

Georg Baum

Enttäuschender Rückfall in Kostendämpfungspolitik

Während des absoluten politischen Aktivitätentiefs in der Berliner Sommerpause wurde im Bundesministerium für Gesundheit intensiv an der gesetzestechischen Umsetzung der Eckpunkte zur GKV-Finanzierungsreform gearbeitet. Heraus kam zunächst der Diskussionsentwurf und nur wenige Tage später am 25. August 2010 der Referentenentwurf eines „Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz, GKV-FinG)“. Am 10. September 2010 findet im Bundesgesundheitsministerium eine Anhörung zu dem Gesetzentwurf statt, auf die sich die DKG mit einer differenzierten Stellungnahme vorbereitet. In einer ersten kritischen Durchsicht hat DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum Licht und Schatten des Gesetzentwurfs analysiert und aus der Sicht der Krankenhäuser die gravierendsten Schwachpunkte herausgearbeitet.

Wie der Titel des Gesetzentwurfs deutlich macht, liegt der politische Schwerpunkt in der Abarbeitung eines schwierigen Vorhabens der Koalition, der Stärkung der Finanzierungsgrundlagen der GKV und der Beendigung der Prämiendiskussion. Diktiert vom Handlungsbedarf, den sich die Koalition mit der Schätzung eines Defizits von bis zu 11 Mrd. € für 2011 selbst gesetzt hat, wird die Finanzierungsreform – wie alle Gesundheitsreformen – mit Kostendämpfungsmaßnahmen verknüpft. Soziale Symmetrie im Gesundheitswesen geht – auch in dieser Koalition – weit über die ansonsten in der Sozialversicherung übliche einkommensorientierte Lastenverteilung hinaus. Diejenigen, die die Leistungen für die Patienten erbringen, werden in die Mithaftung für die Finanzierbarkeit der Leistungen genommen. „Eine Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung kann nicht nur die Einnahmenseite betrachten, sondern muss mit notwendigen Maßnahmen auf der Ausgabenseite verbunden sein. Die Leistungserbringer und die Krankenkassen müssen ihren Teil zur Konsolidierung beitragen“, wird gleich in der Einleitung des Gesetzentwurfs formuliert. Konkret sind zur Ausgabenbegrenzung vorgesehen:

- Die Verwaltungskosten der Krankenkassen dürfen in den nächsten beiden Jahren im Vergleich zum Jahr 2010 nicht ansteigen.
- Für Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr zusätzlich vereinbaren (Mehrleistungen), wird ein Abschlag festgelegt, dessen Höhe im Jahr 2011 bei 30 Prozent liegt und der ab 2012 vertraglich zu vereinbaren ist.
- Die Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürfen in den Jahren 2011 und

2012 lediglich in Höhe der halben statt der vollen Grundlohnrate wachsen.

- Durch verschiedene Regelungen wird der Ausgabenzuwachs bei der Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung in den Jahren 2011 und 2012 insgesamt begrenzt. Kostenrisiken aus Preiserhöhungen und bestimmten Mengenzuwächsen werden ausgeschlossen. Medizinisch nicht begründbare Ausgabenentwicklungen der „extrabudgetär“ zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen werden begrenzt.
- Das Vergütungsniveau in der hausarztzentrierten Versorgung wird begrenzt. Es gilt Vertrauensschutz für Verträge, die bis zum Kabinettsbeschluss rechtsgültig sind.
- Die Punktwerte und Gesamtvergütungen für vertragszahnärztliche Behandlungen ohne Zahnersatz dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der für das jeweilige Jahre festgestellten Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen. Ab dem Jahr 2012 wird das Vergütungssystem für die vertragszahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz weiterentwickelt.

Die sich aus diesem Maßnahmenbündel ergebenden Einsparungen werden im Gesetzentwurf wie folgt beziffert:

- Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen auf das Niveau 2010
 - rund 0,3 Mrd. € in 2011 und
 - zusätzlich rund 0,3 Mrd. € in 2012
- Begrenzung des Anstiegs der akutstationären Preise und der Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf die Hälfte der „Grundlohnrate“
 - rund 0,15 Mrd. € in 2011 und
 - zusätzlich rund 0,3 Mrd. € in 2012
- Mehrleistungsabschläge bei Krankenhäusern
 - rund 0,35 Mrd. € in 2011
 - rund 0,27 Mrd. € in 2012
- Begrenzung des Anstiegs der zahnärztlichen Vergütung von Zahnbehandlung auf die Hälfte der „Grundlohnrate“
 - rund 0,02 Mrd. € in 2011
 - zusätzlich rund 0,04 Mrd. € in 2012
- Durch die Begrenzung der Vergütungen im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung werden Mehrausgaben in einer Größenordnung von bis zu 0,5 Mrd. € vermieden. ▶

Zusammen mit den ausgabenbegrenzenden Regelungen im Arzneimittelbereich und bei der Impfstoffversorgung, die im Rahmen des Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften sowie des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der GKV geregelt werden, ergeben sich laut Referentenentwurf Einsparungen „in einer geschätzten Größenordnung von rund 3,5 Mrd. € in 2011 und rund 4 Mrd. € in 2012“.

