

# Krankenhaus-Report 2007

## „Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /  
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2008

Auszug Seite 229-253



- 14      Krankenhauspolitische Chronik: 2006 (August) bis 2007 (Juli)..... 229  
          *Jutta Visarius und Andreas Lehr*

# 14 Krankenhauspolitische Chronik: 2006 (August) bis 2007 (Juli)

Jutta Visarius und Andreas Lehr

## I.

Die gesundheitspolitische Diskussion in der zweiten Jahreshälfte 2006 und den ersten vier Monaten 2007 war beinahe vollständig vom GKV-WSG, dem Wettbewerbsstärkungsgesetz, dominiert. Der Kompromiss, der zwischen den Koalitionären auf Bundesebene einerseits und den A- und B-Ländern andererseits ausgehandelt worden war und in einen 600 Seiten dicken Gesetzentwurf mündete, erwies sich als brüchig und musste mehrere Male nachverhandelt werden. Nach hitzigen Debatten und großen Demonstrationen trat das Gesetz ohne große Widerstände in der Schlussphase am 1.4.2007 in Kraft.

Die ursprüngliche Absicht, eine „nachhaltige“ Finanzierungsreform zu verabschieden, konnte wegen „grundlegender Unvereinbarkeiten“ der Koalitionäre nicht realisiert werden. Übrig blieb das sogenannte Y-Modell, ein Teilmodell in einem Vorschaltgesetz für spätere Finanzierungsreformen mit Fonds und einheitlichem Beitragssatz für die GKV ab 2009, das es den Koalitionären ermöglicht, nach der nächsten Wahl entweder eine Bürgerversicherung oder eine Gesundheitsprämie zu beschließen und einzuführen – weiterhin Ziel der Koalitionäre, wie man auch den ersten Formulierungen der neuen Wahlprogramme entnehmen kann.

Was in dieser Stringenz niemand erwartet hatte – das GKV-WSG entpuppte sich als größte und umwälzendste Organisationsreform, die sowohl die gesetzliche Krankenversicherung als auch die private Krankenversicherung je erlebt hatten.

Und dies ist mit Sicherheit erst der Anfang. Der Wahlausgang der nächsten Bundestagswahl wird über das weitere Schicksal der GKV und das Überleben der PKV in ihrer heutigen Form entscheiden.

Schon jetzt zeichnen sich durch die Organisationsreform unübersehbar einerseits Zentralisierungstendenzen im Gesundheitswesen, Machtzuwachs der Politik und vor allem des BMG ab, andererseits werden Stück für Stück Wettbewerbshindernisse innerhalb des neuen Systems beseitigt. So entsteht ein staatlich streng reglementiertes und vom Staat steuerbares System mit hartem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und unter den Leistungserbringern. Die alte, korporatistische Selbstverwaltung, wie man sie in den letzten Jahrzehnten kannte, wurde mit diesem Gesetz wenig feierlich zu Grabe getragen.

Der Widerstand aus dem System gegen dieses Gesetz war bis auf wenige Ausnahmen beinahe einhellig. Krankenkassen, PKV, DKG, Ärzteschaft inklusive Marburger Bund, aber auch der VKD, der VLK, ABDA und andere haben sich an diesem Widerstand mehr oder minder aktiv beteiligt.

Gemeinsame Pressekonferenzen und Geheimgespräche der sonst oft untereinander so konfliktfreudigen Selbstverwaltungspartner konnten aber nicht verhindern, dass der Spaltpilz, die kleinen Anreize, die von der Politik und dem BMG gesetzt wurden, bald Wirkung zeigten. Wie gehabt lobbyierte bald jeder wieder allein vor sich hin

in der Hoffnung auf einen eigenen kleinen Vorteil. So bröselte die „heilige gesundheitspolitische Allianz“ schnell auseinander und wurde immer schwächer, bis zuletzt jeder für sich selbst mehr oder weniger erfolgreich kämpfte. Für die Betroffenen zutiefst ärgerlich, lassen doch viele der kleinen Erfolge schon nach drei Monaten vermuten, dass es Pyrrhussiege waren.

