

## Editorial



### Brüssel – Berlin

Die DRG-Einführung läuft. Mit dem 2. FPÄndG wurden wesentliche Begleitschritte bis 2010 fixiert. Bis zur regulären Wahl war im Jahr 2006 nicht mehr mit entscheidenden großen Gesetzen zur Gesundheitspolitik zu rechnen. Vom 22. auf den 23. Mai 2005 ist eine neue, überraschende „Gefechtslage“ eingetreten, die darauf abzielt, im September dieses Jahres einen neuen Bundestag zu wählen. Eine vorgezogene Legislaturperiode impliziert auch, dass krankenhauseseitig zu deren Beginn mit ggf. überarbeiteten oder neuen Konzepten anzutreten ist. Vorhersehbar wird in der nächsten Legislaturperiode eine Finanzierungsreform der GKV auf der politischen Agenda ganz oben stehen; daneben dürften bestimmte andere Themenstellungen erneut aufgegriffen und fortentwickelt werden, zum Beispiel mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen und das Für und Wider einer weiteren Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlung. Die verbleibende Zeit bis zur Wahl ist denkbar kurz und muss genutzt werden. Was soll aus Krankenhaussicht erreicht werden?

Der Gesundheitssektor wird ein nicht unwesentlicher Teil des beginnenden Wahlkampfes sein. „Bürgerversicherung kontra Kopfpauschale“ ist einer der primären politischen Streitpunkte. Bedeutung wird auch die Frage gewinnen, ob bestehende Versorgungsstrukturen fortgeführt und/oder andere Elemente zugelassen bzw. bestehende erweitert werden. Dies kann und wird am Beispiel der Integrationsversorgung deutlich zu Tage treten. Gibt es eine Fortführung der bisherigen Finanzierung über 2006 hinaus? Wie steht es mit einer offeneren Leistungserbringung durch die Krankenhäuser, in welchem Maße werden die Instrumente der letzten Gesundheitsreform weiter verfolgt?

Auf der „Wunschliste“ der Kliniken steht natürlich auch die Änderung des Arbeitszeitgesetzes; bekanntlich endet die Übergangsfrist am 31. Dezember 2005. Angesichts der geänderten Ausgangsposition ist mit einer gesetzlichen Neuregelung weniger denn je zu rechnen. Das heißt: Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit. Die entscheidende Frage ist: Woher soll das zusätzliche Personal kommen und woher das nötige Geld? Eine kostenneutrale Umsetzung ist nicht möglich. Der einfachste systemgerechte Schritt wäre eine Verlängerung der Übergangsfrist, da eine Änderung des Arbeitszeitgesetzes nicht ohne Blick auf die EU möglich ist. Bislang wurde der Ball nach Brüssel gespielt. Ohne eine neue europäische Arbeitszeitrichtlinie keine Änderung des deutschen Arbeitszeitgesetzes – so ist die Schrittfolge.

Der Zeitrahmen für eine neue EU-Arbeitszeitrichtlinie ist zurzeit mehr als nebulös. Der Vorschlag der EU-Kommission lautet bekanntlich: Inaktive Zeit während des Bereitschaftsdienstes ist keine Arbeitszeit. Das EU-Parlament konterte: Bereitschaftsdienst soll Arbeitszeit bleiben. Jetzt ist der Rat gefordert. Ver-

mutlich Anfang Juni 2005 wird es einen „Rückpass“ und weitere Diskussionen geben. Ob die Entscheidung mit oder ohne „Opt-out“ fällt, beinhaltet national und im Rahmen der EU gewaltige Dimensionen. Bekanntlich ist nicht nur der Krankenhaussektor von der Arbeitszeitrichtlinie betroffen, sondern auch andere wichtige Bereiche wie Feuerwehr etc.

Die Thematik Arbeitszeit ist, da sie Teil des beruflichen Alltags ist, handfest und greifbar, aber auch weitere europäische Vorhaben sind für den Gesundheitsbereich von großem Interesse, etwa die Dienstleistungsrichtlinie und die „OMK“ (Offene Methode der Koordinierung). Hier tut man sich eher schwer, die Relevanz für Deutschland auf den ersten Blick zu erkennen. Zum Thema Dienstleistungsrichtlinie gehören unter anderem die Themen Niederlassungsfreiheit und das Herkunftslandprinzip. Welche Prinzipien gelten für Dienstleistungsmärkte, gehört das Krankenhauswesen dazu? Kann sich jeder in Deutschland niederlassen? Was wird aus den gewachsenen Strukturen der Sicherstellung und der damit zusammenhängenden Bedarfsplanung? Welche Qualitätsstandards gelten bei fremden Dienstleistungen – die des Herkunftslandes oder die jeweiligen nationalen Regelungen?

Nach wie vor werden häufig die Auswirkungen unterschätzt, die sich aus EU-Richtlinien für Deutschland ergeben. Die Pfade der verschiedenen EU-Institutionen sind verschlungen, die Interessenlagen auf europäischer Ebene erscheinen für den Außenstehenden zunächst eher undurchsichtig. Ein Fachkompass reicht schon nicht mehr aus, um sich sicher in Brüssel bewegen und gezielt die eigenen Interessen vertreten zu können. Bereits der Entwurf der so genannten Haftungsrichtlinie für Dienstleistungen drohte in den 90er Jahren das gesamte Haftungsverständnis einschließlich des Versicherungswesens auf den Kopf zu stellen. Schon damals wurde erkannt, dass in Brüssel „investiert“ werden muss, um rechtzeitig mitsteuern und beeinflussen zu können. Dies gilt heute erst recht, ist aber leichter gesagt als getan. Die DKG verstärkt in jüngster Zeit ihre Präsenz und ihre Aktivitäten in Brüssel, sie wird dies gezielt fortführen.

„Lobbyismus“ ist in Berlin eher mit einem negativen Touch belegt, in Brüssel dagegen eher erwünscht und positiv besetzt. Die DKG muss in beiden Hauptstädten ihre Verbesserungskonzepte und den nötigen Änderungsbedarf im Interesse der Kliniken möglichst konkret und an den richtigen Stellen aufzeigen. Wenn die neue Legislaturperiode beginnt, werden die Krankenhäuser nicht im „Bremserhäuschen“ sitzen, sondern versuchen, mit anderen gemeinsam die Weichen zu stellen. Nicht nur in Berlin, auch in Brüssel.

DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers ■