

# Gesundheitspolitik: Wie verlässlich sind die Rahmenbedingungen für das Jahr 2010?

**A**uf einer gemeinsamen Veranstaltung gaben das Deutsche Krankenhausinstitut und die Zeitschrift „das Krankenhaus“ im Dezember 2009 einen Ausblick auf das neue Jahr 2010. Referenten aus dem Bereich der Krankenkassen und der Krankenhäuser referierten zu zentralen Fragen der Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlagen der Krankenhausfinanzierung und der Budgetfindung. Die parlamentarische Staatssekretärin im BMG, Annette Widmann-Mauz, und DKG-



Die Gesundheitspolitik wird nach den Worten von Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz in der kommenden Legislaturperiode „auf den Prüfstand“ gestellt. Nicht alles sei in der Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre so gut gewesen, dass „man es dauerhaft beibehalten sollte“.

Foto: dpa



Der GKV-Spitzenverband hatte bereits im Dezember 2009 massive Forderungen nach erneuten Kürzungen im stationären Bereich erhoben. Laut den Worten von Johannes Magnus von Stackelberg würde eine Absenkung der Landesbasisfallwerte um 60 € den Krankenkassen ca. 1 Mrd. € Kosten ersparen. Mit seinen kurzfristigen Kostendämpfungswünschen biss der GKV-Spitzenverband bei den Verantwortlichen des BMG bislang aber auf Granit.

Foto: Mihatsch

wegbrechen“. Der GKV-Spitzenverband hatte bereits im Vorfeld massive Forderungen nach erneuten Kürzungen im stationären Bereich erhoben. Laut von Stackelbergs Worten würde eine Absenkung der Landesbasisfallwerte um 60 € den Krankenkassen ca. 1 Mrd. € Kosten ersparen.

DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum lehnte die Forderungen des GKV-Spitzenverbandes als unberechtigt ab. Die Krankenkassen sollten „lieber ihre Milliardenvermögen aus den Kellern holen und in die Versorgung geben“.

Hauptgeschäftsführer Georg Baum beleuchteten grundsätzliche Fragen der Gesundheits- und Krankenhauspolitik. DKI-Vorstand Dr. Udo Janßen analysierte die wichtigsten strategischen Herausforderungen, die sich aus dem Koalitionsvertrag ergeben.

Für den GKV-Spitzenverband warnte sein stellvertretender Vorstandsvorsitzender, Johannes Magnus von Stackelberg, vor einer Abkehr vom Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ausweitung der Festzuschüsse auf weitere Leistungen werde die GKV grundlegend verändern. Nach den jüngsten Prognosen des „Schätzerkreises“ bleibe den gesetzlichen Krankenkassen trotz eines zusätzlichen Steuerzuschusses zum Gesundheitsfonds eine Deckungslücke in Milliardenhöhe. Die Krankenkassen würden ohne Zusatzbeiträge nicht mehr auskommen. Massiv kritisierte von Stackelberg, dass die Politik am bürokratischen Einzugsverfahren des Zusatzbeitrags festhalten will. Er beklagte einen „Preissprung“ im DRG-System infolge des KHRG. Die Leistungserbringer erhielten mehr Geld, während „den Versicherten ihre Jobs

Baum bekräftigte seine bereits gegenüber der Öffentlichkeit getroffene Feststellung, dass die ständig wiederholten Forderungen der Kassen nach Kürzungen in den Kliniken nichts an der nach wie vor bestehenden Unterfinanzierung der Krankenhäuser ändern. Mindestens jedes fünfte Krankenhaus schreibe rote Zahlen. Soweit Kliniken ausgeglichene Ergebnisse erreichten, sei dies oft das Ergebnis massiver Anstrengungen und Rationalisierungsbemühungen, die häufig mit hohen Lasten für die Mitarbeiter – zum Beispiel über Notlagentarife – verbunden seien. Das Statistische Bundesamt habe für die Krankenhäuser im Jahr 2008 eine Mehrkostenlast von 3,4 Mrd. € festgestellt. Von den Krankenkassen seien nur 1,7 Mrd. € gegenfinanziert worden. Schon in einer Pressemeldung von November hatte Baum den GKV-Spitzenverband daran erinnert, dass die ihn mittragenden Gewerkschaften im September 2008 gemeinsam mit den Trägern der Kliniken für eine Refinanzierung der massiven Kostenbelastungen demonstriert haben. Erneute Kürzungen, wie sie von Stackelberg in den Raum stellte, würden zu Lasten der Personalfinanzierung und der Patientenver-



Die Entscheidung der Koalition, nicht mit einem Kostendämpfungsgesetz in die neue Legislaturperiode zu starten und stattdessen die konjunktur- und krisenbedingten Einnahmefälle der Krankenkassen durch Steuerzuschüsse zumindest teilweise auszugleichen, ist nach den Worten von DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum die richtige Antwort auf die bevorstehenden Herausforderungen.

Foto: Mihatsch

sungsschritt der DRG-Konvergenz eine Streckung auf zwei Jahre gegeben, aber die Politik habe den Kassen ausdrücklich nicht die Perspektive eingeräumt, dass beim Ende der Konvergenzphase das, was in einem langjährigen Prozess in Aussicht gestellt war, wieder „einkassiert“ werde. „Dazu stehen wir“, so Widmann-Mauz. Im BMG gebe es keine politischen Diskussionen darüber, daran zu rütteln. „Beinahe täglich“ würden Kostendämpfungswünsche an das Ministerium herangetragen. „Wir haben zum Ausdruck gebracht, dass wir zu den durch das Gesetz initiierten

sorgung gehen und außerdem die konjunkturpolitisch gebotene Stabilisierung in einem zentralen Bereich der Gesundheitswirtschaft konterkarieren.

Für die Krankenhäuser ist es nach Baums Aussage enorm wichtig, dass die Konvergenzphase in der gesetzlich vorgesehenen Weise zu Ende geführt wird. Die Nichtgewährung der letzten Konvergenzstufe oder eine weitere Verschärfung der Degression seien nicht hinnehmbar. Baum wies das Argument von Stackelbergs zurück, beim letzten Konvergenzschritt würden die Krankenhäuser „windfall profits“ (unverhoffte Gewinne) einstreichen. Der DKG-Hauptgeschäftsführer erinnerte daran, dass zahlreiche Krankenhäuser im Konvergenzprozess massive Einbußen hinnehmen mussten, während andere mit vorher niedrigeren Pflegesätzen nun die im Gesetz versprochenen Vergütungen bekommen. Dies sei der logische und sachliche Hintergrund eines Tatbestandes, der von den Krankenkassen ideologisch verzerrt dargestellt werde. Die Entscheidung der Koalition, nicht mit einem Kostendämpfungsgesetz in die neue Legislaturperiode zu starten und stattdessen die konjunktur- und krisenbedingten Einnahmefälle der Krankenkassen durch Steuerzuschüsse zumindest teilweise auszugleichen, sei die richtige Antwort auf die bevorstehenden Herausforderungen.

### Planbarkeit und Verlässlichkeit als Leitlinien der Gesundheitspolitik

In ihrem ersten Vortrag bei einer Veranstaltung des Deutschen Krankenhausinstituts überbrachte Staatssekretärin Widmann-Mauz die Grüße von Gesundheitsminister Philipp Rösler und forderte zu einem Dialog auf, den das Gesundheitsministerium in einer offenen und kritischen, aber immer konstruktiven Art und Weise führen wolle. Leitlinien der Koalition seien „Planbarkeit und Verlässlichkeit“. Nicht jedes Jahr sollten die „Leitplanken“ eines Systems verschoben werden, Veränderungen sollten sich vielmehr innerhalb eines verlässlichen Ordnungsrahmens entwickeln können. In diesem Sinn wollte die Staatssekretärin, die nach der internen Arbeitsteilung des BMG speziell für Krankenhausfragen zuständig ist, auf gezielte Nachfrage auch die finanziellen und strukturellen Vorgaben des KHRG verstanden wissen. Es habe im letzten Anpas-

sungsschritt der DRG-Konvergenz eine Streckung auf zwei Jahre gegeben, aber die Politik habe den Kassen ausdrücklich nicht die Perspektive eingeräumt, dass beim Ende der Konvergenzphase das, was in einem langjährigen Prozess in Aussicht gestellt war, wieder „einkassiert“ werde. „Dazu stehen wir“, so Widmann-Mauz. Im BMG gebe es keine politischen Diskussionen darüber, daran zu rütteln. „Beinahe täglich“ würden Kostendämpfungswünsche an das Ministerium herangetragen. „Wir haben zum Ausdruck gebracht, dass wir zu den durch das Gesetz initiierten Ausgabensteigerungen stehen. Wir wollten, dass sich die Finanzsituation der Krankenhäuser verbessert; wir können die Versprechungen vom Vormittag nicht am Nachmittag wieder einkassieren, das geht nicht“, so die Staatssekretärin. Dies gelte auch für die Kostensteigerungen im ambulanten Sektor. Auch da könne man nicht vor der Wahl sagen, wir müssen etwas tun, und anschließend die entsprechenden Kostensteigerungen kritisieren. Die Koalition plane kein Kostendämpfungsgesetz, sondern wolle kalkulierbare „Spielregeln“ festlegen.

### Das Gesundheitswesen stabilisiert die Volkswirtschaft

Die Gesundheitspolitik wird nach Widmann-Mauz' Worten in der kommenden Legislaturperiode „auf den Prüfstand“ gestellt. Nicht alles sei in der Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre so gut gewesen, dass „man es dauerhaft beibehalten sollte“. Die neue Regierung habe in ihrem Koalitionsvertrag die Schwerpunkte genannt, innerhalb derer es eine Suche nach sachgerechten Lösungen geben soll. Die Staatssekretärin betonte noch einmal einen der wichtigen Ausgangspunkte bei den Überlegungen der Koalition: die Feststellung, dass das Gesundheitswesen nicht nur ein Kostenfaktor, sondern ein bedeutender innovativer Wirtschaftsfaktor mit mehr als 4,4 Millionen Beschäftigten ist. Die Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen stabilisiere die Volkswirtschaft und den Arbeitsmarkt gerade in Krisenzeiten. Das Gesundheitssystem solle auch künftig allen Bürgern eine wohnortnahe, hochwertige medizinische Versorgung auf dem aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts anbieten. Um den Grundgedanken der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten zu können, müsse das Krankenversicherungssystem auf feste Grundlagen gestellt werden.

Das Finanzierungssystem der GKV solle Schritt für Schritt in Richtung auf mehr Beitragsautonomie und regionale Differenzierungsmöglichkeiten weiterentwickelt und mit einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen sowie einem festen Arbeitgeberbeitrag tendenziell von den Lohnkosten abgekoppelt werden. Damit wolle die neue Regierung einen Beitrag zur Wettbewerbsfähigkeit deutscher Arbeitsplätze und zu mehr Wachstum und „legaler“ Beschäftigung leisten. Unwi-

dersprochen sei in der Koalition ein möglichst unbürokratischer Solidarausgleich über das Steuersystem, wie er in anderen sozialen Sicherungssystemen üblich sei. Ausdrücklich distanzierte sich die Staatssekretärin von einem möglichen Versicherungsmodell mit Grund- und Regelversorgung. Der Leistungskatalog der GKV solle einheitlich erhalten bleiben. „Klarere Grenzen“ will die Koalition jedoch zwischen GKV und PKV ziehen, gleichzeitig aber auch die Kooperation zwischen beiden Bereichen erleichtern.

Widmann-Mauz räumte ein, dass es sich bei dieser Zielsetzung der Reform um eine hochkomplexe Aufgabe handele, die nicht in einem Schritt oder „von heute auf morgen“ zu erreichen sei. Sie kündigte eine sorgfältige Erarbeitung und Umsetzung an. Die bereits in der Diskussion befindliche Regierungskommission, die sich dieser Aufgabe widmen soll, wird Anfang des Jahres 2010 vom Bundesgesundheitsminister berufen. Die Kommission werde ihre Vorschläge nicht „aus dem Nichts“ entwerfen, sondern auf dem bestehenden Gesundheitsfonds aufbauen.

### Angespannte finanzielle Situation

Die finanzielle Situation der GKV sei bei geschätzten jährlichen Ausgaben von über 174 Mrd. € im Jahr 2010 und tendenziell rückläufigen Beitragseinnahmen „nicht entspannt“. Aufgrund von Ausgabensteigerungen und krisenbedingten Beitragsausfällen entstehe trotz des erhöhten Bundeszu-

schusses von 3,9 Mrd. € ein voraussichtliches Defizit der Krankenkassen in Höhe von ca. 4 Mrd. €. Dieses müsse von den Krankenkassen getragen werden. Die Regierung wolle den allgemeinen Beitragssatz stabil halten, Beitragssatzerhöhungen wären in der jetzigen konjunkturellen Situation ein „fatales Signal“. Widmann-Mauz erinnerte daran, dass die Krankenkassen ab Januar 2010 „insolvenzfähig“ sind. Unter dem Diktat der einprozentigen Kappung des Zusatzbeitrages müssten die Kassen sparsam wirtschaften. Geschäftsgrundlage des unter Ulla Schmidt gebildeten Gesundheitsfonds sei unter anderem die Erhebung von Zusatzbeiträgen gewesen. Die 4 Mrd. €, die von den Krankenkassen 2010 über andere Beitragsformen eingebracht werden müssten, bezeichnete Widmann-Mauz als das „Nacherbe“ der großen Koalition und eines Ministeriums unter SPD-Führung, wovon allerdings die heutige Oppositionspartei offenbar nichts mehr wissen wolle.

### Mehr Wettbewerb um Leistung und Qualität

Geld alleine reicht nicht aus, um die Probleme des Gesundheitswesens zu lösen. Dies spiegelte sich noch in jedem Reformansatz der vergangenen zwanzig Jahre wider, so auch im Koalitionsvertrag der Bundesregierung, wo weitergehende Strukturmaßnahmen für erforderlich gehalten werden, um das Gesundheitswesen in Zukunft stabil zu erhalten. Notwendig sind „mehr wettbewerbliche Spielräume und Strukturen, unter anderem auch, um Vielfalt in der Versorgung und regio-



## Entscheiden Sie sich für den sicheren Aufstieg!

Profitieren Sie von unserem Wissen und unserer Erfahrung aus über 400 erfolgreichen Projekten im Gesundheitswesen.

Wir stehen für pragmatische und individuelle Lösungen. Gemeinsam mit Ihnen schaffen wir effiziente Strukturen für exzellente Ergebnisse in Ihrer Einrichtung. Durch unsere umsetzungsstarke Vorgehensweise werden Sie bei Ihren Veränderungsprozessen unterstützt und entlastet. Gewinnen Sie damit Freiräume und nutzen Sie neue Chancen. Wir fühlen uns ausschließlich Ihrem Erfolg und dessen Nachhaltigkeit verpflichtet.