Für die Krankenhäuser stand während des gesamten Protestes der Sanierungsbeitrag in Höhe von 500 Mio. €, das sind 1 % des Gesamtbudgets, im Vordergrund. Er konnte im parlamentarischen Verfahren durch einen Antrag der Koalitionsfraktionen auf 0,8 % des Gesamtbudgets verringert werden. Schon in einer frühen Phase der Gesetzgebung konnte die Krankenhausesseite verhindern, dass sie auch noch die Hälfte einer Anschubfinanzierung in Höhe von insgesamt 500 Mio. € für von den Krankenhäusern ambulant zu erbringende hochspezialisierte Medizin leisten sollte. Aber auch die Verlängerung der Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung in Höhe von 500 Mio. € belastet das Krankenhausbudget. Dazu kommt noch die Erhöhung der Mehrwertsteuer in Höhe von ca. 500 Mio. € seit dem 1.1.2007, die Belastungen durch die neuen Tarifverträge, usw.

Mit dem Anziehen der Konjunktur und damit zusätzlicher Liquidität der Krankenkassen – so argumentiert die DKG – gebe es keine Begründung mehr für die Erhebung eines Sanierungsbeitrags, und sie fordert folglich seine Rücknahme. Ob sie mit diesem erneuten Vorstoß Erfolg haben werden, bleibt fraglich.

Das GKV-WSG bringt für die Krankenhäuser aber dauerhaft noch viele weitere Probleme mit sich. Mit der Öffnung der Vertragsmöglichkeiten für die gesetzlichen Krankenkassen – zunächst nur für besondere Versorgungsformen, die man aber am Horizont schon als regional organisierte Regelversorgung erspähen kann – werden sich die Verträge auch finanzwirksam differenzieren. Das heißt nicht, dass der Kontrahierungszwang gesetzlich vollständig aufgehoben werden muss, er wird einfach umgangen. Premiumverträge einzelner Kassen könnten zumindest bei elektiven Eingriffen zu einer Marktkonzentration mit Sonderkonditionen führen, durch die etliche andere Krankenhäuser in existentielle Schwierigkeiten geraten könnten.

Zumindest müssen sich die Krankenhäuser jetzt in erhöhtem Maß um diese Verträge bemühen, und damit wird sicherlich ein harter Preis-, aber auch Qualitätswettbewerb losgetreten. Dies könnte zwar einen neuen Schub für die Integrierte Versorgung nach § 140 SGB V auslösen – aber mit anderen Folgewirkungen, als manches Krankenhaus es sich erhofft hatte. Dagegen könnten die neuen Wahltarife der GKV in der wirtschaftlichen Bilanz der Krankenhäuser positiv ausschlagen. Allerdings wird mit der Zunahme der differenzierten Verträge nach § 140 und der Vielzahl der Wahltarife die konkrete Umsetzung für den Leistungserbringer Krankenhaus komplexer als jemals zuvor.

Erweitert wurden auch die Möglichkeiten für die ambulante Behandlung im Krankenhaus für hochspezialisierte Leistungen. Wie sich dies in der Praxis tatsächlich auswirkt, muss abgewartet werden.

Auch die Turbulenzen, in welche die PKV durch das GKV-WSG gestoßen wurde, könnten sich in den Krankenhäusern niederschlagen. Ob nun verfassungsrechtlich zulässig oder nicht – wenn der Basistarif, der den GKV-Leistungskatalog nachbilden soll, umgesetzt wird, könnten insbesondere geringer verdienende Beamte aus finanziellen Gründen in den Basistarif wechseln. Die Vergütung der PKV für die Krankenhäuser und auch die Privatliquidation mit den üblichen Abschlägen für

die Krankenhäuser könnten davon beeinträchtigt werden. Auch die demographische Entwicklung mit finanziellen Mehrbelastungen durch erhöhte Ausgaben wird über kurz oder lang bei der PKV durchschlagen, und auch dies wird Konsequenzen für den finanziellen Spielraum für die Leistungsvergütung nach sich ziehen.

Die Imponderabilien durch das GKV-WSG sind neben den direkten Auswirkungen für die Krankenhäuser also insgesamt eher größer als kleiner geworden.

## II.

Eindeutig positiv für die Krankenhäuser zu bewerten sind die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das am 1.1.2007 in Kraft getreten ist. Die unternehmerischen Gestaltungsmöglichkeiten, durch an das Krankenhaus angegliederte MVZs Fachärzte und damit „Zulieferer“ an das Krankenhaus zu binden, wurden erheblich erweitert. Auch eine bessere Auslastung teurer Geräte gegen Nutzungsentgelte der Fachärzte wird damit erleichtert.

