

Frühlingsempfang 2009: 60-jähriges Bestehen der DKG

Der Frühlingsempfang der DKG am 25. März 2009 in Berlin stand im Zeichen der Bilanz des am Tag zuvor im Bundesgesetzblatt veröffentlichten KHRG und eines Rückblicks auf die Geschichte der DKG, speziell auf die Entwicklungen der letzten zehn Jahre. DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters bedauerte vor mehr als 650 Gästen, dass Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt der Einladung der DKG wegen anderweitiger Terminverpflichtungen nicht folgen konnte. Im „Wahljahr der Superlative“ verpasste Ulla Schmidt damit vielleicht eine Chance, sich selbst und ihre Politik medien- und öffentlichkeitswirksam zu präsentieren. Dr. Kösters begrüßte umso herzlicher die parlamentarische Staatssekretärin des BMG, Marion Caspers-Merk, die nach den Auseinandersetzungen des vergangenen Jahres in ihrer Ansprache für eine Entspannung und offene Gesprächsbereitschaft im Verhältnis zwischen BMG und DKG plädierte. Auch Dr. Kösters befürwortete einen Schritt in Richtung auf eine Normalisierung im politischen Geschäft. Nach allen Diskussionen müsse man auch wieder „zusammen an einen Tisch“. Ein offener Schlagabtausch zwischen DKG und BMG, wie von manchen Gästen erwartet, fand nicht statt. Der Präsident machte jedoch deutlich, dass die DKG mit Blick auf das Jahr 2008 und das enorme Engagement der Krankenhäuser und ihrer Beschäftigten nichts zurückzunehmen hat. Ausdrücklich untermauerte er die Kritik an der „unerträglichen Deckelung“ der Krankenhausaufgaben; diese habe letztlich zu der größten Kundgebung im Gesundheitswesen am 25. September 2008 in Berlin geführt.

Dr. Kösters ist der 21. Präsident im 60. Jahr des Bestehens der DKG. Zu Beginn seiner Festansprache erinnerte Kösters an das Jahr 1949, das Gründungsjahr der Bundesrepublik Deutschland und des Europarates in Straßburg. Im gleichen Jahr riefen der Deutsche Städtetag und die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände die Deutsche Krankenhausgesellschaft ins Leben. Erster Präsident der DKG war Dr. Peter van Aubel vom Deutschen Städtetag. Ihm folgte 1956 Pfarrer Dr. Otto Ohl. Die Wahlperioden der Präsidenten waren bis zum Beginn der 70er Jahre nicht einheitlich festgelegt. Danach erfolgte die Wahl im festgelegten Wechsel auf Vorschlag der großen Mitgliedsverbände jeweils für zwei Jahre. 2004 wurde der turnusmäßige Rhythmus verlassen, seit 2006 beträgt die Wahlperiode drei Jahre mit der Möglichkeit der direkten Wiederwahl, wie 2008 im Fall von Dr. Kösters geschehen.

Die DKG vertritt als ein Mischverband aus Spitzen- und Landesverbänden die Interessen der deutschen Krankenhäuser gegenüber der Politik und den Institutionen im Gesundheitswesen. Insbesondere in den vergangenen zehn Jahren ist sie auf gesetzlicher Grundlage zu einem der maßgeblichen „Player“ in der Selbstverwaltung geworden. Die unmittelbare Gründungsgeschichte der DKG wurde anlässlich des 40-jährigen Jubiläums 1989 in einer Festbroschüre beleuchtet. Auch anlässlich des 50-jährigen Jubiläums 1999 wurden wichtige Aspekte der DKG-Geschichte in einer Publikation aufgearbeitet. Im Zeichen des 60. Geburtstags der DKG konzentrierte sich Dr. Kösters auf die gravierenden Entwicklungen der vergangenen zehn Jahre mit der Einführung des DRG-Systems und den enormen Anpassungsleistungen der Krankenhäuser – ein Kapitel mit einer ganz besonderen Prägung in der 60-jährigen Geschichte des deutschen Krankenhauswesens. Hierzu wurde

vom Deutschen Krankenhausinstitut im Auftrag der DKG ein empirischer Überblick erstellt. Ausgewählte Ergebnisse sind in diesem Heft auf den Seiten 289 ff. zu finden.