Stärkung der Finanzgrundlagen

Der eigentliche Kern der Reform, die Stärkung der Finanzgrundlagen der GKV über Zusatzbeiträge, wird mit den folgenden Eckpunkten beschrieben:

- „Die vor dem Hintergrund der Wirtschafts- und Finanzkrise mit Steuermitteln im Jahr 2009 erfolgte vorübergehende Absenkung des Beitragssatzes der Krankenkassen um 0,6 Prozentpunkte läuft zum Jahresende 2010 aus. Damit wird der paritätisch finanzierte Beitragssatz für Arbeitgeber und Arbeitnehmer wieder auf 14,6 Prozent – wie vor der Senkung durch das Konjunkturpaket II – angehoben zuzüglich der mitgliederbezogenen Beitragsanteils von 0,9 Prozentpunkten.
- Der Arbeitgeberbeitrag wird auf der Höhe von 7,3 Prozent festgeschrieben. Damit wird der Automatismus durchbrochen, dass Ausgabensteigerungen zwangsläufig zu steigenden Lohnkosten führen.
- Unvermeidbare, über die Einnahmeentwicklung hinausgehende Ausgabensteigerungen werden durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert. Kassenindividuell festgelegte, sozial ausgeglichene einkommensunabhängige Zusatzbeiträge dienen darüber hinaus der Sicherung einer guten Versorgung, die auch den medizinischen Fortschritt berücksichtigt.
- Die Krankenkassen erhalten mit der Weiterentwicklung des Zusatzbeitrags wieder mehr Finanzautonomie. Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wirkt als transparentes Preissignal. Er verleiht den gesetzlichen Krankenkassen Spielräume, um gute Verträge zu gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können. Mit der Weiterentwicklung des Zusatzbeitrags wird die für eine wettbewerbliche Ausrichtung unerlässliche Beitragsflexibilität gewährleistet.“

Aus der Sicht der Krankenhäuser als dem größten Leistungserbringerbereich ist zunächst zu begrüßen, dass die Einnahmenseite der GKV gestärkt wird. Dem System werden zusätzliche Mittel in der Größenordnung von 6,3 Mrd. € durch die Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes und noch einmal 2 Mrd. € in Form eines weiteren Bundeszuschusses zur Verfügung gestellt. Die Ent-Deckelung der Zusatzbeiträge schafft dem Grunde nach ein Ventil für die Finanzierung eines wachsenden medizinischen Versorgungsbedarfs. Bleibt nur zu hoffen, dass die Politik dann auch den Mut hat, zu diesem Instrument zu stehen, wenn einzelne Krankenkassen davon Gebrauch ma-

chen. Die Zusatzbeiträge sind von den Versicherten alleine aufzubringen. Werden 2 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens eines Versicherten durch die Höhe eines festzustellenden bundesdurchschnittlichen Zusatzbeitrags überschritten, löst dies soziale Ausgleichsmaßnahmen aus, die von den beitragsabführenden Arbeitgebern bzw. Sozialversicherungsträgern zu organisieren sind.

Über die Akzeptanz und Funktionsfähigkeit dieses Modells wird sicherlich im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch viel diskutiert werden. Mit Sicherheit auch noch intensiv diskutiert werden dürfte das Ziel der Bundesregierung, einen leichteren Übertritt von der GKV in die PKV zu schaffen. Die bisherige Wartezeit von drei Jahren soll entfallen. Damit wird zwar das Finanzierungsaufkommen der GKV geschwächt. Der Gesetzesentwurf geht von einem Volumen von 200 Mio. € aus. Aus Leistungserbringungssicht wird aber zugleich das Finanzierungspotenzial für das Gesundheitswesen durch mehr privat Versicherte gestärkt.

Rückfall in Kostendämpfungspolitik

Aus Leistungserbringer- und insbesondere Krankenhaussicht ist der Rückfall in eine Politik der Kostendämpfung höchst bedauerlich. Zur besseren Nachvollziehbarkeit ist die Rückversetzung in die Zeit der Finanzkrise um den Euro und der Krise der öffentlichen Haushalte, die noch vor einigen Monaten Denken und Handeln in der Politik bestimmt haben, hilfreich, gleichwohl wenig tröstlich. Dass sich in nur wenigen Monaten die wirtschaftliche Entwicklung, die Lage auf dem Arbeitsmarkt und auch die Erwartungen für die öffentlichen Haushalte deutlich verbessert haben, hält den Zug in Richtung Kostendämpfung offensichtlich nicht mehr auf. Umso weniger verständlich ist allerdings die Fortführung der Kostendämpfungsmaßnahmen auch im Jahr 2012. Für 2012 gibt es kein GKV-Defizit, das zu decken wäre. Hier sollen die Leistungserbringer mit 4 Mrd. € dazu beitragen, Vermögensstände bei den gesetzlichen Krankenkassen aufzubauen, damit diese so lange wie möglich vom Instrument der Zusatzbeiträge keinen Gebrauch machen müssen. Ob die Koalition sich mit dieser Strategie einen Gefallen getan hat, ist zu bezweifeln. Die Gewöhnung an die Zusatzbeiträge muss dann im Wahljahr 2013 erfolgen. Dies dürfte diesem Instrument keine gute Prognose verschaffen.

Die Begrenzung der Kostendämpfungsmaßnahmen auf das Jahr 2011 zur Deckung des vermuteten 11 Mrd. € Defizits ist einer der zentralen Forderungspunkte der DKG an die Regierungskoalition. Wie bereits in der Augustausgabe dieser Zeitschrift dargestellt, hat sich das Präsidium der DKG nicht grundsätzlich gegen Ausgabenzuwachsbegrenzungen gewandt. Voraussetzung ist allerdings, dass die Lasten, die den Krankenhäusern aufgebürdet werden, auch tragbar sind. Vor allem muss sichergestellt sein, dass die Verteilung der Lasten zwischen den Leistungserbringern und im Verhältnis zu den Krankenkassen gerecht und fair erfolgt. Gemessen an diesen Kriterien sind die im Krankenhausbereich vorgesehenen Maßnahmen erheblich direkter und einschneidender angelegt als

bei den Ärzten, den Zahnärzten oder bei den Verwaltungsausgaben der Krankenkassen. Letzteres hat ohnehin nur den Charakter einer appellativen Sollgröße. Direkte Mechanismen zur Begrenzung der Verwaltungsausgaben sieht der Gesetzentwurf nicht vor.