Wie stark die Leistungsverchiebungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor aufgrund dieser, aber auch anderer Faktoren tatsächlich sind, kann zurzeit nur über Indikatoren abgeschätzt werden, weil keine validen Daten vorliegen. Ein Indikator für eine Verschiebung vom stationären zum ambulanten Sektor in der Onkologie ist z. B. die vermehrte Angabe von Zytostatika in Apotheken. Um exakte Aussagen machen zu können, müssten die Daten der Sektoren miteinander abgeglichen werden, was bisher nicht möglich war und vielfach wohl auch nicht gewollt ist. Dies wäre aber für eine Vielzahl von Planungen von entscheidender Bedeutung. Tendenzen zu einer Leistungsverchiebung in den ambulanten Sektor müssten unter Budgetbedingungen beider Sektoren auf die Dauer zu einer Budgetbereinigung führen, bei direkter Leistungsvergütung ohne Budgetrahmen fiel diese Notwendigkeit naturgemäß fort.

Zur Flexibilisierung der Sektoren gehört auch die Förderung statt Austrocknung des Belegarztsystems, besonders in ländlichen und unterversorgten Gebieten. Eine dauerhafte Lösung für das Problem der Honorierung der Belegärzte ist noch nicht gefunden. Dies soll erst mit der Vergütungsreform im ambulanten Sektor endgültig geklärt werden.

## III.

Die Politik hat mit dem GKV-WSG Qualität und damit auch Qualitätssicherung zum entscheidenden Steuerungselement des neuen Wettbewerbssystems erklärt. Ob der Preiswettbewerb damit bedeutungslos wird, muss ernsthaft bezweifelt werden; er wird eher zunehmen. Dennoch müssen sich die Krankenhäuser dem demnächst härteren Qualitätswettbewerb stellen.

Um die Frage, wie und nach welchen Kriterien vergleichbare Qualität und unterschiedliche Formen von Qualität definiert werden, ob, wie und in welcher Form sie wann offengelegt wird – dazu hat der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG gewisse Vorgaben gemacht. Konkret entscheiden darüber, was Qualität ist, wird der GBA. Die entsprechenden Vorlagen sollen per Auftrag des GBA von einem neuen Qualitätsinstitut erarbeitet werden. Und schon am Punkt Qualitätsinstitut – noch nicht einmal an den Inhalten – entbrannte Anfang Mai auf einer großen Qualitätssicherungstagung des BMG ein erbitterter Streit, der weiter schwelt.

Krankenkassen, Bundesärztekammer und DKG betreiben als Gesellschafter gemeinsam die BQS GmbH und wollen diese zu dem neuen Qualitätsinstitut ausgebaut wissen. Die KBV soll in den Gesellschafterkreis aufgenommen werden. Das BMG dagegen will offensichtlich ein unabhängiges Institut – analog zu InEK oder IQWiG –, wie gesetzlich vorgegeben. Es stellt unter anderem auch die Frage nach der Institutionenidentität von Auftraggeber und Auftragnehmer in GBA und der BQS und verweist auf das Vergaberecht. Die entscheidende Frage ist: Wird die Selbstverwaltung es schaffen, diese alte Struktur und die damit verbundene Machthoheit in das neue System hinüberzuretten, oder wird sich das BMG mit seiner Vorstellung eines unabhängigen Instituts mit unabhängiger Wissenschaft à la InEK durchsetzen? Dies wird sich in den nächsten Monaten entscheiden.

Längst aber haben auch andere Player, z. B. AOK und Helios, die Qualitätssicherung weiterentwickelt. Sie haben Routinedaten der Versicherten längsschnittlich ausgewertet und können so nicht nur Strukturqualität, sondern Ergebnisqualität auch über einen längeren Zeitraum hinaus messen, bewerten und entsprechende Konsequenzen ziehen. Und es zeigt sich in den Diskussionen, dass eine Verknüpfung von Qualität und Preis sowohl von den Krankenkassen als auch den wettbewerbsstarken Krankenhäusern gewünscht wird. Preisdifferenzierungen könnten mit Qualitätsunterschieden verknüpft werden und nicht nur über die Veröffentlichung von Qualitätsberichten marktrelevant werden. Dieser Weg scheint unaufhaltsam vorgezeichnet und wird dann sicherlich auch marktrelevant werden.

