

80. Gesundheitsminister-Konferenz

DKG fordert stabile Rahmenbedingungen für Krankenhäuser

Vor dem Hintergrund der Sitzung der Gesundheitsminister der Bundesländer in Ulm am 4./5. Juli 2007 erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum: „Die Krankenhäuser haben sich seit dem Jahr 2000 in einem revolutionären Prozess auf die Vergütungssystematik nach Fallpauschalen eingestellt. Hierzu mussten intensive personelle und finanzielle Umstrukturierungen vorgenommen werden. Dieser Prozess ist bei weitem noch nicht abgeschlossen. Die Krankenhäuser hoffen nun auf stabile Rahmenbedingungen für den Zeitraum ab 2009. Die derzeitige Diskussion um den Wettbewerb im Krankenhaussektor wird unter falschen Vorzeichen geführt. Wettbewerb im Krankenhaus ist nicht neu. Er wird spätestens seit Einführung der DRG-Fallpauschalen im Krankenhaus um die beste Qualität geführt. Keinen Sinn macht es aber, von Wettbewerb zu sprechen und rabattgesteuerte Preisdrückerei einzelner Krankenkassen – insbesondere solche mit regionaler Marktmacht – zu meinen. Krankenhausleistungen sind komplexe Dienstleistungen und keine frei handelbaren Sachgüter. Die Diskussion um Höchstpreise sollte nun beendet werden. Die DKG begrüßt es, dass ein Großteil der Länder hinsichtlich eines Preiswettbewerbs im Krankenhauswesen eine skeptische Haltung hat. Die Ausnahme zeitlich wählbarer (elektiver) Leistungen mit von einzelnen Krankenkassen erzwingbaren Rabatten würde die Qualität verschlechtern und zu unübersehbaren Brüchen im Versorgungsspektrum sowie der Aus- und Weiterbildung führen. Letztlich würden alle übrigen Leistungen verteuert. Das kann nicht im Interesse einer flächendeckenden Krankenhausversorgung sein, für die die Länder nach wie vor die Verantwortung tragen wollen und müssen. Sollten sich bei der Patientenversorgung Unterschiede beim Leistungsaufwand herausstellen, müssen diese in der Systematik des Fallpauschalensystems abgebildet werden. Die Blinddarmsoperation eines Patienten muss für alle Krankenkassen in gleicher Weise vergütet werden, um eine ruinöse Preisspi-

rale nach unten zu verhindern, unter der am Ende die Patientenversorgung leiden würde.“

GMK-Konferenz ohne Beschlüsse zur Krankenhausfinanzierung

Die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hatte am 12. Juni 2007 gemäß dem Auftrag der Sonderkonferenz der Gesundheitsminister vom 8. März 2007 einen Zwischenbericht zum Thema „Zukunft der Krankenhausversorgung“ vorgelegt. Hierzu wurde zuvor eine Länderumfrage zur Transparenz der Entgeltvereinbarungen in den Ländern sowie zum bundeseinheitlichen Fallwert und zur Anschlussgesetzgebung durchgeführt. Von Beobachtern wurde das Meinungsspektrum der Bundesländer zu diesen und anderen zentralen Fragen als breit und uneinheitlich eingeschätzt. Die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, die baden-württembergische Ressortchefin Monika Stolz (CDU), bestätigte, dass es zum Beispiel hinsichtlich der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen große Meinungsunterschiede gebe. Das Bundesgesundheitsministerium drängte im Streit um die künftige Finanzierung der Krankenhäuser offenbar auf eine rasche Einigung, jedoch ohne kurzfristigen Erfolg. Auf Beschlüsse in der GMK-Sitzung zu diesen Fragen wurde verzichtet.

Ministerin Stolz bekräftigte laut Zeitungsberichten, dass die Krankenhausplanung und -finanzierung in den Händen der Länder bleiben müssten, um eine gute medizinische Versorgung zu sichern. Bis sich die Länder darüber einigen, wie die Zukunft der Krankenhausfinanzierung aussehen solle, werde noch „viel Wasser die Donau hinabfließen“, so Bayerns Gesundheitsministerin Christa Stewens (CSU) nach der GMK-Konferenz.

In ihrer Ansprache zum Jahreskongress des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken am 27. Juni in München

– Anzeige –

Qualitätssicherung

nach § 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V

Wir sind ein im Krankenhaus erfahrenes Team.