1,35 Mrd. € Hilfe, um 50 Prozent der Lohnsteigerungen bezahlen zu können, sind laut Dr. Kösters „deutlich mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein“. Angesichts der schwierigen wirtschaftlichen Lage sei die DKG bereit einzusehen, dass derzeit politisch nicht mehr umsetzbar ist. Allerdings müsse der versprochene Zuwachs auch ankommen. „Ich habe noch sehr gut Herrn Struck im Ohr: Nicht mehr, aber auch nicht weniger als 3,5 Mrd. € Zuwachs solle es geben – wie am Tag vor der historischen Demonstration im Gesetzentwurf für das KHRG vom Kabinett beschlossen. Die Augen reiben müsse man sich angesichts der vielfältigen Milliardenhilfen, die in anderen Branchen zur Verfügung gestellt würden. Hilfreich und dankenswert sind laut Dr. Kösters die Investitionshilfen im Rahmen des Konjunkturpaketes II in einer Größenordnung von über 1,3 Mrd. €. Anerkannt werde damit, dass tatsächlich durch Investitionen in Kliniken außerordentlich positive Einkommenseffekte erzielt werden können. Zu hoffen sei, dass man sich künftig daran erinnere, wenn es darum gehe, den riesigen Investitionsstau der Krankenhäuser abzubauen.“

Dr. Kösters warnte davor, dass auf dem Weg der Umsetzung eines Gesetzes bekanntlich vieles verloren gehen könne, wie es die Ärzte derzeit erleben. Deshalb richtete er einen Appell an die Krankenkassen und den GKV-Spitzenverband: „Lassen Sie uns bei den Verhandlungen über die Tarifraten zu einem Ergebnis kommen, das die gesetzlichen Vorgaben trifft und uns den Gang zur Schiedsstelle erspart.“ Es sei gut, dass der Bundespräsident in seiner „Berliner Rede“ vom 24. März 2009 die Arbeit des Pflegepersonals in den Krankenhäusern



Je länger die fünf Abgeordneten des Bundestages beim DKG-Frühlingsempfang 2009 diskutierten und je mehr sie sich unter der Moderation von Werner Sonne (Dritter von rechts) dem Thema „Gesundheitsfonds“ näherten, desto stärker traten die unterschiedlichen Finanzierungsperspektiven für die Zeit nach der Bundestagswahl hervor. Dr. Marlies Volkmer (Dritte von links) plädierte als erste offen für die Bürgerversicherung („alle in einer gesetzlichen Versicherung“, „Einbeziehung anderer Einkommensarten“). Für die FDP prognostizierte Daniel Bahr (ganz rechts), dass der Gesundheitsfonds mehr oder weniger stark modifiziert wird, die FDP wolle ihn am liebsten ganz abschaffen. Für Annette Widmann-Mauz (Zweite von rechts) steht die Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten im Vordergrund. Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten oder eine stärkere Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze führe zu einer stärkeren Belastung des Mittelstandes. Der Weg zu einer Gesundheitspauschale schimmerte deutlich durch, wenn der Begriff auch nicht direkt genannt wurde. Birgit Bender (Zweite von links) sprach sich klar für die Einführung der Bürgerversicherung aus, damit die „Zweiklassengesellschaft“ im Gesundheitswesen beseitigt werden könne. Einen Gesundheitsfonds brauche man dafür nicht. Das sah Frank Spieth von Die Linke (ganz links) anders. Er zeigte sich überzeugt, dass es auch nach der Bundestagswahl einen Gesundheitsfonds geben werde, allerdings müsse er solidarischer finanziert werden, ohne Zusatzbeiträge, letztlich als eine Art Bürgerversicherung, wie sie auch von der SPD und den Grünen favorisiert wird.

Foto: Lopata

ausdrücklich gelobt habe. Aber die Krankenhäuser müssten auch eine Basis dafür haben, diese zuwendungsorientierte und qualifizierte Pflege zu bezahlen. Das Pflegehilfsprogramm im KHRG beseitige nicht den ungeheuren Druck, der in den Kliniken herrsche. Dieser Druck sei in vielen Krankenhäusern auch durch die Konvergenzphase entstanden, die für nicht wenige Unternehmen den Verlust von zweistelligen Millionenbeträgen bedeutet habe. Als „Albtraum“ bezeichnete Dr. Kösters den Versuch kurz vor Weihnachten 2008, die Vorteile des letzten Anpassungsschrittes der Konvergenz komplett zu kappen. Ausdrücklich bedankte er sich bei den Ländern und den Mitgliedern des Bundestages, die den Krankenhäusern in dieser Frage mit viel Verständnis geholfen haben. Nach der Verlängerung um ein Jahr „vertrauen wir darauf, dass wir im nächsten Jahr endgültig die Konvergenz beenden können“.