#### IV.

Marktbegrenzungen im Krankenhaussektor wurden zum ersten Mal im April 2007 rechtswirksam. Die Rhön AG, die unter anderem eine Clusterbildungsstrategie verfolgt, unterlag in einem Rechtsstreit dem Bundeskartellamt beim Oberlandesgericht Düsseldorf. Dem Klinikkonzern wurde untersagt, zwei Kreiskliniken in Bad Neustadt und Mellrichstadt zu übernehmen. Mit dem Zusammenschluss würde Rhön eine marktbeherrschende Stellung in der Region erhalten, so der 1. Kartellsenat. Die Rhön AG hat Beschwerde beim Bundesgerichtshof eingelegt. Dieses Urteil zeigt, dass der Ausbreitung der privaten Klinikketten Grenzen gesetzt wird. Wie weit sich dies auf den Privatisierungsprozess, der noch nicht einmal in vollem Gange ist, auswirken wird, bleibt abzuwarten. Die DKG setzt sich dafür ein, dass diese Fragen sozialrechtlich und nicht kartellrechtlich geklärt werden.

#### V.

Der harte Arbeitskampf in den Krankenhäusern spielte nach der Sommerpause 2006 in der öffentlichen Wahrnehmung zu Recht kaum noch eine Rolle. Erwartungsgemäß mussten auch die kommunalen Kliniken vor dem Marburger Bund kapitulieren – der MB hatte sein Hauptkriegsziel, eigenständiger Tarifpartner zu sein, erreicht, musste allerdings erhebliche Abstriche bezüglich seiner Gehaltsforderungen machen.

Nachwehen, wie der Streit um die Oberarztingruppierung, waren schmerzhaft für den MB und die Betroffenen, aber nicht mehr spektakulär. Die Auseinandersetzung, die auf einer äußerst merkwürdigen Praxis in den Kliniken, dem soge-

nannten Titularoberarzt ohne arbeitsrechtlich wirksame Ernennung und einer unterschiedlichen Tarifinterpretation beruhte, wird inzwischen über Gerichte ausgetragen, und einige Prozesse haben die Kläger mit Unterstützung des Marburger Bundes inzwischen auch gewonnen. In den folgenden Tarifverträgen wurde diese Interpretationslücke geschlossen. Mittlerweile werden in unterschiedlichen Bereichen beinahe ständig und ohne öffentliches Aufsehen neue Tarifverträge oder tarifvertragliche Regelungen abgeschlossen – ohne jedes Aufsehen, hier ist business as usual eingekehrt.

## VI.

Auch die Telematik, politisch auf die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte fokussiert, war weitgehend aus dem Blick der Öffentlichkeit verschwunden, und man hätte den Eindruck haben können, alles läuft bestens oder still ruht der See. In Wirklichkeit braute sich unter der stillen Oberfläche einiges Unheil zusammen.

Die 10000er Tests liefen durchaus nicht so erfolgreich ab wie verkündet. In einigen Regionen stiegen die Ärzte einfach aus, die Tests waren reine Funktionstests der Karte im Terminal, keine Online-, sondern schlichte Offline-Tests mit Lichtbild. Hinter vorgehaltener Hand äußerten einige Kassen schon die Befürchtung, der Roll-out, so wie vom BMG geplant – ohne Online-Betrieb – könnte zu herber Verärgerung der Versicherten führen, da so für sie ein Mehrwert nicht zu erkennen sei. Nach ersten Boykottaufrufen im Januar durch den NAV-Virchow-Bund stand die Front der Ärzteschaft gegen die elektronische Gesundheitskarte auf dem Deutschen Ärztetag im Mai geschlossen. Neben der Sorge, dass durch einen Federstrich des Gesetzgebers die Patientendaten auf den Servern nicht mehr sicher sein könnten, stand die Verärgerung, dass die praktische Handhabung noch etwas umständlich sein wird und die Verärgerung über die Investitionskosten für die Praxen. Dahinter steht ebenso ein massiver politischer Protest, den auch die Krankenhausärzte mittragen.

Dieses Feld eignet sich für einen politischen Protest ausgezeichnet, ist doch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte das Prestigeprojekt der Bundesgesundheitsministerin und das industriepolitische Projekt der Regierung. Die Industrie hat inzwischen achtstellige Beträge in dieses Projekt investiert und ein return of invest ist bisher nicht abzusehen. Sie ist verärgert und will auch mit den Ärzten nicht mehr sprechen.