Im Rahmen der Qualitätssicherung nach §§ 135 ff. SGB V haben wir uns auf die Erstellung strukturierter Qualitätsberichte nach § 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V spezialisiert. Wir erstellen mit Ihnen und für Sie kurzfristig diese zu veröffentlichenden bedeutsamen Berichte.

C I C GmbH, Wissenschaftspark, Max-Planck-Str. 8,
54296 Trier · Tel. 06 51/9 93 53 70 · Fax 06 51/99 35 37 29
email hjd.cic@gmx.de

hatte Stewens bereits grundsätzliche Auffassungen zur anstehenden Krankenhausreform geäußert. Die Letztverantwortung der Länder für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung wolle sie nicht als bloßen „Programmsatz“ verstanden wissen. Die Länder müssten auch die notwendigen Kompetenzen und Instrumentarien behalten, um dieser Verantwortung gerecht werden zu können. Die Krankenhausversorgung sei „kein Markt wie jeder andere“ und könne „nicht vorrangig von wirtschaftlich-wettbewerblichen Aspekten bestimmt werden“, so Stewens. Die Vorstellung, ein freier Markt könne bei weniger Aufwand eine mindestens gleich gute Versorgung gewährleisten, sei zwar verlockend, aber unrealistisch. Der BDPK strebt einen „offenen und fairen Vertragswettbewerb“ an. Einschränkungen der freien Wahl des Patienten unter den zugelassenen Krankenhäusern lehnt der Verband „konsequent ab“.

Stewens setzte sich bei der Tagung in München mit dem vom Privatklinik-Verband vorgelegten „Modell 21“ auseinander, das laut BDPK-Präsident Karl Heinrich Rehfeld einen „praktikablen, schrittweisen und behutsamen“ Weg zur Umstellung auf die monistische Krankenhausfinanzierung beinhaltet, ohne in die Kompetenzen der Länder einzugreifen. Dennoch kritisierte Stewens die Vorstellung einer möglichen Verteilung der Investitionsmittel über den Gesundheitsfonds bzw. über eine „Clearingstelle“. Dies widerspreche dem Interesse der Länder nach umfassenden Kenntnissen über den stationären Versorgungsbedarf, die Krankenhausstruktur und den Zustand der Krankenhäuser.

Bundesweiter Basisfallwert als „Perspektive“

Im Vorfeld der GMK-Konferenz hatten einige Länder Beschlussvorschläge eingebracht. Zwar kamen die Anträge nicht zur Abstimmung, sie erlauben jedoch ausschnittsweise einen Blick auf den derzeitigen Diskussionsstand und auf mögliche spätere Entwicklungen. So plädierten die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen und Thüringen unter anderem dafür, „perspektivisch“ einen bundesweiten Basisfallwert als Grundlage für das Preissystem zu bilden, wobei zuvor die Erfahrungen mit landesweiten Festpreisen auszuwerten seien. Es bedürfe einer Verlängerung der Übergangsphase, die eine weitere Konvergenz der landeseinheitlichen Basisfallwerte zum Ziel habe.

In der Begründung hierzu führten die genannten Länder aus, dass bestehende Kostenunterschiede in den Ländern insbesondere durch die jeweiligen Versorgungs- und Bevölkerungsstrukturen, aber auch durch unterschiedliche Personal- und Sachkosten begründet seien. Im Falle einer weiteren bundesweiten Anpassung des Basisfallwertes seien daher regionale Versorgungs- und Kostenstrukturen zu berücksichtigen. Hierfür wurden „länderspezifische Zuschläge“ in die Diskussion eingebracht, damit landesspezifische Versorgungsstrukturen erhalten und Krankenhausfachplanungen auf Landesebene möglich bleiben sowie die Wirkung von Preis- und Tarifentwicklungen berücksichtigt werden könnten. Bevor sich an die Konvergenz zu landes-



DKI-Kongress „Erzwingt der Wettbewerb neue Führungsstrukturen im Krankenhaus?“

Am **20. September 2007** führt das Deutsche Krankenhausinstitut in Berlin den Kongress „Erzwingt der Wettbewerb neue Führungsstrukturen im Krankenhaus“

durch. Die von der DKVG und „das Krankenhaus“ mitgetragene Veranstaltung soll einen umfassenden Überblick über die aktuellen und künftigen Führungsstrukturen im Krankenhaus geben. Außerdem wird die Stellung der Medizin im Krankenhaus zwischen ökonomischen Zielen und ethischer Verantwortung beleuchtet.