**Lassen Sie sich vom Team der EVO CONSULT begleiten – denn Ihr Vorsprung entscheidet!**

STRATEGIEBERATUNG

PROZESSOPTIMIERUNG

QUALITÄTSMANAGEMENT

ERGEBNISMANAGEMENT

KOMPETENZENTWICKLUNG





DKI-Vorstand Dr. Udo Janßen analysierte die strategischen Herausforderungen, die sich aus dem Koalitionsvertrag ergeben. Eine der wesentlichen Aufgaben ist seiner Einschätzung nach die Bekämpfung des Ärzte- und Pflegekräftemangels, der bereits heute in verschiedenen Landstrichen Deutschlands massive negative Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgungssituation hat.

Foto: Mihatsch

sehe die Koalition insbesondere vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Umsetzung in den Bundesländern und massiver Konfliktsituationen hinsichtlich der Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation. Ziel sei es, Rechtssicherheit und eine reibungslose Anwendung der Vorschrift zu erreichen. Es stehe noch nicht fest, ob sich die Überprüfung mehr auf die Kriterien des Kataloges der zu erbringenden Leistungen oder auf das Verfahren beziehen wird. Beim Thema MVZ gelte es, Befürchtungen entgegenzutreten und vermeintliche

nale Besonderheiten zu ermöglichen, so Widmann-Mauz. Forciert werden soll ein Leistungs- und Qualitätswettbewerb. Unwirtschaftlichkeit, Misswirtschaft und Verschwendung gelte es so weit wie möglich zurückzudrängen. Auf der Nachfrage- und auf der Angebotsseite sollen die Rahmenbedingungen für einen funktionsfähigen und fairen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen besser werden.

## Ohne Investitionen keine Spitzenmedizin

Widmann-Mauz bestätigte, dass die Krankenhausversorgung in Deutschland im internationalen Vergleich vorbildlich ist. Um diese Position halten zu können, seien verlässliche Investitionen notwendig. Die Bundesländer müssten begreifen, dass leistungsfähige Krankenhäuser für eine gute Versorgung in der Fläche unerlässlich sind und ihre finanziellen Anstrengungen wieder verstärken. Mit der gegenwärtigen Situation könne man nicht zufrieden sein. Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser verlange kontinuierliche und in der Höhe ausreichende Investitionsmittel. Die Schere zwischen den notwendigen Mitteln und der tatsächlichen Förderung vergrößere sich immer mehr. 1993 seien noch 3,9 Mrd. € Krankenhausinvestitionen geflossen, 2008 seien es noch knapp 2,7 Mrd. € gewesen. Dabei habe jeder für die Krankenhausfinanzierung eingesetzte Euro eine Multiplikatorenfunktion und rege weitere Innovationen und Investitionen an, die weit über das Krankenhaus hinausgehen und bundesweit einen ungeheuren Schub auslösen könnten. Die Verlagerung von Investitionen in den Bereich der Benutzerentgelte sei eine „schlechte Monistik“ mit unter Umständen negativen Auswirkungen in anderen Bereichen des Krankenhauses. Es gelte nun, den „gesetzlichen Minimalkonsens“ aus dem KHRG in Richtung leistungsgerechter Investitionspauschalen weiter zu verfolgen. Eine Garantie für ausreichende Investitionsmittel sei mit dem vorgegebenen Weg allerdings nicht verbunden.

## Bestandsschutz für MVZ

Ausführlich beschäftigt sich Widmann-Mauz mit dem Thema der Verzahnung der Gesundheitssektoren. Handlungsbedarf zur kritischen Überprüfung der Anwendung des § 116 b SGB V

Auswüchse zu verhindern. Im Vordergrund stehe die „ärztliche Führung und Verantwortung“ der MVZ. Die Staatssekretärin sicherte für bestehende MVZ einen „Bestandsschutz“ zu. Als weitere zentrale Weichenstellung im laufenden Jahr nannte Widmann-Mauz den „Orientierungs- bzw. Veränderungswert“, der erstmals im Sommer des Jahres bekannt gegeben und „voraussichtlich für 2011“ als Alternative zur gesetzlichen Grundlohnbindung eingesetzt werde.

Als „Unwort“ der Parlamentarier gelte der „Bundesbasisfallwertkorridor“. Bis man einem Bundestagsabgeordneten dessen Wirkungsweise erklärt habe, könnten „Stunden vergehen“. Die gesetzlich festgelegte Dynamik der Konvergenz der Landesbasisfallwerte solle beibehalten werden, ohne dass ein bundeseinheitlicher Preis vorgegeben werde. Nach fünf Jahren ist eine weitere Bestandsaufnahme vorgesehen. Widmann-Mauz kündigte an, dass der Wunsch nach weniger Bürokratie bei der Umsetzung des Kalkulationsverfahrens für tagesgleiche Pauschalen in der Psychiatrie vom BMG geprüft wird. Der Übergang zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung berge die Chance, bisherige Verfahren und Instrumente kritisch zu überprüfen und Fehlentwicklungen zu korrigieren. Aufwand, Bürokratie und Kosten müssten jedoch auch bei der Qualitätssicherung in Grenzen gehalten werden. Diskutiert werden müsse auch über Elemente einer qualitätsorientierten Vergütung.

Angesprochen auf die Personalknappheit in den Krankenhäusern sagte Widmann-Mauz die Unterstützung der Bundesregierung an den Stellen zu, wo es eine Bundeskompetenz gebe. Gefragt seien Initiativen der Länder, soweit es um Fragen der Ausbildung an den Hochschulen gehe, aber vor allem auch der Krankenhäuser selbst bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und weiterer Anreize. Die Bundesregierung werde aufgrund der Beschlüsse der Klausurtagung auf Schloss Meseberg sehr genau die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auch auf die Zahl der verfügbaren qualifizierten Arbeitskräfte im Gesundheitswesen verfolgen.

Die Staatssekretärin wies in der Diskussion über Fragen der Wettbewerbskontrolle zum Beispiel bei notwendigen und sinnvollen Krankenhausfusionen auf Sonderbedingungen hin, die beachtet werden müssten. Sie verdeutlichte dies am Beispiel ihres eigenen Wahlkreises (Tübingen) mit früher drei

kommunalen Krankenhäusern, einem Universitätsklinikum und einem kleineren privaten Krankenhaus. Die Kommune habe ihre Häuser in einer GmbH zusammengeschlossen und sah sich dem Vorwurf des Bundeskartellamtes gegenüber, dadurch eine marktbeherrschende Stellung zu erlangen. Hierbei sei jedoch zu bedenken, dass die betroffenen Krankenhäuser unterschiedlichen Versorgungsstufen angehören und im Sinne eines gesundheitspolitisch wünschenswerten abgestuften Versorgungsmodells agieren. In anderen Kommunen gebe es ohne einen größeren Partner überhaupt kein Krankenhaus der Regelversorgung mehr. Das Wettbewerbsrecht müsse insbesondere bei Krankenhausfusionen überprüft werden hinsichtlich des Anforderungsbedarfs in Fragen der öffentlichen Daseinsfürsorge. Eine generelle Ausnahmeregelung für den Krankenhausbereich werde es aber nicht geben. Das Wettbewerbsrecht dürfe kein „Flickenteppich“ werden. Auch die „Ministererlaubnis“ alleine sei kein adäquater Ausweg.

