkassen als Verhandlungspartner in der prospektiven Phase auf die Art der Leistungen und auf das Volumen der Leistungen grundsätzlich Einfluss nehmen können. Als Anreiz für Krankenhäuser für offene und realistische Verhandlungen mit den Krankenkassen erfolgt

die Finanzierung von prospektiv vereinbarten Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte zu 100 Prozent. Da innerhalb des ausgehandelten Budgets auch bei Zusatzentgelten Wirtschaftlichkeitsaspekte bei der Auswahl der Therapien in einem die medizinische Versorgung und das Niveau der Versorgung nicht gefährdenden Umfang zum Tragen kommen sollen, erfolgt beim retrospektiven Ausgleich der Mehrerlöse eine Finanzierung zu „nur“ 75 Prozent.

■ Vorlage von Verhandlungsunterlagen

Die Fallpauschalenkataloge für 2004 und 2005 sind gegenüber dem Vorjahr jeweils weitreichend verändert worden. Ebenso haben sich die Art und die Anzahl der Zusatzentgelte und der nach § 6 KHEntgG krankenhausesindividuell zu verhandelnden Entgelte umfangreich verändert. Zudem ändert sich im Rahmen des lernenden Systems die Zuordnung der Diagnosen und Prozeduren zu den einzelnen Fallpauschalen. Es reicht deshalb nicht mehr aus – wie bisher vorgesehen – von den Ist-Daten des abgelaufenen Kalenderjahrs (zum Beispiel 2003) direkt auf die Verhandlungs- und Vereinbarungsdaten für den Vereinbarungszeitraum (zum Beispiel 2005) überzuleiten. Als Grundlage für die Verhandlungen müssen daher zusätzlich die aktuellere Ist-Daten des laufenden Jahres (zum Beispiel 2004) vorgelegt werden, jeweils gruppiert mit dem Grouper des laufenden Jahres (2004) und dem Grouper des neu zu verhandelnden Pflegesatzzeitraums (2005). Die Abschnitte E1 bis E3 sind deshalb künftig nicht nur für das abgelaufene Kalenderjahr und für den Vereinbarungszeitraum, sondern ebenfalls für das laufende Jahr vorzulegen. Zusätzlich ist in den Abschnitten E1 und E2 die Summe der Überlieger am Jahresbeginn gesondert auszuweisen.

Für die Vereinbarung der krankenhausesindividuellen Entgelte sind in Abschnitt E3.1 künftig auch die vereinbarten Bewertungsrelationen auszuweisen (Spalte 6). Im Übrigen erfolgt aber eine eindeutige Ausrichtung auf die Ermittlung von Eurobeträgen, da bei der Ermittlung des Erlösbudgets in Abschnitt B2 für die krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte ein Erlösvolumen einzutragen ist. Abschnitt E3.2 ist künftig auch bei der krankenhausesindividuellen Vereinbarung von gesonderten Zusatzentgelten für hochspezialisierte Leistungen nach § 6 Absatz 2 a KHEntgG auszufüllen und vorzulegen. Im Spaltentitel zu Spalte 1 des Abschnitts E3.3 wird klargestellt, dass tagesbezogene Entgelte nur bei Anwendung des § 6 Absatz 1 KHEntgG krankenhausesindividuell vereinbart werden können, also nur wenn entsprechende Entgelte für nicht sachgerecht vergütete Leistungen oder bei besonderen Einrichtungen verhandelt werden. Für Innovationsentgelte sind krankenhausesindividuelle Fallpauschalen oder Zusatzentgelte zu vereinbaren.

Für die Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Entgelten werden zudem die Vorgaben für die Vorlage von Verhandlungsunterlagen neu gefasst. Krankenhäuser, die einen geringen Anteil von krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Leistungen haben, die vom DRG-Institut nicht kalkuliert werden konnten, werden von der Vorlage von Verhandlungsunterlagen entlastet. Gesetzlich wird klarge-

stellt, dass sie keine komplette Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach der BpflV vorzulegen haben (§ 6 Absatz 3 KHEntgG).