Kösters konstatierte, dass mit dem KHRG das „Handwerkszeug“ geschaffen wurde, erstmals nach 20 Jahren aus der Grundlohnbegrenzung herauszukommen. Dieses Instrument richtig und offensiv zu nutzen, bleibe jedoch der jeweiligen Regierung vorbehalten. Die Befürchtung sei groß, dass die alte Deckelung im Zusammenhang mit der Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes für den Gesundheitsfonds durch eine neue Deckelung ersetzt werde. Dies müsse sehr genau beobachtet werden.

Die Krankenhäuser blicken laut Dr. Kösters mit hohen Erwartungen auf das Wahljahr 2009. Im Gesundheitskapitel der nächsten Koalitionsvereinbarung – gleich welcher politischen Prägung – sollten seiner Überzeugung nach folgende Punkte ganz vorne stehen:

- eine Reform der GKV-Finanzierungsgrundlagen mit einer Abkopplung von der Lohnanbindung;
- eine Investitionsfinanzierung für die Krankenhäuser, die stärker die Bundesländer in die Pflicht nimmt;
- der Abbau von Hemmnissen und Hindernissen an der Schnittstelle ambulant/stationär.

Die deutschen Krankenhäuser arbeiten und wirtschaften nach Dr. Kösters Darstellung im internationalen Vergleich bereits heute nahezu konkurrenzlos günstig, die Arbeitsproduktivität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sei kaum noch steigerbar. Es sei deshalb allerhöchste Zeit für ein Umdenken und Umsteuern. Der Weg des Sparens am Personal könne nicht weiter fortgesetzt werden, sonst werde eines Tages „der Deckel vom überschäumenden Topf fliegen“. An den Krankenhäusern als dem Kern und der Stütze der medizinischen Versorgung in Deutschland zu sparen, bedeute an der Zukunft eines Wachstumsmarktes zu sparen, der sich in der Krise als besonders

Zitate vom DKG-Frühlingsempfang

„Kein Bereich des deutschen Gesundheitswesens lebt in einer solchen Dynamik wie die Krankenhäuser.“

„Die Krise der Finanzen und der Wirtschaft kann eine Chance zum Umdenken auch in der Gesundheitspolitik sein. Wir wünschen uns, dass unsere Krankenhäuser nicht immer nur als diejenigen gesehen werden, die immer weiter ausgequetscht werden können.“

„Alle sprechen über den drohenden demografischen Wandel. In den Krankenhäusern ist er längst Alltag. Dieser Prozess wird an Dynamik noch zunehmen. Der Anteil der über 60-jährigen Patienten im Krankenhaus steigt von Jahr zu Jahr. Die Leistungsdichte in unseren Häusern wächst rapide.“

„Wer in der Politik schlägt den Knoten durch, der unsere Branche fesselt?“

DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters

„Natürlich sind Krankenhausinvestitionen spürbar und entfalten einen unmittelbaren konjunkturellen Wert.“

„Gerade im Krankenhaus steigt der Altersdurchschnitt der Patienten wie in keinem anderen Bereich.“

„Wer gut aufgestellt ist, wird auch die Chance haben, seine Leistungen im europäischen Gesundheitsmarkt auszudehnen.“

„Wir müssen dafür sorgen, dass gute Integrations- und Kooperationsmodelle in Zukunft wieder zu ihrem Recht kommen. Hierfür wird das BMG seinen Beitrag leisten.“

Marion Caspers-Merk, parlamentarische
Staatssekretärin des BMG

„Man kann sich fragen, ob das KHRG auch in dieser Fassung verabschiedet worden wäre, wenn der 25. September mit der großen Demonstration in Berlin nicht stattgefunden hätte.“