## Wettbewerb um die Patienten

Matthias Mohrmann von der AOK Rheinland/Hamburg und Martin Heumann vom Krankenhauszweckverband Köln, Bonn und Region beleuchteten praxisorientierte Fragen zur Budgetrunde 2010. Nach Heumanns Worten ist die Vereinbarung eines nach der Art und Menge realistischen Leistungsvolumens eines der wichtigsten Verhandlungsziele der Krankenhäuser. Voraussetzung sei eine „fundierte, nachvollziehbare

und logische Leistungsplanung für 2010“. Nicht „bepreiste“ Entgelte sollten detailliert und nachvollziehbar kalkuliert werden. Nach Heumanns Worten kann sich kein Krankenhaus einen Belegungsrückgang über längere Zeit leisten. „Wer die Patienten hat, bekommt auch das Geld“, so Heumann. Die Grundlage für eine erfolgreiche Verhandlung liege im Casemix des Krankenhauses. Die zentrale Aufgabe müsse sein, Patienten an das Haus zu binden und neue zu gewinnen. Damit wächst auch die Bedeutung der Qualität und der Patientenzufriedenheit, die laut Mohrmann von den Krankenkassen künftig stärker sowohl in der Öffentlichkeit als auch in Entgeltverhandlungen thematisiert werde, zum Beispiel mittels des QSR-Verfahrens und von Patientenbefragungen (PEQ-Fragebogen, Bertelsmann). Die Pflegesatzexperten waren sich einig, dass der Grundsatz der Prospektivität in den Entgeltverhandlungen für das Jahr 2010 zunehmen werde.

Diplom-Volkswirt Peter Ossen  
Chefredakteur

## Hessen: Krankenhäuser stellen sich stärker auf internationale Anforderungen ein

Die hessischen Krankenhäuser spielen auch in Zukunft eine zentrale Rolle für die Gesundheitsversorgung des Landes. Aufgrund der grenzüberschreitenden Wirkungen der europäischen Integration und der auch im Gesundheitswesen spür-

Anzeige

## Erster DKI-Frühjahrs-Kongress: Krankenhäuser & Altenhilfe – Verzahnte Leistung

Vorankündigung



Im April 2010 startet das DKI unter Beteiligung maßgeblicher Verbände der Sozialwirtschaft vom 21. bis 23.04.2010 in Berlin seine Kongressreihe mit einer Neuheit: Krankenhäuser & Altenhilfe – Verzahnte Leistung.

Als Antwort auf den demografischen Wandel sind die Krankenhausträger und die Akteure der Altenhilfe aufgefordert, gemeinsam tragfähige Strukturen zu schaffen. Neben dem Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern, eröffnen sich hier deutliche strategische Chancen. Innovative, integrierende Strukturen in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen werden sowohl für

Krankenhäuser als auch für die stationäre Altenhilfe verstärkt zu einem Wettbewerbsfaktor, der die künftige Marktposition sichert.

Auf diesem Kongress stehen Ihnen hochkarätige Experten aus Politik, Wissenschaft und Praxis Rede und Antwort. Neben einem Ausblick auf künftige Entwicklungen erhalten Sie durch die Vorstellung verschiedener Umsetzungsoptionen wichtige Impulse für die eigene strategische Entscheidung. Nutzen Sie diesen Treffpunkt, um Ihr Netzwerk zu erweitern und sich mit wichtigen Leistungserbringern aus Krankenhaus und stationärer Altenhilfe auszutauschen.

**Der Kongress richtet sich an die Verantwortlichen und Entscheider, die die Vernetzung zwischen Krankenhäusern und Einrichtungen der Altenhilfe aktiv mitgestalten wollen.**

### Veranstaltungsdaten

Termin: 21.–23.04.2010 • Veranstaltungsort: Mövenpickhotel Berlin  
Veranstalter: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Nähere Informationen entnehmen Sie: [www.dki.de](http://www.dki.de)

### Drei Kongresstage mit Topthemen und hochkarätigen Referenten:

1. Kongresstag:  
**Aktuelle Rahmenbedingungen  
in der Gesundheitsversorgung  
älterer Menschen:  
Herausforderungen und Chancen**

2. Kongresstag:  
**Krankenhäuser und Altenhilfe  
verzahnen ihre Leistungen:  
Mögliche Strukturen und  
innovative Modelle**

3. Kongresstag:  
**Gemeinsame Aufgaben lösen:  
Aktuelle Ansätze zum Umgang  
mit knappen Ressourcen**

Exklusiver Medienpartner:

**Kohlhammer**



Aufgrund der grenzüberschreitenden Wirkungen der europäischen Integration und der auch im Gesundheitswesen spürbaren Internationalisierung werden die hessischen Krankenhäuser nach Ankündigung von HKG-Präsident Holger Strehlau künftig die besonderen Bedürfnisse von Patienten und Mitarbeitern mit „Migrationshintergrund“ noch stärker berücksichtigen.

Foto: HKG

baren Internationalisierung werden sie dabei künftig die besonderen Bedürfnisse von Patienten und Mitarbeitern mit „Migrationshintergrund“ noch stärker berücksichtigen. Darauf wies der Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG), Holger Strehlau, am 3. Dezember 2009 anlässlich des Hessischen Krankenhaustages in Darmstadt vor rund 350 Vertretern von Krankenhäusern sowie vor Politikern – voran der Hessische Gesundheitsminister Jürgen Banzer – und Repräsentanten der Gesundheitswirtschaft hin. Eine ausreichende Finanzierung und engagierte Mitarbeiter seien hierfür die wichtigsten Voraussetzungen. Mit einer Informationskampagne werde die HKG deshalb die Öffentlichkeit im neuen Jahr auf die vielfältigen Leistungen der Krankenhäuser hinweisen. Dazu zähle, dass die hessischen Krankenhäuser jährlich rund 1,2 Millionen Patienten stationär behandeln und Garanten des medizinischen Fortschritts, wichtige Ausbildungsstätten für die Gesundheitsberufe, bedeutende Arbeitgeber und beachtliche Wirtschaftsfaktoren in Hessen sind.

Neben dem besonderen Engagement der Ärzte und Pflegekräfte seien vor allem spezifische fachliche Kenntnisse eine wesentliche Voraussetzung guter medizinischer Versorgung. Infolge der europäischen Integration zählten hierzu auch ein besonderes Einfühlungsvermögen für unterschiedliche Kulturen sowie entsprechende Sprachkenntnisse. So werden im Klinikum Darmstadt zentrale Aussagen zur Behandlung in dreizehn Sprachen übersetzt, Integrationsbetreuer geben ihr Wissen an Ärzte und Pflegekräfte weiter. Im Frankfurter Hospital zum heiligen Geist wurde 2007 ein Projekt zur kultursensiblen Pflege begonnen, das Klinikum Kassel bietet einen Dolmetscherdienst an, in der Vogelsbergklinik in Grebenhain gibt es einen interkulturellen Therapieansatz in der Psychiatrie und Psychotherapie. Eine immer internationalere Belegschaft in den Kliniken setze hier ebenfalls Akzente. Obwohl das Ausland viele deutsche Ärzte anlocke, würden auch die deutschen Krankenhäuser als Arbeitsplatz für Ärzte aus anderen Ländern – zum Bei-

spiel aus Österreich – immer interessanter.

Der internationale Markt eröffnet den Krankenhäusern zusätzliche Geschäftsfelder. Hessische Krankenhäuser hätten schon vor Jahren damit begonnen, international um Privatpatienten zu werben. Manche Klinikmanager seien im Ausland gefragte Spezialisten, wenn es – zum Beispiel in den arabischen Staaten – um den Aufbau moderner Versorgungsstrukturen nach deutschem Vorbild gehe.