das Krankenhaus

Vormittags

Begrüßung und Moderation. Dieter Blaßkiewitz, Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft Sachsen, Präsident des DKI-Kuratoriums

Medizin im Krankenhaus zwischen ökonomischen Zielen und ethischer Verantwortung. Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp, Professor für Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg; Gründungsdirektor des Zentrums für Gesundheitsethik, Hannover

Der leitende Krankenhausarzt – aktuelle Konfliktpotenziale und generelle Anforderungen aus Sicht des Krankenhausmanagements. Peter Asché, Geschäftsführer des Klinikums der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH

Der leitende Krankenhausarzt in der wirtschaftlichen Mitverantwortung – ein Bericht aus der Praxis. Dr. Matthias Angrés, Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Albertinen-Krankenhauses, Hamburg

Erfolgsorientierte Anreize für Führungskräfte im Krankenhaus – von der internen Budgetierung zur Profitcenter-Steuerung. Irmtraut Gürkan, Kaufmännische Direktorin des Universitätsklinikums Heidelberg

Nachmittags

Die Rolle der leitenden Krankenhausärzte in der künftigen Krankenhauslandschaft – Status quo und Anforderungsprofil der Zukunft. Prof. Dr. Hans Fred Weiser, Präsident des VLK e.V.

Zukunftsfähige Leitungs- und Organisationsstrukturen in der Pflege – schlanke und effiziente Führungsstruktur im Pflegedienst. Irene Maier, Pflegedirektorin des Universitätsklinikums Essen

Neue Führungsstrukturen – Lösungswege zwischen rationalen Notwendigkeiten und psychologischen Hemmnissen. Prof. Dr. Gundolf Gubernatis, Vorstand Krankenhausversorgung, Reinhard-Nieter-Krankenhaus, Städtische Kliniken gGmbH, Wilhelmshaven, Vorstand DKI

Diskussion mit allen Referenten und dem Auditorium unter der Leitung von Dieter Blaßkiewitz, Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft Sachsen, Präsident des DKI-Kuratoriums

Die Teilnahmegebühr beträgt 290 € einschließlich Kongressunterlagen, Mittagessen und Getränken. Weitere Informationen und Anmeldung bei: Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Hansa Allee 201, 40549 Düsseldorf, Telefon: 02 11/4 70 51-16, Fax: 02 11/4 70 51-19 oder unter www.dki.de

einheitlichen Basisfallwerten eine Konvergenz zu einer bundeseinheitlichen Vergütung anschließen könne, müsse der derzeitige Prozess in einer insbesondere auch für die noch immer „gekappten“ Häuser verträglichen Weise abgeschlossen und verkräftet worden sein. Hierzu schlugen die 6 Länder vor, die im Jahr 2009 geltende Kappungsgrenze von 3 Prozent in weiteren Schritten zu erhöhen, bis die Konvergenz auf Landesebene ganz abgeschlossen sei. Bei der Weiterentwicklung der DRGs sei insbesondere zu beachten, dass weiterhin genügend Anreize für die Krankenhäuser bestehen, qualitativ hochwertige Leistungen bereitzustellen und die Versorgungsstrukturen durch das Preissystem nicht zu schwächen.

Bei den weiteren Überlegungen zur Ausgestaltung der Krankenhausvergütung ist nach Meinung der oben genannten Länder das Festpreissystem zugrunde zu legen. Es garantiere am ehesten den erwünschten Wettbewerb um Qualität, die Versorgungssicherheit und die Leistungsgerechtigkeit der Vergütung. Die Einführung von Einkaufsmo-
dellen und ein Preiswettbewerb bei der Vergütung von Krankenhausleistungen seien abzulehnen, da die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im Widerspruch zur Länderverantwortung für die Krankenhausversorgung stehe und die Landeskrankenhausplanung unterlaufe. In der Begründung hierzu wird unter anderem ausgeführt, dass der Preiswettbewerb einen ruinösen Konkurrenzkampf der Krankenhäuser zur Folge habe, der die Versorgungssicherheit und die Behandlungsqualität negativ beeinflussen würde. Das Festpreissystem sei dem Höchstpreis- oder Mindestpreissystem, aber auch dem Richtpreissystem vorzuziehen.