Den Kürzungselementen des Gesetzentwurfs ist zuzugestehen, dass sie Zuwächse begrenzen und nicht, wie vom GKV-Spitzenverband gefordert, den Leistungsbereichen finanzielle Mittel aus der Basis entziehen. Aber auch eine Zuwachsbegrenzung kann harte Auswirkungen haben. Dies ist mit der Vorgabe einer halbierten Grundlohnrate in Höhe von 0,25 Prozent für das Jahr 2011 im Krankenhausbereich in besonderem Maße der Fall. Eine ohnehin viel zu niedrige Grundlohnrate wird nicht nur halbiert, sondern die mit dem KHRG versprochene und im Gesetz stehende Abschaffung der Grundlohnratensbudgetierung wird ausgesetzt. Das gesamte Leistungserbringungssystem wird vom Grundsatz her wieder stärker auf die Grundlohnrate und auf Budgetbegrenzungen zugeschnitten. Dies gilt auch für die ärztliche Vergütung. Insofern ist zwischen den politischen Artikulationen zur Unbrauchbarkeit der Grundlohnrate als Steuerungsinstrument für das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen und dem tatsächlichen gesetzgeberischen Handeln ein maßgeblicher Widerspruch festzustellen. Das ist mehr als enttäuschend. Bleibt nur zu hoffen, dass die Koalition die Kraft haben wird, den Kostenorientierungswert gemäß KHRG auch dann freizugeben, wenn die Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben müssen.

Zusatzkosten der Krankenhäuser können nicht refinanziert werden

Definitiv sicher ist, dass mit der halben Grundlohnrate im Jahr 2011 ein preisbedingter Vergütungsvolumenzuwachs von lediglich 150 Mio. € für die Krankenhäuser zur Verfügung steht. Damit können die 1,5 Mrd. € Zusatzkosten, die auf die Krankenhäuser zukommen, nicht ansatzweise refinanziert werden. Verschärft wird die aus der Halbierung der Grundlohnrate resultierende Mittelverkürzung durch die konsequente Geltung der Ratenhalbierung für weitere Elemente der Landesbasisfallwertverhandlungen. Die nach § 10 Absatz 3 Ziffer 5 KHEntgG zu Lasten der Landesbasisfallwerte absenkend zu berücksichtigenden Ausgabenentwicklungen bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, findet angesichts der niedrigen Grundlohnrate in viel größerem Umfang statt. Leistungsentwicklungen oberhalb von 0,25 Prozent gehen sofort zu Lasten der Landesbasisfallwerte aller Krankenhäuser. Auch für die Ermittlung des einheitlichen Bundesbasisfallwertes gilt an Stelle der vollen Grundlohnrate nur die halbe Grundlohnrate. Beide Vorgaben führen zu einer weiteren Verkürzung der Mittel für die Krankenhäuser im Jahr 2011. Lediglich die nach der BpflV abrechnenden und insbesondere die psychiatrischen Krankenhäuser behalten die Möglichkeit, bei Vorliegen von Ausnahmetatbeständen nach § 6 Absatz 1 BpflV die Obergrenzen zu überschreiten. Dies gilt auch für die Berücksichtigung von Tariflohnsteigerungen, die gemäß § 6

„So gut wie das Original?“

Service Solutions
Secure your investment

Was auf den ersten Blick als eine gute Wahl erscheint, kann sich später als gewagtes Unterfangen erweisen. Wenn es aber um die Sicherheit der Patienten geht, sollten Sie niemals ein Risiko eingehen. Olympus hat strenge Qualitätsmaßstäbe gesetzt, um Ihre Patienten zu schützen und Ihre Investition langfristig zu sichern!

- Reparaturen entsprechend Herstellerspezifikationen
- Ausschließlich Verwendung von Originalteilen für uneingeschränkte Funktionalität und Sicherheit
- Garantie höchster Hygienestandards und Rückverfolgbarkeit aller Reparaturen
- Strengste Beachtung der CE-Kennzeichnungs- und MDD-Anforderungen
- Flexible Vertragsmodelle, auch für Ihre Endoskopie!

Olympus Medical Service – Mehr als eine einfache Reparatur!

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

www.olympus.de

DAMIT
IHR ENDOSKOP
100%
ORIGINAL
BLEIBT!

BPfIV zumindest anteilig oberhalb der halbierten Veränderungsrate von diesen Häusern weiterhin geltend gemacht werden können. Diese Form der Berücksichtigung der Tarifsteigerungen muss für alle Krankenhäuser gelten. Dies ist eine weitere zentrale Forderung der DKG an die Politik.

Als Fazit zur Grundlohnratenbegrenzung bleibt festzustellen, dass sie zu restriktiv wirkt, keine Rücksicht auf unabwendbare Personalkostensteigerungen nimmt und ordnungspolitisch ein Rückfall in die einnahmenorientierte Leistungsdeckelung bedeutet. Der zugesagte Kostenorientierungswert wird nicht gewährt. Vertrauen in die Stabilität und Verlässlichkeit der Gesetze wird damit nicht gefördert. Wird an der Halbierung der Grundlohnrate auch noch im Jahr 2012 festgehalten, wäre dies ein verheerendes Signal zu Lasten der Attraktivität der Arbeitsplätze im Gesundheitswesen. Noch mehr Rationalisierung, noch weniger Zeit am Krankenbett und so gut wie keine Spielräume für Tarifsteigerungen sind keine ermutigenden Perspektiven für die nächsten zwei Jahre und für die Lösung der sich täglich weiter verschärfenden Personalnöte im Gesundheitswesen.