In Abschnitt B2 zur Vereinbarung des Erlösbudgets und des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts werden Veränderungen umgesetzt, die sich aus der Verlängerung der Konvergenzphase und aus der Einführung einer Obergrenze ergeben. Änderungen wurden ferner für die krankenhausesindividuelle Berücksichtigung von Leistungsveränderungen, für die BAT-Ost-West-Angleichungen und für die Veränderungsrate nach § 71 SGB V vorgenommen. Zudem werden Änderungen auf Grund der in § 17 a KHG veränderten Ausgliederung der Ausbildungsstätten aus dem Krankenhausbudget durchgeführt.

Anders als bei der BpflV ist beim KHEntgG für Änderungen der Verhandlungsunterlagen immer ein Gesetzgebungsverfahren erforderlich. Um künftig erforderliche Anpassungen der Verhandlungsunterlagen unterhalb der Schwelle eines Gesetzgebungsverfahrens durchführen zu können, wurde eine Verordnungsermächtigung für das BMGS eingeführt, wonach die vorzulegenden Verhandlungsunterlagen mit Zustimmung des Bundesrats geändert werden können (§ 17 b Absatz 7 a KHG).

■ Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG

Eine der Forderungen des Bundesrats erstreckte sich auch darauf, dass Krankenhäuser, deren Versorgungsauftrag nach Standorten differenziert ist, bei der Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG neben ihrem Institutionskennzeichen zukünftig auch noch ein Standortkennzeichen zu übermitteln haben (§ 21 Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe b KHEntgG). Konkret ist hier an Zusammenschlüsse von einzelnen Krankenhäusern zu einem großen Krankenhausunternehmen (etwa Vivantes Berlin, LBK Hamburg) zu denken. Trotz unterschiedlicher Standorte werden derzeit zum Beispiel statistische Informationen nur noch für den gesamten Konzern übermittelt. Für Zwecke der Krankenhausplanung wird aber eine standortbezogene Abbildung des Leistungsgeschehens als notwendig erachtet. Dies wird durch die zusätzliche Übermittlung eines Standortkennzeichens wieder möglich.

Um aussagefähige Einzugsgebietsstatistiken erstellen zu können, haben die Länder ferner die ungekürzte Übermittlung der Postleitzahl des Patientenwohnorts gefordert. Aufgrund der aus datenschutzrechtlichen Überlegungen bisher vorgenommenen Kürzung um die beiden letzten Ziffern ist keine eindeutige Zuordnung der Patientenwohnorte nach Landkreisen oder nach Ländern möglich. Die Aussage- und Auswertungsmöglichkeiten der DRG-Daten für die Länder seien dadurch erheblich gemindert. Damit aus datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten kein Bezug zu einzelnen Personen hergestellt werden kann, musste aber die Vorgabe gemacht werden, dass von den Ländern nur bestimmte Merkmale verbunden werden dürfen (§ 21 Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe d und Absatz 3 Satz 8 KHEntgG). Die Merkmale Postleitzahl, Patientenzahl und Fachabteilung dürfen nur mit den Merkmalen DRG-Fallpauschalen, Hauptdiagnose oder Prozedur verbunden werden.

Nicht entsprochen wurde hingegen der Bundesratsforderung, das DRG-Institut solle für die Länder eine Software zur Auswertung der DRG-Daten erstellen. Bereits bislang erhalten die Länder für Zwecke der Krankenhausplanung Daten nach § 21 KHEntgG. Die Forderung war abzulehnen, damit keine Überwälzung der Kosten auf das durch den DRG-Systemzuschlag finanzierte DRG-Institut und damit eine Finanzierung durch die Versichertengemeinschaft erfolgt.