Die Länder Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein plädierten für einen Abschluss der DRG-Konvergenzphase Ende 2009. 2010 solle eine weitere Konvergenzphase gestartet werden mit dem Ziel, einen bundesweiten Basisfallwert einzuführen.

Dazu müsse eine vollständige Transparenz über die Vergütung der in den Krankenhäusern erbrachten Leistungen hergestellt werden. Bestehende Unterschiede, so zum Beispiel beim DRG-Vergütungsvolumen und dem Casemix-Index (CMI) der Länder müssten erklärt und bewertet werden. Die AOLG werde beauftragt, im Rahmen ihres bestehenden Arbeitsauftrages die Unterschiede der Vergütung



„Die von verschiedenen Krankenkassenvertretern auf Bundesebene erhobene Forderung, abgesehen von der Notfallversorgung solle es Kontrahierungs- und Preisfreiheit für Einzelverträge der Kassen mit den Krankenhäusern geben, macht die Problematik eines einseitig verstandenen Wettbewerbs deutlich.

Denn welches Krankenhaus wäre wohl wirtschaftlich in der Lage, die notwendigen Strukturen rund um die Uhr vorzuhalten, wenn es nicht auch elektive Leistungen anbieten könnte? Es wäre bald am Ende, wenn ihm diese Möglichkeit genommen wäre, weil die Krankenkassen für diese Leistungen einen Vertrag mit einer anderen Klinik schließen, die sich aus der Notfallversorgung verabschiedet hat und durch Spezialisierung auf bestimmte planbare Leistungen für diese einen günstigeren Preis bieten kann.“

Staatsministerin Christa Stewens (CSU)

von Krankenhausleistungen in den Ländern über die im Zwischenbericht vorgelegten Ergebnisse hinaus differenziert zu analysieren.

Ziel der Krankenhausfinanzierung müsse es sein, für gleiche Leistungen eine gleiche Vergütung bereitzustellen und deshalb bestehende Vergütungsunterschiede abzubauen. Dabei solle die Tendenz zur Annäherung der Länderbasisfallwerte zum Abbau der Unterschiede genutzt werden. Die über viele Jahre gewachsenen und bewusst entwickelten bedarfsnotwendigen Strukturen in den Ländern sollten jedoch dadurch nicht gefährdet werden.

Auch künftig müssten kollektivvertragliche Vereinbarungen zwischen den Kostenträgern und den Krankenhäusern die Basis zur Finanzierung der im Rahmen der Krankenhausplanung festgelegten bedarfsnotwendigen Leistungen sein. Das DRG-Fallpauschalensystem solle die Grundlage zur Finanzierung der kollektivvertraglich vereinbarten Leistungen bleiben. Ergänzend sollen für ausgewählte planbare medizinische Leistungen einzelvertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern möglich sein, ohne den Kollektivvertrag in Frage zu stellen. ▶

– Anzeige –

Qualitätssicherung

nach § 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V

Wir sind ein im Krankenhaus erfahrendes Team.

Im Rahmen der Qualitätssicherung nach §§ 135 ff. SGB V haben wir uns auf die Erstellung strukturierter Qualitätsberichte nach § 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V spezialisiert. Wir erstellen mit Ihnen und für Sie kurzfristig diese zu veröffentlichenden bedeutsamen Berichte.

C I C GmbH, Wissenschaftspark, Max-Planck-Str. 8,
54296 Trier · Tel. 06 51/9 93 53 70 · Fax 06 51/99 35 37 29
email hjd.cic@gmx.de



+++ JÄHRLICH BIS ZU 2.400 UNERKANNTE TÖTUNGSDELIKTE +++ JEDE ZWEITE TÖTUNG BLEIBT UNENTDECKT +++



„Die aus der Verkürzung der Verweildauer resultierende Leistungsverdichtung sowie die Notwendigkeit, Kosten und damit Leistungen innerhalb der Leistungskette zu reduzieren, könnten dazu führen, dass die Ermittlung der Todesursache z.B. bei im Krankenhaus verstorbenen Patientinnen und Patienten nicht mehr in der notwendigen Tiefe verfolgt wird.“

Prof. Dr. med. Norbert Roeder
DRG-Research Group Uniklinikum Münster

Insgesamt handelt es sich bei der vorliegenden Neuerscheinung um einen prägnant geschriebenen und reich illustrierten Leitfaden, der Ärzten und Ermittlungsbeamten in komprimierter Form und mit didaktischem Geschick alle praktisch wichtigen Informationen zum Thema Leichenschau vermittelt.