Damit nicht genug. Die Vergütungen für 2011 neu vereinbarte Leistungen werden um 30 Prozent gekürzt, gehen nicht länger zu 100, sondern nur zu 70 Prozent in die Budgets vor Ort ein und führen zu hausindividuellen Abschlägen, die über alle Leistungen des Budgets des einzelnen Krankenhauses verrechnet werden. Die Koalition geht von 2 Prozent zusätzlichen Leistungen im Jahr 2011 aus und damit von einem Kürzungsvolumen in Höhe von 350 Mio. €. Der Abschlag soll allerdings nur für das jeweilige erste Budgetjahr gelten, 2012 werden die neuen Leistungen aus 2011 zu 100 Prozent in den Budgets berücksichtigt. Zumindest diesen Lichtblick sieht der Gesetzentwurf vor. Völlig inakzeptabel ist aber der weiterhin fortbestehende doppelte Belastungseffekt, der hier aus Mehrleistungen, welche die Krankenhäuser zur Versorgung der Patienten erbringen müssen, zu Buche schlägt. Zusätzliche Leistungen mindern bereits heute nach § 10 KHEntgG die Landesbasisfallwerte. Dieser Minderungseffekt wurde durch die Ausweitung auf die Fallschwere im Zuge des KHRG noch verschärft. Schon heute zahlen die Krankenkassen für ein um 2 Prozent steigendes Leistungsvolumen im Durchschnitt nur 60 Prozent. 40 Prozent Erlösvolumen gehen bereits durch die Degression der Landesbasisfallwerte den Krankenhäusern insgesamt verloren. Dies können 2011 400 Mio. € oder sogar mehr sein. Kommen nun noch 350 Mio. € auf der Ortsebene hinzu, werden Leistungen im Werte von mehr als 1 Mrd. € (entspricht 2 Prozent Zuwachs) von den Krankenkassen zum Dumpingpreis von etwa 250/300 Mio. € eingekauft. Im Umfang von etwa 700 bis 750 Mio. € und damit 75 Prozent werden den Krankenhäusern Morbiditätslasten aufgebürdet, die von der Allgemeinheit und den Versicherungen zu tragen wären.

Doppelte Degression zu Lasten der Krankenhäuser

Auch wenn die Begründung zum Gesetzestext etwas anderes assoziiert: Die doppelte Degression – voller Umfang auf Orts-

und Landesebene – kommt voll zu Lasten der Krankenhäuser zum Tragen. Dass DRG- bzw. Zusatzentgeltleistungen mit sehr hohen Sachkostenanteilen von der 30-prozentigen Absenkung ausgenommen werden, mindert die besondere Härte dieser kumulierten Kürzungen nicht. Davon betroffen ist alles, was zur Erhöhung des Leistungsvolumens (Casemix-Volumen) führt. Selbst DRG-Katalogeffekte oder die Vergütungen zusätzlicher Leistungen zum Beispiel infolge der Eröffnung einer neuen Station oder Abteilung würden um 30 Prozent gekürzt. Das Gesamtpaket – die Halbierung der Grundlohnrate und die 30-prozentige Kürzung der Vergütungen für zusätzlich vereinbarte Leistungen – nimmt die Krankenhäuser in weit stärkerem Umfang in die Pflicht zur Sanierung der Krankenkassen als Ärzte und Zahnärzte. Zudem sollen die Krankenhäuser auch für die PKV bluten, denn auch die Leistungszuwächse für Selbstzahler unterliegen der 30-prozentigen Minderung.

Bei der Berechnung des von der Koalition erwarteten GKV-Defizits für 2011 wurde von einem Anstieg der Krankenhausausgaben in Höhe von 3,4 Prozent bzw. 2 Mrd. € ausgegangen. Angesichts der Kürzungsmaßnahmen käme es 2011 zu einer Ausgabenbegrenzung für die Krankenhausleistungen auf unter 1 Mrd. €. Gemessen an den erwarteten 2 Mrd. € würden die Krankenhäuser ein Sanierungsvolumen von etwa 1 Mrd. € erbringen. Eine solche gigantische Summe geht weit über Zuwachsbegrenzungen hinaus und erfordert Korrekturen.

Einer der wenigen positiven Punkte für die stationäre Versorgung in diesem Referentenentwurf ist die vorgesehene Öffnung bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte zugunsten zusätzlicher Mittel, die zum Beispiel in der Kinderonkologie als Zuschläge vereinbart werden. Es wird sichergestellt, dass diese Mittel nicht auch noch weggekappt werden. Schlimm genug, dass dies bislang möglich war. Aber auch das ist nur die „halbe Miete“. Weiterhin unberücksichtigt bleiben Kosten, die durch Beschlüsse des G-BA den Krankenhäusern aufgebürdet werden.

Zu berücksichtigen sind massive Kostensteigerungen, die den Krankenhäusern von der Politik aufgebürdet werden. Im Einzelnen sind das:

- Erhöhung des Beitragssatzes der Arbeitslosenversicherung von 2,8 auf 3 Prozent mit Mehrkosten für die Krankenhäuser als Arbeitgeber von 32 Mio. €.
- Erhöhung des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung von 7 auf 7,3 Prozent mit Mehrkosten von 78 Mio. €.
- Mehrkosten durch Einstellungen zur Kompensation der Verkürzung des Zivildienstes auf sechs Monate in Höhe von 140 Mio. €.
- Mehrkosten durch die Preiserhöhungen bei Krebsarzneimitteln (Zytostatika) infolge der Rabatte, die die Krankenkassen bei den Herstellern abschöpfen und diese zum Anlass für Preiserhöhungen im Krankenhausbereich nehmen in Höhe von 100 Mio. €.
- Höhere Einkaufspreise für patentgeschützte Arzneimittel, weil die pharmazeutische Industrie die Einführung des 16-prozentigen Rabatts zugunsten der GKV durch Preiserhöhungen im stationären Sortiment kompensiert. ▶

- Mehrkosten durch den bürokratischen Aufwand deutlich ausgeweiteter Dokumentationsverpflichtungen:
 - verpflichtende Dokumentation des gesamten Leistungsgeschehens in der Psychiatrie;
 - erweiterte Erfassung des Plegeaufwandes;
 - Neueinführung einer verpflichtenden Kodierung sämtlicher ambulanten Behandlungsfälle;
 - ausgeweitete Dokumentationsverpflichtung durch die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung durch den G-BA.

Zusätzlich zu den vom Gesetzgeber induzierten oder durch bürokratische Verpflichtungen verursachten Kostensteigerungen haben die Krankenhäuser aus den Tariflohnsteigerungen für 2011 über 1 Mrd. € direkte Lasten zu tragen. Hinzu kommen übertarifliche Aufwendungen infolge des Ärztemangels. Auch die Sachkosten der Krankenhäuser einschließlich der Energieversorgung steigen regelmäßig höher als die allgemeine Preissteigerungsrate.

Abkehr vom maßgeblichen Grundprinzip des DRG-Systems

Mit der Absenkung der Vergütungen zusätzlicher Leistungen geht die Koalition von einem maßgeblichen Grundprinzip des DRG-Systems – „gleiche Preise für gleiche Leistungen“ – ab. Krankenhäuser, die zusätzliche Leistungen zu erbringen haben, müssen Abschläge hinnehmen. Es kommt zur Verzerrung der Vergütungen zwischen den Krankenhäusern. Dieser Effekt wird durch die vorgesehene Einführung von Preisverhandlungen bei zusätzlichen Leistungen als Dauerregelung ab 2012 noch verschärft. Während der Diskussionsentwurf hier noch einen Prüfvorbehalt formulierte, sieht der Referentenentwurf für die Kabinettsentscheidung an dieser Stelle eine endgültige Regelung vor. Zwar soll die Kürzung eines Jahres im jeweiligen Folgejahr nicht weiter fortgelten, nur jeweils die neuen Leistungen eines Jahres unterliegen den vorgesehenen Kürzungsverhandlungen. In Kombination mit der unverändert fortbestehenden Degression der Landesbasisfallwerte würden den Krankenhäusern dauerhaft und in nicht akzeptablem Umfang die Morbiditätslasten aufgebürdet.

Zu hinterfragen ist die ordnungspolitische Konsistenz. Der Rückfall in Selbstkostenbudgets droht, wenn immer wieder versucht wird, Vorteile der Kostendegression abzuschöpfen. Bei den Verhandlungen mit den Kostenträgern müssen die Krankenhäuser zwangsläufig mit Selbstkosten argumentieren. Damit ein Schiedsstellenvorsitzender am Ende entscheiden kann, ist der Weg zurück zu Selbstkostennachweisen vorgezeichnet. Bei den Hausärzten werden die Vergütungen auf Kollektivvertragsniveau vereinheitlicht; in keiner anderen ärztlichen Gebührenregelung werden den Kostenträgern gegenüber einzelnen Ärzten Preisabsenkungsoptionen eröffnet. Nur im Krankenhausbereich soll diese Art der Vergütungskürzung eingeführt werden. Mit der Wucht ihrer Marktmacht können die Krankenkassen die Krankenhäuser „gemeinsam und einheitlich“ in die Zange nehmen. Nicht einmal der Schutz, der

der pharmazeutischen Industrie bei den Rabattverhandlungen durch die wettbewerbsrechtlichen Neuregelungen in der parallel laufenden Arzneimittelgesetzgebung gewährt wird, würde für die Krankenhäuser gelten. An die Stelle des Festpreises nach zehn Jahren aufwendiger DRG-Entwicklung tritt das Rabattrecht für Krankenkassen. Mit wettbewerblicher Preisbildung hat dies nichts zu tun, wohl aber mit mehr Macht der Krankenkassen. Mit diesem Gesetzentwurf wird der ordnungspolitische Rahmen für die Krankenhausfinanzierung stark verändert, ohne dass darüber mit den maßgeblich Betroffenen gesprochen wurde. Das gilt auch für die definitive Streichung des Satz 2 in § 10 Absatz 13 KHEntgG, der die Konvergenz zu bundeseinheitlichen Preisen ab 2015 einleiten sollte. Dieses Ziel wird damit aufgegeben.

Die DKG appelliert an die Koalitionsparteien,

- Öffnungsklauseln für die unabwendbare Personalkostenlast der Krankenhäuser vorzusehen,
- Kürzungskumulationen auszuschließen,
- die Kürzungen nicht in 2012 fortzuführen,
- und es für die Kliniken, wie bei allen anderen ärztlichen Leistungsbereichen, bei festen Vergütungen zu belassen.

Anschrift des Verfassers

*DKG-Hauptgeschäftsführer Diplom-Volkswirt Georg Baum,
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Wegelystraße 3, 10623 Berlin* ■

Krankenhäuser unverhältnismäßig belastet

„Der von der Regierungskoalition abgestimmte Gesetzesentwurf soll eine sozial ausgewogene Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sicherstellen. Zu honorieren ist, dass die Regierungskoalition zur Deckung des GKV-Defizits das Einnahmenproblem der GKV erkennt und entsprechend handelt.“ Aus der Sicht des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands (KKVD) und des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes (DEKV) belasten die geplanten Kostendämpfungsmaßnahmen die Krankenhäuser unverhältnismäßig. „Christliche Krankenhäuser sehen diese Notwendigkeit und sind bereit, ihren Beitrag zur Begrenzung der Ausgaben auf Leistungserbringerseite zu leisten. Dies setzt jedoch voraus, dass alle Leistungserbringer ohne Ausnahmen in gleichem Verhältnis herangezogen werden“, so der stellvertretende Vorsitzende des KKVDs, Ingo Morell.