„Die Grundlohnbindung ist jetzt weg, aber noch nicht ersetzt. Ein Krankenhauswarenkorb wird entwickelt, aber letztlich entscheidet die Regierung per Rechtsverordnung. Hierüber gibt es keine parlamentarische Kontrolle, das bekommen die Abgeordneten höchstens mitgeteilt. Das Glas ist halb voll, man wird sehen, ob die Regierung bereit ist, die andere Hälfte hinzuzugeben.“

„Die Politik drückt sich um die Frage der Daseinsvorsorge im Krankenhausbereich herum und überlässt die Entscheidungen über die Existenz der Krankenhäuser ausschließlich der finanziellen Entwicklung. Das ist nichts anderes als eine kalte Rationierung. Ich bin der Meinung, dass Bund und Länder entscheiden müssen, wo welche Krankenhäuser mit welcher Qualität vorgehalten werden sollen. Dies kann nicht alleine der Ökonomie überlassen bleiben.“

Frank Spieth, Die Linke

„Die Regierung hat sich mit ihrer Politik im Jahr 2008 bei den Leistungserbringern die Zustimmung zum Gesundheitsfonds holen wollen. Mit dem KHRG sind die Strukturprobleme der Krankenhäuser nicht gelöst, die Länder sitzen nach wie vor im Bremserhäuschen.“

„Die einen haben zum Sterben zu viel, die anderen zum Leben zu wenig. Es gibt keine zielgenaue Planung, alle leiden unter der Knappheit der Mittel. Der Weg muss in die monistische Finanzierung führen. Ein erster Schritt wäre eine Planungspartnerschaft mit den Krankenkassen.“

„Zum Thema Orientierungswert kann ich nur sagen: Freuen Sie sich mal nicht zu früh. Das Ministerium setzt letztlich die Veränderungsrate fest. Das Ganze könnte sich gut zu einem Potemkinschen Dorf entwickeln.“

Birgit Bender, Bündnis 90/Die Grünen

„Vieles von dem, was den Krankenhäusern im Zuge des KHRG versprochen wurde, war ihnen vorher mit dem Sanierungsbeitrag und anderen Regelungen weggenommen worden.“

„Die Krankenhäuser haben ein bisschen Planungssicherheit gewonnen. Sorgen macht mir der Gedanke, dass im Zuge der Wirtschaftskrise die Einnahmehasis wegbricht.“

„Nach wie vor gibt es im Krankenhausbereich zu wenig Leistungsanreize. Wer mehr leisten will und kann, wird zu sehr gebremst. Die Zusammenarbeit der Sektoren setzt faire Bedingungen auf beiden Seiten voraus.“

Daniel Bahr, FDP

„Wir wissen, dass die 3,5 Mrd. €, die jetzt in die Krankenhäuser fließen, nicht die wesentlichen Probleme lösen. Unter anderem zwei wichtige Punkte sind künftig zu bewältigen: Die Ablösung der Grundlohnbindung und die Frage der Investitionen.“

„Beim Konjunkturpaket II kommt es sehr auf die Länder und Kommunen an, darauf zu achten, dass die Krankenhäuser ihren Anteil an den Investitionsgeldern bekommen.“

„In Zukunft wird nicht weniger Geld im Gesundheitswesen gebraucht, sondern mehr.“

Dr. Marlies Volkmer, SPD

„Das Krankenhauswesen in Deutschland kann man nicht über einen Kamm scheren. Es gibt Gewinner und Verlierer. Je länger der Anpassungsprozess geht, desto dramatischer wird die Situation für die Verlierer, während sich die Gewinner besser arrangieren können.“

„Wir haben von Anfang an erkannt, dass es im Krankenhausbereich Nachholbedarf gibt und dass wir in der Politik einen Beitrag schuldig sind, um Belastungen abzubauen.“

„Ich bin dafür, dass die Krankenkassen das Geld, das der Gesetzgeber vorgibt und das in den Beitragssatz eingepreist ist, an die Krankenhäuser weitergeben. Wenn wir uns als Politiker schon schelten lassen wegen steigender Beitragssätze, dann wollen wir, dass das Geld auch dort ankommt, wofür wir uns prügeln lassen.“

„Wir müssen den Weg der Investitionspauschalen konsequent weitergehen, um den Krankenhäusern Planungssicherheit zu geben. „Wir brauchen abgestufte Versorgungskonzepte in den Regionen. Da hilft die Monistik alleine auch nicht weiter. Es ist insgesamt mehr Flexibilität nötig.“

Annette Widmann-Mauz, CDU/CSU

stabil erweise. Keine andere Branche – einschließlich der von der Politik so intensiv umworbenen Automobilindustrie – habe ein so vielversprechendes Zukunftspotenzial wie das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Krankenhäuser im Besonderen.