Im Rahmen der europäischen Präsidentschaft wurden feierlich Abkommen zur konkreten grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Telematik und europäischen Projekten unterschrieben, die zunächst zu einer Notfall- und Stammdatennutzung der unterschiedlichen Karten, längerfristig zu einer europäischen Patientenakte und einer Telematikplattform führen sollen. Diese Bestrebungen auf europäischer Ebene werden seit mindestens 20 Jahren vorangetrieben, aber noch nie war man, was unterzeichnete Verträge angeht, so weit wie nach der deutschen Präsidentschaft. Dahinter steht nicht nur die praktische Nutzung, sondern auch eine Europäisierung der Gesundheitsversorgung z. B. mit Kompetenzzentren, aber auch ein industriepolitischer Aspekt. Die Märkte sollen jetzt von europäischen Konsortien erobert werden; besonders der amerikanische Markt hätte dem europäischen

Vorsprung kaum etwas entgegenzusetzen, und dann liegt der gesamte asiatische Markt wie ein Selbstbedienungsladen offen vor der Tür. Um hier die Federführung übernehmen zu können, müsste man das Projekt elektronische Gesundheitskarte aber zum Fliegen bringen, und da hapert es noch, auch wegen der Verweigerung der Ärzte.

Für die Krankenhäuser ist das eine schwierige Situation. Sie würden von einer festen Telematikplattform, auf der die Karten wie Memorysticks zum Datenaustausch oder als Schlüssel zum Datenzugang dienen, von den Leistungserbringern am meisten profitieren. Eine integrierte, interdisziplinäre Regelversorgung, auch nur regional organisiert, ist ohne telematische Verbindung untereinander nur rudimentär umsetzbar. Und hier schließt sich der Kreis.

## VII.

Das für den Berichtszeitraum wichtigste Thema für die Krankenhäuser – deshalb ein Schwerpunkt des diesjährigen Krankenhaus-Reports – spielte politisch im Berichtszeitraum lange eine völlig untergeordnete Rolle: der ordnungspolitische Rahmen für die Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. Das BMG in Vorbereitung des Rahmens hatte sich über Monate erstaunlich zurückgehalten. Nur auf einigen Fachtagungen wurden Überlegungen und Fragen vorgestellt, die aber keine verbindliche Aussage zuließen, wie sich das BMG positioniert.

Ende Januar 2007 stellte die DKG ihren grundsätzlichen Ansatz, ein Evolutionskonzept vor:

- Sicherstellung der stationären Versorgung als öffentliche Aufgabe
- Planungskompetenz weiterhin bei den Ländern in Form von Standort- und Fachgebietplanung, Erhaltung des Kontrahierungszwangs
- Ende der Grundlohndeckelung, Ende des Gesamtbudgets und Investitionsfinanzierung, IGEL-Leistungen mit freier Preisfestsetzung in der stationären Versorgung
- Ja zum Wettbewerb um Qualität und Leistung, aber kein Preiswettbewerb, feste Preise, regelmäßig vom InEK überprüft
- Keine Anwendung des Kartellrechts, Lösung im Sozialrecht
- Öffnungsregelungen auch für die Zukunft, Sonderregelungen für Innovationen, belegärztliche Vergütung im Krankenhaus, Erweiterung des Spektrums für teilstationäre Leistungen
- Festpreissystem, Festhalten an der Relation, offene Haltung zur bundeseinheitlichen Regelung, Festhalten am Jahresbudget, Akzeptanz der Abstufung, Mindererlösregelung
- Monistik ja, aber mit Lösung für Investitionsstau, Einsteuerung der Mittel in das Finanzierungssystem der GKV, freie, investive Einsetzung der angesparten Mittel.

Für die Sondergesundheitsministerkonferenz zum ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhausvergütung am 8. März 2007 hatte eine Länderarbeitsgruppe einen Vorbericht erarbeitet. Man fand keine Einigung. Die Länder – auch quer durch die Lager A- und B- Länder – haben zu divergierende Vorstellungen und Interessen.

Ergebnis der Konferenz – es wurde wieder eine Arbeitsgruppe beauftragt, dieses Thema für die nächste reguläre GMK im Juli 2007 vorzubereiten.