Aus: Rezension Prof. Dr. Stefan Pollak
Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Freiburg

Leichenschau Leitlinien zur Qualitätssicherung

Hrsg.: B. Brinkmann • A. M. Raem
Autoren: R. Dettmeyer, H. Pfeiffer, U. Bux,
N. Westphal, G. Steinhilper

- im Taschenbuchformat DIN A5
- 238 Seiten, Kunststoffumschlag
- 122 farbige Abbildungen
- ISBN: 978-3-935762-97-7
- Preis: € 45,00 (inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten)

Das Werk beschreibt ausführlich die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die praktische Durchführung der Leichenschau, veranschaulicht durch eine umfangreiche farbige Abbildungssammlung zu Todesmerkmalen und besonderen Kennzeichen für Hinweise auf nicht-natürliche Todesfälle: **⇒ Verdacht NNT**

**Das vollständige Inhaltsverzeichnis sowie
Leseproben und Rezensionen finden Sie
unter www.LEICHENSCHAU.com**

Fax-Bestellung:

0211 – 17 92 35-20

Titel	Anzahl
Leichenschau Leitlinien zur Qualitätssicherung	
ISBN	
ISBN: 978-3-935762-97-7	
Preis	
45,00 Euro	

Name, Vorname
Firma/Abteilung
Straße/Nr.
PLZ/Ort
Datum/Unterschrift

Bereits heute hätten Krankenhäuser das Recht, im Rahmen von IV-Verträgen Einzelverträge mit Krankenkassen abzuschließen und darin bei der Vergütung vom DRG-Festpreis abzuweichen. Dies solle künftig auch außerhalb der IV möglich sein, um den Vertragspartnern im Wettbewerb neue Spielräume zu eröffnen und bei gesicherter Qualität Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Solche Einzelverträge wollen die genannten Länder als Ausdifferenzierungen des Kollektivvertrages verstanden wissen, die diesen ergänzen, aber nicht ersetzen.

■ Expertenanhörung am 20. September

Am 20. September stehen im Rahmen einer Expertenanhörung der AOLG in Stuttgart Fragen zur Finanzierung der Betriebskosten, des Sicherstellungsauftrags, der Krankenhausplanung, des Kontrahierungszwangs, der Entwicklung zum Gesundheitszentrum, der Investitionskosten und des Zusammenhangs von Qualitätskriterien und eines möglichen Preiswettbewerbs auf der Tagesordnung. ■

DKG-Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag

Die DKG-Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag liegt in der 8. geänderten Auflage vor. Neben redaktionellen Anpassungen enthält die neue Auflage folgende Aspekte: Mögliche Zentrenbildung durch einen fachübergreifenden Zusammenschluss mehrerer Krankenhausabteilungen; Möglichkeit eines Versetzungsvorbehaltes; Formulierungsvorschlag für die Übertragung umfangreicher Per-



sonalbefugnisse (leitender Angestellter im kündigungsrechtlichem Sinne); Beispielformulierung einer Zielvereinbarung für die in § 8 Absatz 3 enthaltene Bonusregelung.

Preis pro Einzelexemplar: 11,80 €, CD-ROM: 22 €. Bestellung unter: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 110 741, 40507 Düsseldorf, E-Mail info@dkvg.de, Internet: www.dkvg.de ■



30. Deutscher Krankenhausstag im Rahmen der MEDICA



14. bis 18. November 2007 in Düsseldorf

Generalthema „Zukunft gestalten“

Aus dem geplanten Kongressprogramm:

„Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung ab dem Jahre 2009“

„Gesundheitskarte und Telematik-Infrastruktur“

„Herausforderung: Einführung der digitalen Krankenakte“

„Netzwerke“

„Zukunft der Krankenhaustechnik: Betreiben – Instandhalten – Führen – Wirtschaften und Vergleichen“

„Das G-DRG-System 2008“

„Pflege – Zukunftsmarkt in der Gesundheitsbranche“

„Aktuelle Aufgaben und Herausforderungen im Controlling“