Staatssekretärin Caspers-Merk vertritt Gesundheitsministerin Schmidt

Bei genauerer Betrachtung gibt es wenige Handlungen von Politikern, die bei den Politikbetroffenen auf mehr Respekt stoßen, als dass sie in der „Höhle des Löwen“ ihre Positionen vertreten und ihre Handlungen erläutern und notfalls mit einem „offenen Wort“ verteidigen. Marion Caspers-Merk löste diese Aufgabe mit Bravour. Sie begann ihr Grußwort mit der Feststellung, dass die DKG einen ganz erheblichen Anteil am Wiederaufbau der Krankenhausstrukturen im Nachkriegsdeutschland hatte und – mal kritischer, mal weniger kritisch – die Politik mit ihren Vorschlägen begleitet habe. Sie würde es begrüßen, wenn trotz bestehender Auseinandersetzungen im Gesundheitswesen „mehr an einem Strang gezogen wird“.

Die Staatssekretärin legte Wert auf die Feststellung, dass es im Bereich der Investitionsfinanzierung zu klaren Entscheidungen kommen müsse. Die Länder dürften alternative Wege nicht blockieren, wenn sie sich selber nicht in vollem Umfang der Verantwortung für die Investitionen stellen. Ministerin Schmidt habe gegen nicht unerhebliche Widerstände durchgesetzt, dass die Krankenhausfinanzierung im Konjunkturpaket II überhaupt als Option neben anderen Bereichen wie Bildung berücksichtigt wurde. Caspers-Merk nannte Baden-Württemberg als Beispiel für die positive Umsetzung. Zwar werde der Investitionsstau nicht beseitigt, aber es könnten dringende Maßnahmen in den Krankenhäusern erledigt und Beiträge zur Stabilisierung von Mittelstand und Handwerk vor Ort geleistet werden. Langfristig hoffe sie, dass der im KHRG enthaltene

Arbeitsauftrag zu einer dauerhaften gemeinsamen Regelung mit den Ländern führe, damit der investive Bedarf der Krankenhäuser endlich beseitigt werde. Dies sei eine „Zukunftsaufgabe“, die wir „beherzt angehen werden“. Caspers-Merk lobte die Fachpolitiker beider Regierungsfractionen, die ihrer Meinung nach in wirtschaftlich schwierigen Zeiten gegen anderslautende Meinungen die strukturverbessernden Elemente im KHRG unterstützt hätten, etwa die Tarifhilfen und die Verbesserungen im Bereich der Pflege, die in die Krankenhausvergütung „eingepreist“ würden, um ein „Strohfeuer“ zu vermeiden. Sie wolle die gegenwärtige Krise in vier Punkten auch als Chance für den Gesundheitssektor sehen: **1:** Einnahmegenerierung der Krankenhäuser durch den verstärkten Verkauf ihrer Dienstleistungen im Ausland. **2:** Stabilisierung des Gesundheitswesens durch Leistungssteigerung und geringe konjunkturelle Abhängigkeit. **3:** Kompetenzsteigerung durch wissenschaftlichen Austausch auf europäischer Ebene. **4:** Ausbau und Stärkung der Kooperation und Integration im Gesundheitswesen.

Die Staatssekretärin beendete ihr Grußwort mit der Bemerkung, dass der Ministerin ihre Absage für die DKG-Veranstaltung „nicht ganz schwer“ gefallen sei nach „der Art der Auseinandersetzung, wie wir sie letztes Jahr geführt haben“. Völlig offen blieb allerdings, was sie speziell damit meinte.

Bericht: Peter Ossen

„60 Jahre sind eine lange Zeit“

Auszüge aus der Rede von DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters

„60 Jahre sind eine lange Zeit. Unglaublich lang, gemessen an den enormen Entwicklungen im Gesundheitswesen, in der medizinischen und medizintechnischen Versorgung und der Geschwindigkeit, mit der Reformen um sich gegriffen haben. Reformen, die in erster Linie zum Ziel hatten, die Finanzier-

Staatssekretärin Marion Caspers-Merk legte Wert auf die Feststellung, dass es im Bereich der Investitionsfinanzierung zu klaren Entscheidungen kommen müsse. Hierfür werde sich das BMG intensiv einsetzen.