Die gesetzlichen Sparauflagen über das Jahr 2011 hinaus sind aus der Sicht der beiden Verbände nicht zu akzeptieren. Vielmehr müsse der gesetzlich vorgesehene und vom Statistischen Bundesamt erstmals kalkulierte Orientierungswert umgesetzt werden. Dieser bilde „die reale Kostenentwicklung im Krankenhausbereich ab“ und stelle die Basis für die notwendige Anpassung und Erhöhung der Krankenhausesentgelte dar, so der Vorsitzende des DEKV, Manfred Witkowski. ■

Dokumentation

GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)

Auszüge aus dem Referentenentwurf

Artikel 5

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

1. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 3 werden nach der Angabe „Absatz 6“ die Wörter „und die Summe der Mehrleistungsabschläge nach Absatz 2a“ eingefügt.

b) Absatz 2a wird wie folgt gefasst:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt für Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, für das Jahr 2011 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 30 Prozent (Mehrleistungsabschlag). Ab dem Jahr 2012 haben die Vertragsparteien die Höhe des Abschlags zu vereinbaren. Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 oder 2 gilt nicht für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags vereinbaren die Vertragsparteien. Der Mehrleistungsabschlag ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Abschläge nach Satz 1 oder 2 werden bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts nicht berücksichtigt. Die Leistungen nach Satz 1 oder 2 sind in den Erlösbudgets für die Folgejahre jeweils in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts zu vereinbaren.“

2. In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird nach der Angabe „§ 4 Absatz“ die Angabe „2a und“ eingefügt.

3. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Nummer 6 wie folgt gefasst:

„6. absenkend die Summe der sonstigen Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind,“.

bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Anwendung von Satz 1 Nummer 5 ist in den Jahren 2011 und 2012 die halbierte Veränderungsrate maßgeblich.“

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Verhandlung des Basisfallwerts für die Jahre 2011 und 2012 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Obergrenze für die Veränderung des Basisfallwerts jeweils auf die halbierte Veränderungsrate begrenzt ist.“

c) In Absatz 13 wird Satz 2 aufgehoben.

4. In Anlage 1 „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB)“ wird das Formblatt B2 wie folgt geändert:

a) Die laufende Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5 ./ Abschlüsse nach § 4 Absatz 2 Satz 3“.

b) Der Fußnote 2 werden die Wörter „und des Mehrleistungsabschlags“ angefügt.

Artikel 7

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

In der BpflV vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534), wird § 6 wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 3 wird der Punkt am Satzende durch ein Komma ersetzt und die folgenden Wörter angefügt:

„wobei für die Jahre 2011 und 2012 jeweils die halbierte Veränderungsrate anzuwenden ist.“

2. In Absatz 2 Satz 1 wird der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und die folgenden Wörter angefügt:

„für die Jahre 2011 und 2012 ist jeweils die halbierte Veränderungsrate maßgeblich.“

Auszüge aus der Gesetzesbegründung (Besonderer Teil)

Zu Artikel 5 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Um den Zuwachs der Krankenhausaufgaben und damit den Druck auf die Finanzierung von gesetzlicher Krankenversicherung wie auch privaten Krankenversicherungen zu vermindern, wird für zusätzlich vereinbarte Krankenhausleistungen dauerhaft ein Mehrleistungsabschlag vorgegeben.

Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt klar, dass das vereinbarte Erlösbudget neben der Summe der Abschläge für die Nichtteilnahme an der

Notfallversorgung auch um die Summe der vereinbarten Mehrleistungsabschläge nach Absatz 2a zu vermindern ist. Damit wird die Entstehung von sachlich nicht gerechtfertigten Mindererlösen nach § 4 Absatz 3 vermieden, wenn das prospektiv vereinbarte Leistungsvolumen mit dem tatsächlich erbrachten Leistungsvolumen übereinstimmt.

Zu Buchstabe b

Als Instrument zur Verminderung des Ausgabenzuwachses für Krankenhausleistungen gilt für das Jahr 2011 für zusätzlich gegenüber dem Erlösbudget des Vorjahres vertraglich vereinbarte akutstationäre Leistungen, die mit bundeseinheitlich kalkulierten Entgelten vergütet werden (DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2), ein gesetzlicher Mehrleistungsabschlag von 30 Prozent. Unter der Annahme, dass für zusätzliche Leistungen zusätzliche variable Kosten in Höhe von 35 Prozent entstehen, ist auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ein gesetzlicher Abschlag von 30 Prozent und damit eine Finanzierung der Leistungen zu 70 Prozent tragfähig und zur finanziellen Stabilisierung der Kostenträger erforderlich. Ab dem Jahr 2012 ist nach Satz 2 die Höhe des Mehrleistungsabschlags – wie für das Jahr 2009 – vertraglich von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 zu vereinbaren. Sofern hierzu eine Einigung nicht gelingt, ist die Schiedsstelle nach § 13 anrufbar.

Damit Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil auch unter Geltung des Mehrleistungsabschlags noch ausreichend finanziert werden, definiert Satz 3 eine entsprechende Ausnahme von der Abschlagsregelung. In Bezug auf den Mehrleistungsabschlag wird ein sehr hoher Sachkostenanteil als ein Anteil von mehr als zwei Dritteln bestimmt.