■ Weitere Änderungen

Neben den genannten Änderungen wurden folgende Gesetzesänderungen vom Vermittlungsausschuss beschlossen:

- Da auch ohne Ersatzvornahme für das BMGS Bedarf für Auskünfte des DRG-Instituts zum Entwicklungsstand des Vergütungssystems, zu einzelnen Entgelten sowie zu Problembereichen und möglichen Alternativen besteht, wird die Rechtsgrundlage für Auskünfte des DRG-Instituts auch für den Fall der Einigung der Selbstverwaltungspartner bei der Systementwicklung geschaffen (§ 17 b Absatz 7 Satz 5 KHG).
- Es wird klargestellt, dass bei der Ermittlung des Erlösbudgets die Basisberichtigung, zum Beispiel für die 2005 umsetzbare BAT-Berichtigungsrate aus dem Jahr 2004, vorzunehmen ist (§ 4 Absatz 2 Satz 1 erster Halbsatz KHEntgG). Die mit einem Berichtigungstatbestand ebenfalls verbundene Ausgleichszahlung ist bei der Berechnung des Basisfallwerts zu berücksichtigen (§ 4 Absatz 7 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG).
- Die aus systematischen Gründen in § 17 a Absatz 3 KHG verlagerte Vorschrift zur Berücksichtigung der Mehrkosten aufgrund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege wird im Krankenhausentgeltgesetz gestrichen (§ 4 Absatz 7 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG). Damit wird sichergestellt, dass keine doppelte Berücksichtigung erfolgt.

Ausblick

Das Vermittlungsergebnis stärkt die Akzeptanz der DRG-Einführung und bringt Planungssicherheit für die Krankenhäuser. Die umfassende Zustimmung beider Kammern bietet die Chance, die politische Akzeptanz für den weiteren DRG-Einführungsprozess zu verbreitern. Angesichts der erwarteten und im Hinblick auf mehr Transparenz, Qualität und Wirtschaftlichkeit auch gewollten strukturellen Veränderungen im Krankenhausbereich ist eine weitreichende Akzeptanz der damit einhergehenden Änderungen und Umbrüche von besonderem Interesse.

Mit dem Vermittlungsergebnis zum 2. FPÄndG gewinnen die Krankenhäuser auch Planungssicherheit über die Ausgestaltung der Konvergenzphase. Maßgeblichen Einfluss auf die Höhe der krankenhausesindividuellen Erlössituation hat jedoch auch die Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts durch die Vertragsparteien auf der Landesebene. Die Höhe des Basisfallwerts in den einzelnen Bundesländern ist bislang noch offen. Zwar werden mit dem 2. FPÄndG die Rahmenbedingungen für eine fristgerechte

Einigung auf der Landesebene verbessert. Die Festlegung vorläufiger landesweiter Basisfallwerte durch Rechtsverordnung ist zusätzlich ein wichtiger Beitrag, um zu vermeiden, dass Krankenhäuser durch eine ausstehende Vereinbarung auf der Landesebene keine Budgetvereinbarungen treffen können. Beide Schritte sind als notwendig anzusehen. Sie sind jedoch keine hinreichende Voraussetzung für zeitnahe Budgetabschlüsse. Vielmehr ist auch an die Vertragsparteien vor Ort zu appellieren, bald Budgetverhandlungen aufzunehmen. Gesetzlich ist dies bereits entsprechend geregelt. Beide Vertragsseiten müssen dies aber auch entsprechend anwenden.