Foto: Mihatsch





Dr. Rudolf Kösters ist im 60. Jahr des Bestehens der DKG ihr 21. Präsident. Seine 2. Amtszeit läuft bis 2011.

Foto: Mihatsch

barkeit des Gesundheitswesens zu erhalten. Kostendämpfungsgesetze – beginnend ab dem Jahr 1977 – waren die Antwort auf die sogenannte Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Dieser Begriff prägte die Gesundheitspolitik wie kein anderer. Ironischerweise völlig zu Unrecht. Es gibt keine Kostenexplosion: Gemessen an der Wirtschaftsleistung Deutschlands liegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Gesundheitsleistungen über Jahrzehnte hinweg stabil bei 6,3 bis 6,4 Prozent. Der Anteil der Ausgaben für Krankenhausleistungen am Bruttoinlandsprodukt einschließlich aller wahlärztlichen Leistungen liegt seit Jahren konstant bei 2,7 bis 2,8 Prozent.

Somit ist klar, was für die Beitragssatzsteigerungen in der GKV ursächlich ist: die sich weit unterdurchschnittlich entwickelnden Einnahmen der Krankenkassen. Einnahmimplosion statt Kostenexplosion wäre die richtige Wortwahl. Die Finanzierungsreform der GKV wollte der Großen Koalition nicht so recht gelingen. Der von der Regierung zu bestimmende Einheitsbeitragssatz wurde noch vor dem eigentlichen Start des Gesundheitsfonds genutzt, um die Budgetierung im Gesundheitswesen unter neuem Namen fortzuführen. Das haben die Krankenhäuser bereits zu spüren bekommen.

Allerdings bietet der Fonds auch Chancen. So wird der Bundeszuschuss durch das Konjunkturpaket II bis zum nächsten Jahr auf 14 Mrd. € aufgestockt. Dies entlastet auch die Leistungserbringer als Arbeitgeber. Ob eine Ausweitung der Bundeszuschüsse ausreicht, um die Finanzierung der GKV auf eine solide und nachhaltige Basis zu stellen, wage ich zu bezweifeln. Ebenso muss sich noch herauskristalisieren, ob eine Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds in der nächsten Legislaturperiode ausreicht oder ob ein konzeptioneller Neuanfang erforderlich ist.

Wann immer von steigendem Finanzierungsbedarf und vom Gesundheitswesen als Kostenfaktor gesprochen wird, wird gern übersehen, dass wir immer mehr und immer auf-

wendigere Leistungen erbringen müssen. Binnen acht Jahren ist die Anzahl der Patienten mit einem Bronchial- oder Lungenkarzinom von 173 000 auf fast 200 000 gestiegen. Die Zahl der Schlaganfallpatienten stieg um 40 Prozent von 150 000 auf 210 000. Die steigende Zahl geriatrischer und dementer Patienten erfordert deutlich mehr Fürsorge.

Es werden uns entlastende Faktoren entgegengehalten, die es natürlich auch gibt. Leichte Operationen werden längst ambulant erbracht. So stieg die Zahl ambulanter Operationen im Krankenhaus binnen acht Jahren von 370 000 auf rund 1,7 Mio. pro Jahr. Die stationär erbrachten Eingriffe und Behandlungen werden damit insgesamt immer komplexer und immer anspruchsvoller. Viel von dieser Entwicklung mussten die Krankenhäuser bislang durch Einsparungen finanzieren. Mit der jüngsten Krankenhausreform wurde dieses Ansinnen sogar ausdrücklich ins Gesetz geschrieben. So sollen eine steigende Fallzahl und eine steigende Fallschwere künftig den Landesbasisfallwert automatisch absenken. Das Morbiditätsrisiko wird damit in unverantwortlicher Weise von den Kostenträgern, die dafür originär zuständig sind, auf die Krankenhäuser übertragen. Dies ist eine Fehlentscheidung, die hoffentlich bald wieder korrigiert wird.