Anstelle eines Abschlags, der jeweils nur begrenzt auf die zusätzlich vereinbarten Leistungen vorgenommen wird, gibt Satz 4 vor, dass der auf der Grundlage der zusätzlich vereinbarten DRG-Entgelte und Zusatzentgelte ermittelte Mehrleistungsabschlag durch einen einheitlichen Abschlag für alle mit DRG-Fallpauschalen vergüteten Krankenhausleistungen umzusetzen ist. Die näheren Einzelheiten zur Umsetzung haben nach Satz 5 die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus zu vereinbaren. Dabei ist für die Umsetzung des Abschlags ein pauschales Verfahren anzuwenden, indem das auf der Grundlage der zusätzlich vereinbarten Leistungen (zusätzliche Erlöse für bundeseinheitlich kalkulierte Fallpauschalen und Zusatzentgelte) ermittelte Abschlagsvolumen in Form eines einheitlichen Abschlags für sämtliche mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umgesetzt wird. Hierzu kann das ermittelte Abschlagsvolumen ins Verhältnis zu dem Erlösvolumen für die mit Fallpauschalen vergütenden Leistungen gesetzt werden. Mit dem resultierenden Prozentsatz ist ein Abschlag auf den Landesbasisfallwert zu ermitteln, der nach Satz 6 als



Enterprise PACS Solutions



JiveX Radiology

- ▶ Automatische Hanging-Protokolle
- ▶ Präsentationsworkflow
- ▶ Integrierte Teleradiologie
- ▶ Flexible Archivierung

www.visus.com

JiveX PACS and beyond

Wir beraten Sie gerne!
Telefon 0234-936 93-400
E-Mail sales@visus.com

 Besuchen Sie uns
auf der Medica:
Düsseldorf
17. - 20. Nov.
2010
**Halle 15
Stand E 47**

Korrekturposten zu der jeweils abgerechneten Fallpauschale gesondert in der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen ist. Angesichts der für alle Benutzer eines Krankenhauses bestehenden Einheitlichkeit der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen gilt der Mehrleistungsabschlag für alle Kostenträger und auch für Selbstzahler von allgemeinen Krankenhausleistungen.

Damit für zusätzlich erbrachte Leistungen keine doppelte Vergütungsminderung erfolgt, führt Satz 7 – wie bei dem bereits mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eingeführten Mehrleistungsabschlag – aus, dass die für die zusätzlichen Leistungen einzelner Krankenhäuser vereinbarte Summe der Vergütungsabschläge nicht zugleich absenkend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das Folgejahr zu berücksichtigen ist. Ansonsten würde insofern eine Doppelung entstehen, als bereits heute bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bei Leistungsveränderungen nur der geschätzte Anteil der variablen Kosten zu berücksichtigen ist. Um diese Doppelung zu vermeiden, ist für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts die entsprechend abgesenkte Erlössumme für Fallpauschalen zu korrigieren (vergleiche Änderung zu § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i.V.m. § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7).

Nach Satz 8 ist der Mehrleistungsabschlag für die zusätzlich vereinbarten Leistungen jeweils auf ein Jahr befristet. Im Folgejahr werden die Mehrleistungen des Vorjahres in ungekürzter Höhe, d. h. in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts im Erlösbudget des Krankenhauses berücksichtigt. Damit wird im Grundsatz an der Formel „gleiche Leistung, gleicher Preis“ für die kollektivvertraglich vereinbarten Krankenhausleistungen festgehalten, da durch einen jeweils auf ein Jahr befristeten Vergütungsabschlag für zusätzliche Leistungen die Bandbreite krankenhausesindividueller Basisfallwerte begrenzt wird.

Zu Nummer 2 (§ 7)

Die Auflistung möglicher Zu- und Abschläge wird um den Mehrleistungsabschlag nach § 4 Absatz 2 a ergänzt. Aufgrund der Bezugnahme des § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 auf die Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird durch die Ergänzung klargestellt, dass auch diese Abschläge bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 3 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa

Durch Doppelbuchstabe aa wird der nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts vorzunehmende Abzug der Erlössumme der Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 4 auf diejenigen Leistungen begrenzt, die bisher über den Landesbasisfallwert finanziert wurden. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts ist demnach ein Abzug

nicht vorzunehmen, wenn z. B. bislang aus Elternbeiträgen und Spenden finanzierte Leistungen in der pädiatrischen Onkologie aufgrund des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Mai 2006 in die Regelfinanzierung übergehen. Zudem wird eine redaktionelle Streichung im Zusammenhang mit der nur bis zum Jahr 2009 geltenden Kapazitätsgrenze für Budgetabsenkungen bei Krankenhäusern vorgenommen, die im Rahmen der Anpassung des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts an den Landesbasisfallwert höhere Budgetanteile verloren haben. Die Regelung hat nach Beendigung der Einführungsphase des DRG-Fallpauschalensystems keine Relevanz mehr.

Doppelbuchstabe bb

Mit Doppelbuchstabe bb wird durch Anfügung eines neuen Satzes klargestellt, dass eine Ausgabenentwicklung bei Leistungen, die nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden (zum Beispiel krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG), in den Jahren 2011 und 2012 bereits dann mindernd bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen ist, wenn die Ausgabenentwicklung für diese Leistungen die jeweils maßgebliche halbierte Veränderungsrate überschreitet.

Zu Buchstabe b

Um den Ausgabenanstieg für Krankenhausleistungen kurzfristig zu bremsen, wird die Obergrenze für die Verhandlungen der Landesbasisfallwerte für die Jahre 2011 und 2012 jeweils auf die halbierte Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 SGB V festgelegt. Die gesetzliche Vorgabe einer halbierten Grundlohnrate findet für die Jahre 2011 und 2012 auch Anwendung bei der nach § 10 Absatz 9 Satz 5 zweiter Halbsatz zu treffenden Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors. Die Vorgaben zur Vereinbarung des Landesbasisfallwerts bleiben ansonsten unberührt.

Zu Buchstabe c

§ 10 Absatz 13 Satz 2 sieht bislang vor, dass vom Bundesministerium für Gesundheit ein gesetzlicher Verfahrensvorschlag zur Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Bundesbasisfallwert ab dem Jahr 2015 vorzulegen ist, sofern die bis zum 30. Juni 2011 in Auftrag zu gebende wissenschaftliche Untersuchung über die Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder eine Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen der Krankenhäuser in den Ländern ergibt. Zugunsten einer Aufrechterhaltung von Preisunterschieden, die einen gewissen Preiswettbewerb zwischen Ländern eröffnen, wird die durch Absatz 13 Satz 2 angelegte Etablierung einer Konvergenz zu bundeseinheitlichen Krankenhauspreisen aufgehoben.