Im Mai fanden bei den Krankenkassen gemeinsam mit der PKV die abschließenden Sitzungen für ein Krankenhausfinanzierungskonzept statt. Am Schluss divergierten auch hier die Positionen so weit, dass nur der VdAK, die Knappschaft, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und der PKV-Verband sich auf ein gemeinsames Papier einigen konnten:

### 1. Wettbewerb und Vertragsrecht

- Beibehaltung kollektivvertraglicher Regelungen für stationäre Kernleistungen
- Schiedsstellenfähige Vereinbarungsmöglichkeit der Bundesebene zur Benennung von Leistungskomplexen, die individual-vertraglich geregelt werden
- Ausbau individueller vertraglicher Gestaltungsmöglichkeiten für ein ergänzendes oder substitutives Leistungsangebot (innerhalb des Geltungsbereichs der Krankenhausplanung)
- Möglichkeit des Abschlusses von kassen(arten)spezifischen Versorgungsverträgen mit begrenzter Vertragsdauer.

### 2. Mengenregulierung

- Berücksichtigung Fallzahlentwicklung bei Landesbasisfallzahlentwicklung
- Dynamischer Erlösrahmen für jedes Krankenhaus, über Art und Umfang der Leistungen krankenhausspezifische Verhandlungen, Vereinbarung Preiskomponente auf Landesebene
- Mengenregulierung durch Mehr- oder Mindererlöse
- Symmetrische Karenzintervalle für Nichtanwendung der Ausgleichsregelungen auf Vereinbarungsweg
- Bereiche der Direktabrechnung in budgetäre Vergütung überführen.

### 3. Finanzierungsträgerschaft

- Beibehaltung duale Finanzierung, weil verlässliche Refinanzierung nicht gesichert
- Abschaffung Art. 14 GSG, Investitionskostenzuschlag für die neuen Bundesländer.

### 4. Krankenhausplanung

- Definition und Vorgabe qualitativer, struktureller bzw. prozessorientierter Voraussetzungen auf Bundesebene, Möglichkeit landesspezifischer Ausprägung
- Planvorgaben der Länder auf Orientierungsgrößen für örtliche Vertragsparteien
- Im Rahmen Budget-/Entgeltverhandlungen Rahmenvorgaben auf einzelne Standorte im Detail spezifizieren.

### 5. Weiterentwicklung Entgeltsystem im DRG-Bereich

- Realisierung 100% Grundansatz
- Vorgabe restriktiver Regelungen für besondere Einrichtungen
- Übergangsweise Individuallösungen nur noch in eng und klar begrenzten Ausnahmebereichen.



**6. Weiterentwicklung Entgeltsystem im Psychriatriebereich**

- Kurzfristige Einführung landeseinheitlicher tagesbezogener Entgelte
- Vorgabe von Relativgewichten tagesbezogener Pflegesätze
- Überführung integrierte Versorgung in Regelversorgung
- Mittel- bis langfristige Schaffung von Jahreskontingenten für Hochverbrauchspatienten bei gleichzeitiger Flexibilisierung der Behandlungsformen
- Sektorübergreifendes Gesamtbudget mit Teil der ambulanten Versorgung.

**7. Preissystem**

- Bundeseinheitlicher Basisfallwert als Richtwert für Landesbasisfallwertverhandlungen
- Umstellung auf Höchstpreise.

**8. Versorgungsstrukturen**

- Ambulante Behandlung durch Fachärzte (des KH, Belegärzte/niedergelassene Fachärzte), eindeutige Zuordnung Behandlungscoordination
- Sicherstellung in unterversorgten Gebieten durch Möglichkeit der ambulanten fachärztlichen Behandlung im „Fachärztlichen Gesundheitszentrum“.

**9. Beitragssatzstabilität**

- Landes- oder bundesweites Ausgabenbudget mit entsprechenden Ausgleichsmechanismen bei Mehr- oder Mindererlösen
- Veränderungsrate dauerhaft auf die Versichertenzahl beziehen.