Für Krankenhäuser ohne geltende Budgetvereinbarung für das Jahr 2005 zeichnet sich die Gefahr ernsthafter Liquiditätsprobleme ab. Die Problematik entsteht durch im Durchschnitt abgesenkte Casemix-Indizes, die sich im Zusammenhang mit dem DRG-Katalog 2005 ergeben, sowie durch die bis zum Budgetabschluss erfolgende Abrechnung der niedrigeren Basisfallwerte 2004. Die Selbstverwaltungspartner sollten in diesem Zusammenhang eine Anpassung der für das Jahr 2005 vereinbarten Abrechnungsregeln prüfen. Diese sehen in § 10 Absatz 1 Satz 2 vor, dass der bisherige krankenhausesindividuelle Basisfallwert bis zum Zeitpunkt einer Budgetvereinbarung unverändert abzurechnen ist. Trotz der von 2004 auf 2005 erfolgenden Katalogveränderungen ist eine Kompensation der bis zur Budgetvereinbarung möglicherweise eintretenden Liquiditätsprobleme in der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner bislang nicht vorgesehen. Eine ungerechtfertigte zusätzliche Belastung der Liquiditätssituation der Krankenhäuser, die auch zu einer Gefährdung der Patientenversorgung führen könnte, sollte dringend vermieden werden.

Anschrift des Verfassers:

Ferdinand Rau, c/o Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 53108 Bonn ■

DKG begrüßt „überzeugendes Vermittlungsergebnis“

DKG-Präsident Wolfgang Pföhler hat das am 26. November 2004 beschlossene Gesetz zur „Scharfschaltung“ der Fallpauschalen als Grundlage für eine verantwortungsvolle Patientenversorgung in den Krankenhäusern und als „überzeugendes Vermittlungsergebnis“ begrüßt. Die Kliniken hätten jetzt „Planungssicherheit, um die notwendigen Vorbereitungen für das DRG-System im kommenden Jahr zu treffen“. In weiten Teilen seien die Vorschläge der DKG aufgegriffen worden. Die in dem Vermittlungsergebnis eingebauten Sicherungen verhinderten, dass es zu Verwerfungen insbesondere in der Hochleistungsmedizin komme. In einem Pressegespräch lobte DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers die sich immer deutlicher abzeichnende Verabschiedung von der Vorstellung, in einem DRG-System könne das gesamte Gesundheitswesen abgebildet werden. Die DKG habe letztlich mit ihren „konkreten Vorschlägen“ Erfolg gehabt. Bis zum Ende der Konvergenzphase, die er als eine „intensive Beobachtungsphase“ bezeichnete, werde es noch zahlreiche Korrekturen am DRG-System geben.

Die Resonanz auf den 27. Deutschen Krankenhaustag war durchweg positiv. Knapp 2 000 Besucher erörterten an 3 Tagen die wichtigsten Facetten der Strukturreform im Gesundheitswesen. Unter dem Generalthema „Wirtschaftsfaktor Gesundheit“ gelang es, mit einer Kombination aus gesundheitspolitischer und praxisorientierter Ausrichtung die verschiedenen Berufsgruppen zusammenzuführen und zu informieren, so das Fazit von Kongresspräsident Heinz Költing. Der 28. Deutsche Krankenhaustag findet vom 16. bis 19. November 2005 erneut in Düsseldorf im Rahmen Medica statt.

Sowohl bei der Eröffnung des Krankenhaustags am 25. November (siehe Fotos unten) als auch am 2. Kongresstag standen die aktuelle politische Entwicklung zusammen mit dem neuen Vergütungssystem und seinen Auswirkungen für den Krankenhausbereich im Zentrum des Interesses der Kongressteilnehmer. Wichtige praktische Fragen der Krankenhäuser vermischten sich mit der Themenstellung einer „Vision 2010“, um die es bei der Eröffnungsveranstaltung ging. Während die DKG, der VKD und Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder vom BMGS den gefundenen Kompromiss zum 2. FPÄndG begrüßten, erwartete AOK-Vorstandschef Dr. Hans-Jürgen Ahrens infolge der gesetzlichen Änderungen „anstatt einer frischen Brise nur ein laues Lüftchen“ für den Krankenhausmarkt. Krankenhausvertreter warnten vor einer trügerischer Sicherheit. Die Stunde der Wahrheit werde unweigerlich kommen, mahnte Dr. Rudolf Hartwig, Geschäftsführer des Krupp-Krankenhauses Essen. Für jede Klinik sei es an der Zeit, eigene Konzepte zu erarbeiten und Verhandlungen mit den Krankenkassen konkret vorzubereiten. DKG-Geschäftsführer Dr. Peter Steiner wies in seiner Bilanz des 2. FPÄndG darauf hin, dass der Weg in das DRG-System nun „unumkehrbar“ geworden sei. Bayerns Staatsministerin Christa Stewens kündigte ein 3. und 4. FPÄndG an. Weitere Bereiche, etwa die Kindermedizin, müssten von dem DRG-System ausgenommen werden. Die vorgesehenen Einheitspreise seien nicht zu halten. Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach warnte dagegen vor Dumpingpreisen und Qualitätsverfall, wie sie teilweise in den USA zu beobachten seien. Entscheidend sei die Transparenz der Qualitätsunterschiede, auch um zu verhindern, „dass die Falschen aus dem Wettbewerb ausscheiden“.