Zu Nummer 4 (Anlage zum KHEntgG)

Mit Buchstabe a wird klargestellt, dass zur Ermittlung des Erlösbudgets auch die Mehrleistungsabschläge nach § 4 Absatz 2a abzuziehen sind. Durch Buchstabe b wird die erläuternde Fußnote zum Erlösbudget dementsprechend angepasst.

Zu Artikel 7 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1

Um den Ausgabenanstieg für Krankenhausleistungen kurzfristig zu bremsen, wird durch § 6 Absatz 1 Satz 3 für die Jahre 2011 und 2012 der Zuwachs des von den Vertragsparteien vor Ort zu verhandelnden Gesamtbetrags jeweils auf die Höhe der halbierten Veränderungsrate nach § 71 SGB V begrenzt. Die Möglichkeit, bei Vorliegen von Ausnahmetatbeständen nach Satz 4 die Obergrenze zu überschreiten, bleibt hiervon unberührt (zum Beispiel Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen, zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung, Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen). Die Rege-

lung gilt für alle Einrichtungen, für die die Bundespflegesatzverordnung Anwendung findet. Dies sind psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sowie nach § 6 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG besondere Einrichtungen nach § 17 b Absatz 1 Satz 15 KHG (z. B. Palliativstationen oder -einheiten, Fachabteilungen mit Schwerpunkt zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose oder Morbus Parkinson) oder Einrichtungen, deren Leistungen weitgehend über krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte nach § 6 Absatz 1 und 2a KHEntgG abgerechnet werden.

Zu Nummer 2

Da die halbierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V für die Jahre 2011 und 2012 im Krankenhausbereich durchgängig Anwendung finden soll, wird mit § 6 Absatz 2 Satz 1 klargestellt, dass sie auch für die Ermittlung der Berichtigungsrate zur anteiligen Refinanzierung von Tariflohnsteigerung für die Jahre 2011 und 2012 heranzuziehen ist. Durch die resultierende höhere anteilige Tarifrefinanzierung wird ein Teil des durch die halbierte Veränderungsrate gebremsten Ausgabenanstiegs bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen kompensiert. ■

Aktuelle Meldungen

Ministerin Steffens: „Die größte Gefahr ist das Vergessen einfachster Hygieneregeln“

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW nahm Ende August zur Debatte um Hygienevorschriften in Krankenhäusern Stellung und wies darauf hin, dass NRW bereits seit 1989 Regelungen zum Infektionsschutz in Krankenhäusern durch eine Krankenhaushygieneverordnung (KHHyGVO) verbindlich vorgibt. Damals sei NRW das erste Bundesland mit einer eigenen Hygieneverordnung gewesen. Die Verordnung werde entsprechend neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse regelmäßig aktualisiert. Die derzeit gültige Fassung ist laut einer Mitteilung des Ministeriums seit dem 1. Januar 2010 in Kraft. „Sie schreibt den Krankenhausträgern unter anderem vor, alle betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Voraussetzungen für die Einhaltung von Hygiene-Grundsätzen sicherzustellen und für die Durchführung der notwendigen hygienischen Maßnahmen zu sorgen.“ Dazu gehören „die Bildung einer Hygienekommission, zusätzliche Beratung durch einen Krankenhaushygieniker, die Beschäftigung von Hygienefachkräften und die Bestellung von Hygienebeauftragten“. Die Hygienekommission habe insbesondere die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass Hygienepläne erstellt, überwacht und eingehalten werden. Auch die Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung der Hygienefachkräfte, um sich mit dem jeweils aktuellen Stand der Krankenhaushygiene vertraut zu machen, ist Bestandteil dieser Verordnung.

„Die nordrhein-westfälische Krankenhaushygieneverordnung regelt seit mehr als zwei Jahrzehnten, welche besonderen Schutzmaßnahmen in Krankenhäusern getroffen werden müssen“, so die neue Gesundheitsministerin des Landes, Barbara Steffens. Die Infektionsgefahr sei damit jedoch nicht grundsätzlich gebannt. Eine regelmäßige kritische Überprüfung, ob vorhandene Strategien noch ausreichen, müsse unter allen Verantwortlichen im Gesundheitssystem eine Selbstverständlichkeit sein. Die Ministerin wies zugleich noch einmal auf die Bedeutung einfachster Hygieneregeln hin. Schon durch kleine Nachlässigkeiten wie unzureichendes Händewaschen könnten Hygieneprobleme entstehen. Deshalb setze der Schutz vor Infektionen auch immer ein verantwortungsvolles Handeln jedes Einzelnen voraus. „Die größte Gefahr ist das Vergessen“, so die Ministerin. Deshalb sollte man sich selbst und andere immer wieder daran erinnern, wie wichtig gerade die Einhaltung einfachster Hygieneregeln ist.

KGS: Krankenhausinvestitionen bleiben eine ständige Herausforderung

Seit dem ersten sächsischen Investitionsprogramm für Krankenhäuser wurden insbesondere auf der Grundlage des Artikels 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1991 an mehr als 4,7 Mrd. € gemeinsam von Bund, vom Freistaat Sachsen und von der Gesetzlichen Krankenversicherung in sächsische Krankenhäuser investiert. Nach dieser Phase der grundlegenden Substanzerneuerung und der damit verbundenen Reorganisation der Versorgungsstrukturen besteht nach Einschätzung der Krankenhausgesellschaft Sachsen (KGS) „nun-