Insgesamt hat sich der Hessische Krankenhaustag in den vergangenen Jahren nach Strehlaus Worten „zur zentralen hessischen Krankenhaustagung mit Messecharakter“ entwickelt. Annähernd 40 Industrieunternehmen und Dienstleister präsentierten im Rahmen einer begleitenden Fachausstellung auch in diesem Jahr wieder Produkte, Dienstleistungen und Trends für die Zukunft. Der Hessische Krankenhaustag habe damit ein Stück weit den Charakter einer Kongressmesse gewonnen, auf der sich die industriellen und gewerblichen Partner der Krankenhäuser mit den Entscheidern aus den hessischen Krankenhäusern treffen und austauschen könnten.

## Bayerische Kliniken erwarten eine verlässliche Gesundheitspolitik

Nach vielen Jahren turbulenter und oft nicht konsequent zu Ende gedachter Kostendämpfungspolitik sind die Krankenhäuser gespannt und erwartungsvoll, wie es in der Gesundheitspolitik nach dem Regierungswechsel in Berlin mit der stationären Krankenhausversorgung weitergeht. Nach einer fünf Jahre andauernden und erfolgreichen Einführung eines neuen Finanzierungssystems brauchen die Kliniken jetzt zwingend Kontinuität und eine verlässliche Planbarkeit der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Dennoch sehen die Vertreter der bayerischen Krankenhäuser, die am 10. Dezember 2009 an der Mitgliederversammlung der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG) in München teilnahmen, noch ausreichend



Nach Aussage des BKG-Vorsitzenden, Oberbürgermeister Franz Stumpf, ist es völlig inakzeptabel, wenn die Kliniken für die zunehmenden und schwereren Erkrankungen einer alternden Gesellschaft haften müssen.

Foto: BKG

Korrekturbedarf für die schwarz-gelbe Koalition. So müsse das Morbiditätsrisiko schnellstens wieder auf die Krankenkassen verlagert werden. Es sei völlig inakzeptabel, wenn die Kliniken für die zunehmenden und schwereren Erkrankungen einer alternden Gesellschaft haften müssen, betonte der BKG-Vorsitzende, Oberbürgermeister Franz Stumpf. Eine klare Absage erteilte Stumpf den Ideen um einen Preiswettbewerb mit Rabattverträgen zwischen Kliniken und Krankenkassen. „Wenn der neue Gesundheitsminister die alten Ideen seiner Vorgängerin Ulla Schmidt

wieder ausgräbt, stehen Qualität und Planungssicherheit der gesamten stationären Gesundheitsversorgung auf dem Spiel.“

An den Gast der BKG-Versammlung, den bayerischen Gesundheitsminister Dr. Markus Söder, richtete Stumpf die Forderung nach ausreichenden Investitionsmitteln für die Kliniken im Freistaat. „Wir wissen um die schwierigen Rahmenbedingungen in der Wirtschaftskrise, aber die Kliniken als größter Bereich in der Wachstumsbranche Gesundheitswesen können nur dann der Motor für den medizinischen Fortschritt sein und eine ausreichende und qualitative stationäre Versorgung mit höchster Qualität sichern, wenn ihnen wieder mehr Investitionsmittel zur Verfügung gestellt werden.“

Neben Stumpf wies auch BKG-Geschäftsführer Siegfried Hasenbein im Rahmen der Mitgliederversammlung auf den drohenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen hin. Das Problem fehlender Ärzte und qualifizierter Kräfte in der Pflege und in den medizinisch-technischen Bereichen werde auch dadurch verstärkt, dass die notwendige Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors in der Praxis auf viele Widerstände stoße. „Wir müssen die strikte Trennung von ambulantem und stationärem Bereich schnellstens aufbrechen und die personellen Ressourcen sowie das Know-how beider Sektoren gewinnbringend für den Patienten bündeln“, so der BKG-Geschäftsführer.

Den Kliniken gehe es dabei nicht um die Verdrängung des vertragsärztlichen Bereiches, sondern um eine Ergänzung und



MVZ bieten laut BKG-Geschäftsführer Siegfried Hasenbein die Chance, dass Ärzte optimal ambulant und stationär zusammenarbeiten können. Mit den geplanten Einschränkungen beim Betrieb von MVZ würden seiner Aussage nach viele positive Ansätze, die im Interesse von Ärzten und Patienten liegen, gefährdet. Die Koalition plane hier offenbar einen „Schritt in die falsche Richtung“.

Foto: BKG

ein sinnvolles Miteinander zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten. MVZ bieten laut Hasenbein die Chance, dass Ärzte optimal ambulant und stationär zusammenarbeiten können. Darüber hinaus kommen sie den Wünschen vieler junger Ärzte und Ärztinnen nach einem Anstellungsverhältnis entgegen, weil sie das Investitionsrisiko einer eigenständigen Niederlassung scheuen und regelmäßige Arbeitszeiten bevorzugen. Mit den geplanten Einschränkungen beim Betrieb von MVZ würden viele positive Ansätze, die im Interesse von Ärzten und Patienten liegen, gefährdet. Die Koalition plane hier offenbar einen „Schritt in die falsche Richtung“.

## Hohe Erwartungen der Kliniken in NRW an die neue Bundesregierung

Hohe Erwartungen werden von den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern in die gesundheits- und krankenhauspolitischen Weichenstellungen der neuen Bundesregierung gesetzt. Ausdrücklich begrüßt wurde auf dem Krankenhausstag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) vor mehr als 350 Teilnehmern am 8. Dezember 2009 in Neuss von führenden Krankenhausvertretern, dass in der Koalitionsvereinbarung von CDU, CSU und FDP der hohen Bedeutung des Gesundheitswesens mit seinem Innovations-, Wachstums- und Beschäftigungspotenzial Rechnung getragen wird. Neben dem scheidenden KGNW-Präsidenten, Karsten Gebhardt, diskutierten der NRW-Gesundheitsminister, Karl-Josef Laumann, die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, und DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters sowie Gesundheitsexperten der Bundes- und Landespolitik.

„Wir erwarten, dass die Bundesregierung ihren Ankündigungen nun Taten folgen lässt und bei ihren künftigen Entscheidungen zum Finanzierungsbedarf für die medizinische Versorgung die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt“, erklärte Gebhardt. Es dürfe



KGNW-Präsident Karsten Gebhardt bekräftigte im Dezember 2009 beim Krankenhausforum in Neuss die Erwartung der Krankenhäuser in NRW, dass die neue Koalition in Berlin ihren Ankündigungen aus dem Koalitionsvertrag nun Taten folgen lässt.

Foto: KGNW



NRW-Gesundheitsminister Karl Josef Laumann richtete beim Krankenhausforum der KGNW am 8. Dezember 2009 in Neuss heftige Angriffe auf die seiner Einschätzung nach bürokratische Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses bei der Erarbeitung wichtiger Richtlinien.