Weitere zentrale Diskussionen des Krankenhaustages behandelten unter anderem „Zwischenbilanzen“ der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der

Praxis der Integrierten Versorgung, ebenso den Stellenwert der Qualitätssicherung. In der Qualitätssicherung liegt der Fokus auf der Entwicklung sektorübergreifender Qualitätskriterien, auf der Erhebung und Verarbeitung valider Daten sowie dem Aufbau einer übergreifenden Dateninfrastruktur. Über die bisherigen Ergebnisse der Integrierten Versorgung wurde ein gemischtes Fazit gezogen. Wilfried Jacobs, Chef der AOK-Rheinland, monierte zwar, dass in mancher Offerte „alter Wein in neuen Schläuchen“ geboten werde, sah jedoch die Krankenhäuser als „Nukleus“ einer Entwicklung der Integrierten Versorgung mit guten Zukunftsaussichten. Im Rahmen des Ecclesia-Forums zum G-BA betonte dessen Leiter, Dr. Rainer Hess, die Zielsetzung einer gestärkten Qualität und Wirtschaftlichkeit bei „immanenter Streitkultur“. Die Mindestmengenfestlegung sei „eine Frage der Evidenz“. VdAK-Vorstand Dr. Werner Gerdemann sieht die „Erwartungen der GKV“ in dem neuen Gremium erfüllt. Auf der Seite der Leistungserbringer kritisierte Dr. Nicole Schlottmann von der DKG die zunehmende Bürokratisierung der Arbeit. Mehr als 130 Sitzungen habe in den vergangenen Monaten allein der stationäre Bereich im G-BA zu bewältigen gehabt.

■ Medica: Der Mega-Anziehungspunkt der Medizinbranche

Während in vielen Diskussionen der Gesundheitspolitiker nach wie vor die „Kosten“ des Gesundheitswesens im Fokus stehen, zeigten Medica und ComPaMED erneut vor allem eins: Mit Gesundheit kann Geld verdient werden. 136 000 Fachbesucher, darunter 38 Prozent aus dem Ausland, informierten sich über die neuesten Produkte, Dienstleistungen und Verfahren von insgesamt 4 300 Ausstellern. Vom „offenen“ Kernspin- sowie Computertomographen über die neuesten Ultraschallgeräte und die modernste Krankenhausausrüstung bis zu den vielfältigen Kommunikationslösungen der IT-Branche präsentierte die Messe eine enorme Bandbreite von Entwicklungen. Das Angebot der Medica einschließlich Krankenhaustag und Medica-Kongress umfasste 1 315 Vorträge, Seminare und Workshops mit 880 Referenten. Die Besucher mussten sich erst einmal anhand des dicken Medica-Katalogs einen „Überblick“ verschaffen und dann knallhart selektieren, bevor sie sich dem Messetreiben hingeben konnten.

Dipl.-Volkswirt Peter Ossen
Chefredakteur ■



Foto: Jokišch



Foto: Citoler