Der Kostendruck und der demografische Wandel waren nicht die einzigen Herausforderungen. Die Einführung des DRG-Systems brachte die größten Strukturveränderungen seit Jahrzehnten. Spezialisierung, Rationalisierung, Prozessoptimierung, strategische Neupositionierung, aber auch veränderte Kooperationsbeziehungen zu Zulieferern, Zuweisern, Mitbewerbern und Kostenträgern bestimmten und bestimmen die Entwicklung der letzten zehn Jahre und die Zeit der Konvergenz. Kein Bereich des deutschen Gesundheitswesens lebt in einer solchen Dynamik wie die Krankenhäuser. Wir haben eine Reihe neuer Versorgungsformen etabliert. Bis Ende vergangenen Jahres waren die Krankenhäuser an 430 Medizinischen Versorgungszentren, rund 3 000 Integrationsverträgen und

unzähligen Disease-Management-Programmen beteiligt. Noch schleppend läuft die Umsetzung der hochspezialisierten ambulanten Behandlung. Hier wünschen wir uns mehr Mut von den Ländern beim Genehmigen und weniger Barrieren durch den G-BA.

Zum Rückblick auf die letzten 10 Jahre gehört die Feststellung, dass die DKG fester Bestandteil der Selbstverwaltung ist. Wir sind Motor bei der Qualitätssicherung und können hier mit der externen Qualitätssicherung auf eine über 12-jährige Erfolgsgeschichte zurückblicken. Bei jährlich über 3,6 Mio. Fällen wird die Behandlungsqualität erfasst, wenn erforderlich wird interveniert. Kein anderer Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen und kaum ein anderes Land kann solche Erfolge in der Qualitätssicherung von Krankenhausleistungen vorweisen. Ich hoffe sehr, dass die jüngsten Entscheidungen des G-BA zum Qualitätsinstitut für die sektorübergreifende Qualitätssicherung nicht zu Nachteilen für die seit vielen Jahren aufgebaute stationäre Qualitätssicherung führt.

Die letzten 10 Jahre – mit einer Ausnahme im Jahr 2005 – hat die Gesetzgebung uns in Atem gehalten. Ob Beitragssatzsicherungsgesetz 2003, GKV-Modernisierungsgesetz 2004, Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) 2006 oder GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007: Keines dieser



Gesetze hat die Gemüter im Krankenhausbereich so sehr bewegt wie das KHRG. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser, der Spitzenverbände und Gewerkschaften einschließlich der Bundesärztekammer sind gemeinsam mit den Trägern der Krankenhäuser auf die Straße gegangen, um für gerechte und faire Finanzierungsbedingungen zu kämpfen. Mit 130 000 Teilnehmern hat am 25. September 2008 die größte Kundgebung des deutschen Gesundheitswesens stattgefunden. Es war ein Protest gegen zwei Jahrzehnte Budgetierung und gegen die unsägliche Deckelung. Der Protest hat Erfolg gehabt, auch wenn nicht alles erreicht wurde. Und er wird weitergehen, wenn sich die Situation nicht grundlegend ändert.“ ■

Die 21 Präsidenten der DKG

- Dr. Peter van Aubel (1949 bis 1955) (Foto)
- Pfarrer Dr. Otto Ohl (1956 bis 1960)
- Dr. Hans Schmilijan (1961)
- Dr. Dr. Walther Hensel (1962 bis 1965)
- Prälat Werner Mühlenbrock (1966 bis 1969; 1976/77)
- August Fischer (1970/71)
- Prof. Dr. Dr. Helmut Hochstetter (1972/73)
- Dr. Walter Bauer (1974/75)
- Dr. J. zum Felde (1978/79)
- Prof. Dr. Dr. Theodor Schober (1980/81)
- Dr. Dr. Hans Lorensen (1982/83)
- Prälat Peter Buchholz (1984/85)
- Landrat Konrad Regler (1986/87; 1994/95)
- Pfarrer Karl Heinz Neukamm (1988/89)
- Dr. Rolf Thieringer (1990/91)
- Prälat Roland Ries (1992/93)
- Pfarrer Jürgen Gohde (1996/97)
- Wolfgang Pföhler (1998/99; 2004/2005)
- Volker Odenbach (2000/2001)
- Dr. Burghard Rocke (2002/2003)
- Dr. Rudolf Kösters (2006 bis 2008; 2009 wiedergewählt bis 2011)