Foto: KGNW

## **BDPK: Wir behandeln Patienten und keine Betten**

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) appellierte am 10. Dezember 2009 an die Gewerkschaften und ihre Einrichtungen, bei den notwendigen Diskussionen über die Zukunft von Krankenhäusern auf ideologische Polemik zu verzichten und stattdessen die Belange der Patienten und Beitragszahler stärker zu beachten. Gegenwärtig würden die teils heftigen Auseinandersetzungen über den Erhalt oder die künftige Trägerschaft von Kli-

niken allzu oft nur aus Sicht der Belegschaft und ihrer Vertreter geführt, wobei diese versuchten, mit dem „Schreckgespenst Arbeitsplatzverlust“ andere Argumente zu verdrängen. Dies schade der notwendigen sachlichen und sachgerechten Weiterentwicklung des Krankenhaussektors, so Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des BDPK.

nicht sein, dass die Krankenhäuser die finanziellen Mehrbelastungen einer älter werdenden Gesellschaft mit zunehmenden und schwereren Erkrankungen schultern müssen. Das Morbiditätsrisiko sei, wie bei der ambulanten Versorgung, von den Krankenkassen zu tragen.

Mit Nachdruck forderte Gebhardt eine ausreichende Investitionsfinanzierung der Kliniken durch das Land. „Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Krankenhäuser trägerneutral im Konjunkturpaket II berücksichtigt werden. Wir müssen aber weiterhin feststellen, dass NRW in der Investitionsförderung seiner Krankenhäuser das Schlusslicht aller Bundesländer ist.“ Die NRW-Krankenhäuser erhielten mit 83 286 € pro Bett in der Zeit von 1991 bis 2008 gerade einmal die Hälfte an Investitionen im Vergleich zu den bayerischen Krankenhäusern mit 158 788 €. Nach einem Gutachten von Prof. Bert Rürup, das von der früheren Bundesregierung in Auftrag gegeben wurde, müssten die Fördermittel in NRW um jährlich zusätzlich rund 700 Mio. € erhöht werden. Die allgemeine volkswirtschaftliche Investitionsquote liege bei 18 Prozent, die entsprechende Quote im Klinikbereich in NRW betrage mittlerweile nur noch 4 Prozent. Dies bedeute einen „massiven Substanzverzehr und ein sukzessives Anwachsen des milliardenschweren Investitionsstaus“.

Ausdrücklich bekannten sich die Krankenhäuser zu ihrer aktiven Rolle bei der Überwindung der Grenzen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. „Hier fordern wir von der Bundesregierung mutige Entscheidungen.“ Auf die vorgesehene Begrenzung der Beteiligung der Kliniken an MVZ von unter 50 Prozent müsse verzichtet werden, weil sie die sektorenübergreifende Versorgung behindere. Das Know-how der Krankenhäuser in diesem Bereich bliebe ansonsten ungenutzt. Die Krankenhäuser müssten die Möglichkeit haben, durch Integrationsverträge, Kooperationen oder MVZ eine patientenorientierte Versorgung „aus einem Guss“ anbieten zu können. Gebhardt kritisierte die schleppende Zulassung von Krankenhäusern für § 116 b SGB V-Leistungen und forderte ein beschleunigtes Genehmigungsverfahren. Wie der privat versicherte Patient müsse auch ein GKV-Patient bei hochspezialisierten Leistungen speziell in der Onkologie die Möglichkeit haben, eine ambulante Behandlung am Krankenhaus wählen zu können.

Wirklich sichere Arbeitsplätze gebe es auf Dauer nur in wirtschaftlichen Krankenhäusern mit den besten Leistungen für die Patienten. Deshalb sei es erforderlich, bei der Krankenhausversorgung die Bedürfnisse der Patienten in den Mittelpunkt zu stellen, woraus zwangsläufig ein Wettbewerb um die „beste Leistung zu adäquaten Preisen“ resultiere. Dazu gehöre auch, dass die in Deutschland bestehende und politisch gewollte Trägerpluralität im Krankenhaussektor nicht angegriffen, sondern – im Sinne von mehr Patientensouveränität – gestärkt werde.

Auslöser für den Appell des BDPK ist laut Bublitz eine „emotionale Stimmungsmache“, die sein Verband bei den Gewerkschaften und gewerkschaftsnahen Organisationen zunehmend beobachtet habe. Jüngstes Beispiel sei der von der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung herausgegebene Sammelband „Privatisierung von Krankenhäusern – Erfahrungen und Perspektive aus Sicht der Beschäftigten“. In diesem Band werde unter anderem anhand der Mitarbeiterzahl je Krankenhausbett suggeriert, dass Kliniken in privater Trägerschaft eine schlechtere Personalausstattung als öffentliche Häuser hätten. Dazu Bublitz: „Tatsache ist, dass das Personal in den Kliniken Patienten behandelt und keine Betten. Das Statistische Bundesamt dokumentiert seit Jahren, dass die Anzahl der Patienten pro Arzt und Pflegekraft bei allen Krankenhausträgern nahezu gleich ist.“ Mit den Zahlenspielen und anderen Bedrohungsszenarien wolle die Gewerkschaftsseite vermutlich den Eindruck erwecken, dass wirtschaftlicher Erfolg von Kliniken zu Lasten der Mitarbeiter und der Behandlungsqualität gehe. Dies sei zwar öffentlichkeitswirksam und könne für die Mitgliederwerbung dienlich sein, es sei aber sachlich falsch und widerspreche zudem den gesamtgesellschaftlichen Erfordernissen. „Was einem der gesunde Menschenverstand sagt, haben auch wissenschaftliche Studien bewiesen, dass nämlich medizinische Qualität und wirtschaftlicher Erfolg von Kliniken in einem direkten Zusammenhang stehen. Unwirtschaftliche



BDPK-Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz appellierte an die Gewerkschaften und ihre Einrichtungen, bei den notwendigen Diskussionen über die Zukunft von Krankenhäusern auf ideologische Polemik zu verzichten und stattdessen die Belange der Patienten und Beitragszahler stärker zu beachten.

Foto: BDPK

## 2. Impfgipfel mit Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler

Für den 7. Dezember 2009 hatte Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler die Spitzenverbände der Ärzteschaft, der Krankenhäuser und der Krankenkassen sowie die einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften und ärztlichen Berufsverbände kurzfristig zum 2. Spitzengespräch zur Impfung gegen die neue Grippe eingeladen. Für die DKG nahm Hauptgeschäftsführer Georg Baum an der Tagung teil. Es be-

stand Einigkeit darüber, dass die Impfung gegen die neue Influenza trotz Erreichens des Scheitelpunktes der Grippewelle weiterhin zu empfehlen ist, wie in einer gemeinsamen Pressemitteilung im Anschluss mitgeteilt wurde.

stand Einigkeit darüber, dass die Impfung gegen die neue Influenza trotz Erreichens des Scheitelpunktes der Grippewelle weiterhin zu empfehlen ist, wie in einer gemeinsamen Pressemitteilung im Anschluss mitgeteilt wurde.

### IVKK fordert klare und faire gesetzliche Regelungen für Krankenhäuser

Eine klare gesetzliche Definition des Umfangs des staatlichen Sicherstellungsauftrags für die stationäre Krankenhausbehandlung und für integrierte Versorgungskonzepte ist die Kernforderung des Interessenverbandes kommunaler Krankenhäuser e.V. (IVKK) an die neu gewählte Bundesregierung. Im Vorfeld der Einsetzung einer Regierungskommission zur Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland verabschiedete der IVKK auf seiner Mitgliederversammlung am 11. Dezember 2009 in Stuttgart ein Positionspapier mit entsprechenden Forderungen an die Gesundheitspolitik in Bund und Ländern. „Die kommunalen Krankenhäuser bekennen sich ausdrücklich zum Prinzip wirtschaftlicher Betriebsführung mit positiven Betriebsergebnissen“, so der IVKK-Vorsitzende, Dr. Hansjörg Hermes. Dies setze jedoch einheitliche und faire Rahmenbedingungen voraus, die derzeit unter anderem im Tarifrecht und bei der Verpflichtung zur Sicherstellung des gesetzlichen Versorgungsauftrags nicht gegeben seien. Die kommunalen Kliniken würden benachteiligt. Der IVKK bekenne sich zur Trägervielfalt im Krankenhauswesen und stelle sich selbstbewusst dem Qualitätswettbewerb.

Dem Verband gehören zurzeit 74 Krankenhäuser im gesamten Bundesgebiet mit mehr als 30 000 Krankenhausbetten an. Er versteht sich als Ergänzung zu den entsprechenden Verbänden privater und freigemeinnütziger Träger und als praxisnahes Organ neben der Vertretung durch die kommunalen Spitzenverbände. Vorsitzender des IVKK bleibt nach der Wiederwahl in Stuttgart für zwei weitere Jahre Dr. Hansjörg Hermes (Osnabrück). Den Vorstand komplettieren Martin Spuckti (Oberbayern), Bernhard Ziegler (Itzehoe), Manfred Rompf (Berlin), Wilken Köster (Wolfsburg), Bernd Schulte (Brilon) und Christian Roppelt (Amberg-Sulzbach).

Nach Feststellung von Minister Rösler liegt der Impfstoff inzwischen in ausreichenden Mengen zur Impfung für alle Bevölkerungsgruppen vor. Die vorherige Bundesregierung hatte 50 Mio. Impfdosen bestellt. Angesichts der revidierten Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO), dass eine Impfdosis zur Immunisierung (zunächst) ausreicht, habe man also voraussichtlich eine Überkapazität an Impfstoff. Zurzeit werde über einen Verkauf ins europäische Ausland nachgedacht. Bisher seien etwa 5 Prozent der Bevölkerung geimpft, der Anteil der im Gesundheitswesen tätigen Geimpften werde auf etwa 15 Prozent geschätzt. Beide Anteile sollten erhöht werden, da eine epidemiologisch wirksame Unterbrechung der Infektionskette eine Durchimpfung der Bevölkerung von etwa 40 Prozent erfordere.

Prof. Dr. Jörg Hacker vom Robert-Koch-Institut (RKI) berichtete in seinem Impulsreferat, dass es sich bei dem neuen Influenza-Virus glücklicherweise um ein nur wenig pathogenes Virus handle, das aber eine hohe Mutationsrate besitze. Bisher seien jedoch in Deutschland keine Resistenzen gegen die einschlägigen Medikamente aufgetreten. Insgesamt seien mit Stand vom 7. Dezember 2009 186 000 Fälle gemeldet, in 86 Fällen von verifizierten Infektionen sei es zum Tode der Patienten gekommen. Insgesamt werde von einer hohen Dunkelziffer der Erkrankungen ausgegangen. Kinder und Jugendliche seien in besonderem Maße betroffen. In einigen Bereichen Deutschlands war die Infektionsrate Ende des Jahres 2009 bereits wieder rückläufig; damit sei der Scheitel dieser Grippewelle offenbar erreicht.

Prof. Dr. Johannes Löwer vom Paul-Ehrlich-Institut (PEI) berichtete, dass inzwischen drei Impfstoffe international und mehrere Impfstoffe national zugelassen sind. Die Nebenwirkungen dieser Impfstoffe seien vergleichbar mit anderen Grippeimpfstoffen. Sehr vereinzelt wurden anaphylaktische Reaktionen gemeldet. Auch der Verdacht eines Guillain-Barré-Syndroms sei aufgetreten, wobei die Impfung als Ursache noch nicht genau feststehe. Die Daten zu den Nebenwirkungen würden auf der Internetseite des PEI wöchentlich veröf-



Am 7. Dezember 2009 fand unter Leitung von Gesundheitsminister Dr. Rösler ein 2. Spitzengespräch zur Impfung gegen die neue Influenza statt. Vertreten waren zahlreiche Verbände, Institutionen und Fachgesellschaften. Experten referierten zu verschiedenen Aspekten der aktuellen Situation. Am Ende der Tagung bestand Einigkeit darüber, dass die Impfung gegen die neue Influenza trotz Erreichens des Scheitelpunktes der Grippewelle weiterhin zu empfehlen ist.

Foto: dpa

## Aktuelles Vorschlagsverfahren zum DRG-System 2011

Die Selbstverwaltungspartner nach § 17 b KHG sehen für die erfolgreiche Weiterentwicklung des G-DRG-Klassifikationssystems und zur Förderung seiner Akzeptanz die Notwendigkeit, externen Sachverständigen einzubinden. Daher haben die Selbstverwaltungspartner das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) erneut beauftragt, den strukturierten Dialog zur Einbindung des medizini-

fentlicht. Die Immunantwort auf die Impfstoffe sei insgesamt sehr gut, sodass bereits eine Impfdosis zumindest zunächst ausreichend sei. Insgesamt wurden bisher lediglich fünf Erkrankungen trotz Impfung (Impfdurchbrüche) bekannt, wobei diese alle zweifelhaft seien.

Prof. Dr. Friedrich Hofmann von der Ständigen Impfkommission (STIKO) erläuterte die neuen Impfpfehlungen und wies auf die Gefahr der Kontamination von Patientinnen und Patienten durch infiziertes medizinisches Personal hin. Eine Impfung des medizinischen Personals diene nicht nur dem Selbstschutz, sondern insbesondere auch dem Schutz der ihnen anvertrauten Patienten. 70 Prozent der Erkrankten insgesamt fielen in die Altersgruppe zwischen sechs und 24 Jahren und seien zuvor völlig gesund gewesen.

In der Diskussion nach diesen drei Impulsreferaten beim 2. Impfgipfel wurde unter anderem festgestellt, dass die Kommunikation zwischen der Ärzteschaft und den Behörden deutlich verbesserungsbedürftig ist. Durch Kommunikationsfehler sei es zu einer Verunsicherung in der Bevölkerung gekommen. Hier sei eine Fehleranalyse notwendig, um für den eventuellen Fall einer tatsächlich hoch pathogenen Virusepidemie besser gerüstet zu sein. Die unterschiedliche Organisation der öffentlichen Gesundheitsdienste in den Ländern solle „möglichst harmonisiert werden“.

Es bestand Einigkeit darüber, dass unter den Aspekten des Selbstschutzes und des Fremdschutzes ein gemeinsames positives Signal an das Personal im Gesundheitswesen für eine Impfung gegen das neue Grippevirus gegeben werden soll. Dabei genüge zunächst eine einmalige Impfung. Kinder bis zum 10. Geburtstag sollen mit der Hälfte der Erwachsenenendosis geimpft werden. Zurzeit ist der Scheitelpunkt der Welle erreicht, was bedeutet, dass noch einmal ca. 180 000 weitere Erkrankungen zu erwarten sind. Weitere Wellen der Epidemie könnten nicht ausgeschlossen werden. Sehr wichtig sei der passive Schutz von Säuglingen unter sechs Monaten, da diese nicht aktiv immunisiert werden könnten. In Krankenhäusern gilt dies zum Beispiel für die Berufsgruppen der Hebammen.

*Dr. Bernd Metzinger MPH, Geschäftsführer in der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Dezernat Personalwesen und Krankenhausorganisation*

schon, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen durch ein regelhaftes Verfahren zu führen.

Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011“ (Vorschlagsverfahren für 2011) wurde am 30. November 2009 mit der Veröffentlichung der Verfahrensweise im Internet eröffnet. Es entspricht im Wesentlichen dem vorangegangenen Vorschlagsverfahren. Auf einige wichtige Punkte wurde besonders hingewiesen:

1. Wie bei den vorherigen Vorschlagsverfahren können die Vorschläge für 2011 ausschließlich per E-Mail an das InEK übermittelt werden (Vorschlagsverfahren@inek-drg.de). Zu diesem Zweck ist das „Tool zum Vorschlagsverfahren für 2011“ zu verwenden. Dieses steht zum Download zur Verfügung. Die hiermit erzeugten Dateien sind in einer nicht gezippten Form zu übersenden. Der Eingang der E-Mail wird durch Rückantwort bestätigt.
2. Änderungsvorschläge sind bis zum 31. März 2010 beim InEK einzureichen. Nur bei Vorschlägen, die bis zum 28. Februar 2010 eingebracht werden, können im Fall von Unklarheiten Rückfragen vom InEK zur Präzisierung bei komplexen Problemstellungen vorgenommen werden. Änderungsvorschläge, die erst bis zum 31. März 2010 zugesandt werden, lassen aus den Erfahrungen der vorhergehenden Vorschlagsverfahren eine Rückfrage durch das InEK nicht mehr zu.
3. Änderungsvorschläge zum ICD-10-GM Version 2011 bzw. zur OPS Version 2011 können ausschließlich beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingereicht werden. Die dortige Eingabefrist ist zu beachten.
4. Gemäß dem Beschluss der Selbstverwaltungspartner nach § 17 b KHG werden die Namen der Antragsteller sowie eine gekürzte Darstellung des Inhalts ihrer Vorschläge veröffentlicht.
5. Bei den zurückliegenden Vorschlagsverfahren haben Beschreibungen von Einzelfallbeispielen zugenommen. Diese Hinweise folgen den Erfahrungen der Krankenhäuser bzw. der Kostenträger. Die Konstellationen werden dabei

häufig anhand einzelner Kodes vorgetragen. Die zugrunde liegende Problematik ist allerdings mit diesen Einzelkodes in der Regel nicht abschließend beschrieben. Sie führen damit zu unbefriedigenden Ergebnissen, allenfalls aber zu Teillösungen. Um diese Vorschläge sinnvoll bearbeiten zu können, bedarf es meist Nachfragen, Konkretisierungen, der Erarbeitung umfassenderer Lösungen und unter Umständen auch der Kontaktaufnahme mit Fachgesellschaften. Durch eine frühe Übermittlung der Vorschläge (spätestens bis 28. Februar) wäre die Nachfragetätigkeit intensivierbar. Bei der Übermittlung derartiger Vorschläge nach dem 28. Februar besteht das Risiko, dass sich die Bearbeitung um ein Jahr verzögern kann.

6. Generell wurde darauf hingewiesen, dass MDC-übergreifende Änderungsvorschläge (zum Beispiel Kodeverschiebungen) einen weit reichenden Umbau darstellen. Demzufolge werden derartige komplexe Umbauten, von denen verschiedene Fachgesellschaften betroffen sind, in der Regel nur dann durchgeführt, wenn vorab eine Abstimmung zwischen den betroffenen Fachgesellschaften stattgefunden hat. Deshalb sollten MDC-übergreifende Vorschläge wegen der großen Tragweite und Besonderheit des Themas vorher mit den betroffenen Fachgesellschaften abgestimmt sein.

Unverändert gilt und sollte besondere Beachtung finden: Änderungsvorschläge sollten zur Qualifizierung und Bündelung sowie einer beschleunigten Bearbeitung relevanter Probleme primär nicht von Einzelpersonen, sondern über entsprechende Organisationen und Institutionen im Gesundheitswesen eingebracht werden. Ein Vorteil durch die Eingabe von gleichen Vorschlägen über mehrere Institutionen ergibt sich nicht. Die Problembeschreibungen und Lösungsansätze sollten möglichst präzise formuliert werden.

Es ist das primäre Ziel der Selbstverwaltung, Lösungen im DRG-System auf der Basis der „Vereinbarung über die Einfüh-

rung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17 b KHG“ vom 27. Juni 2000 zu finden.

Das Vorschlagsverfahren benötigt detailliertere Angaben, als sie typischerweise im Verfahren „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ gemäß § 6 Absatz 2 KHEntgG übermittelt wurden. Es wurde daher darauf hingewiesen, dass gegebenenfalls eine ausführlichere Eingabe im Vorschlagsverfahren für 2011 im Interesse der Antragsteller ist. Formal handelt es sich um zwei unterschiedliche Ebenen der Systementwicklung.

Die Verfahrensbeschreibung für das laufende Vorschlagsverfahren finden Sie im Bereich „Verfahrensbeschreibung“ unter [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de).

## Gemeinsamer Bundesausschuss ab sofort in Berlin

Nach etwas mehr als einem Jahr Bauzeit hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 4. Januar 2010 offiziell die Arbeit in seinem neuen Dienstsitz in Berlin in unmittelbarer Nachbarschaft zur DKG, zur KBV und zur Bundesärztekammer aufgenommen. Sämtliche Gremiensitzungen einschließlich der monatlichen Sitzung des Plenums finden von nun an in dem sechsstöckigen Bürogebäude im KPM-Quartier Charlottenburg nahe dem S-Bahnhof Tiergarten statt, teilte der G-BA mit. Die neuen Räumlichkeiten bieten neben den Sitzungssälen Platz für die Büros von derzeit rund 80 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle des G-BA. Investor und Vermieter des Objekts ist die Apo Vermietungsgesellschaft GmbH, eine Gesellschaft der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (Apobank). Errichtet wurde das Gebäude von der ABG Allgemeine Bauträgersgesellschaft mbH & Co. KG aus München. Die neue Anschrift des G-BA lautet: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Wegelystr. 8, D-10623 Berlin, Telefon: 0 30/27 58 38-0



**Müller, Joachim: Der Jahresabschluss im Krankenhaus. Leitfaden zur Aufstellung des Jahresabschlusses nach der KHBV und dem Krankenhausfinanzierungsrecht, 4., überarbeitete Auflage, erschienen im Dezember 2009 bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft Düsseldorf, 243 Seiten, kartoniert, 29 €, ISBN-13: 978-3-940001-58-0.**

Der in seiner Voraufgabe bereits als „ausgezeichnetes Buch“ (Prof. Dr. Winfried Zapp) bezeichnete Leitfaden „Jahresabschluss im Krankenhaus“ liegt nun in einer 4. Auflage (Rechtsstand Ende September 2009) vor. Diplom-Volkswirt, Wirtschaftsprüfer und Steuerberater Joachim Müller berücksichtigt darin die Gesetzesänderungen durch das Kranken-

hausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), die Änderungen durch das Bilanzrechtsmodernisierungsgesetz (BilMoG) inklusive des Entwurfs der Rückstellungsabzinsungsverordnung, die Änderungen durch das Krankenhausgestaltungsgesetz NRW (KHGG NRW) und die neuen Grundlagen zur Umsatzbesteuerung der Krankenhausumsätze.

Relevante Änderungen ergeben sich im Bereich der Ausgleichsberechnung, im Bereich der Rückstellungsbildung (Ansatz) und der Rückstellungshöhe (Bewertung), im Bereich der Bilanzierung der Überlieger, im Bilanzformblatt der Krankenhäuser (KHBV), im Anhang sowie Lagebericht. Umfangreiche praxisnahe Anlagen mit Checklisten runden den Leitfaden auch in der 4. Auflage ab.