**10. Qualität und Transparenz**

- Belastbarere QS-Verfahren, Kombination aus Routine- und Erhebungsdaten, verbesserte Abgleich- und Prüfroutinen
- Verstärkte Nutzung von Routedaten – Beitrag zum Bürokratieabbau, Entfernung qualitätsunkritischer Module, Aufnahme anderer Indikationen
- Aufhebung Hindernisse Schnittstellen durch Gesetzgeber, Ermöglichung von Longitudinalbetrachtung
- Ausbau Qualitätsberichte, Einbringung Einzelergebnisse der Kostenträger in bilaterale Beziehungen
- Verpflichtende Verwendung der Daten der externen Qualitätssicherung in Qualitätsberichten.

Das schon Mitte März veröffentlichte AOK-Konzept, unter der Überschrift „Elektiv wird selektiv<sup>1</sup>“, unterscheidet sich davon in etlichen Punkten:

- Konvergenz vollenden – bis zur Erreichung einheitlicher Landesbasisfallwerte aller Krankenhäuser
- Neuordnung Krankenhausplanung, da der Krankenhausplan die Vergütung nicht mehr sichert, Modelle für Investitionsfinanzierung und Verwendung von Landesfördermitteln, Bedarf an wettbewerbskonformen selektiven Verträgen,

<sup>1</sup> Siehe den Beitrag von Leber et al. in diesem Band.

zuverlässiger Rechtsrahmen für Verträge mit Krankenkassen und Harmonisierung mit vertragsärztlicher Versorgung

- Abschied vom monolithischen Budget – mehrere unterschiedlich regulierte Budget- und Erlösbereiche, für Notfallbereiche traditionell planerische Instrumente, für elektive Leistungen kassenspezifische Verträge, Abgrenzung durch Zuordnung DRGs und Einsatz eines Rettungstransports
- Ausschreibung elektiver Krankenhausleistungen, einheitliche Vorgaben zum Leistungsvolumen, in Region vertraglich vereinbart; wollen Versicherte anderes Krankenhaus – Sondertarif oder Übernahme der Kostendifferenz
- Ausschreibung elektiver Leistungen synchron oder optional; wenn kein selektiver Rabattvertrag, gilt Kollektivvertrag
- Neue Rolle der Bundesländer – planerische Funktion bei Notfallversorgung, darauf Konzentration der Fördermittel, weder an Investitionen noch an Bett gekoppelt; wenn Versorgung nach Landesbasisfallwert nicht sichergestellt, dann nur Sicherstellungszuschlag, wenn durch Ausschreibung festgestellt, dass kein anderes Haus Leistung zum Landesbasisfallwert erbringt, Länderdefinition der Regionen für elektive Leistungen, Überwachung der Krankenkassen zur Einhaltung der bundesweiten Vorgaben für elektive Leistungen
- Abstimmung ambulanter Krankenhausleistungen mit vertragsärztlicher Versorgung, Ersetzung unbegrenzter extrabudgetärer Abrechnungsgarantie durch vereinbarte Leistungsmengen, hochspezialisierte Leistungen und seltene Erkrankungen – kollektivvertragliches System, ambulante OPs selektivvertraglich
- Wettbewerbsstärkung – durch Gesetzgeber Öffnung kollektivvertraglicher Budgets zugunsten selektivvertraglicher Optionen.

In den Iden des Juni folgte der Paukenschlag. Im Vorfeld der GMK versandte das BMG einen „Diskussionsentwurf für Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“ an die Länder:

### 1. Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems

- Bundeseinheitliche Definition und Kalkulation
- Im Zeitraum von zehn Jahren Ersetzung der Landesbasisfallwerte durch Bundesbasisfallwert, gesetzliche Vorgabe von Konvergenzschritten und spätere direkte Vereinbarung
- Möglichkeit für Einzelverträge mit einzelnen Krankenhäusern, zumindest bei planbaren und hochspezialisierten Leistungen, gesetzliche Vorgabe gesonderter Katalog auf Bundesebene, von Selbstverwaltung weiterentwickelt, Einzelverträge regeln Preis und Qualität der Leistungen, Landesbasisfallwert kann unterschritten werden (Höchstpreissystem), Krankenhaus und Krankenkassen entscheiden, ob sie eine derartige Vereinbarung treffen (nicht schiedsstellenfähig), wenn kein selektives Kontrahieren, dann Vergütung nach Landesbasisfallwert, keine Budgetvereinbarungen, keine Mehr- oder Mindererlösausgleiche
- Für alle nicht im Katalog enthaltenen und planbaren Leistungen verhandeln die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich
- Patient/innen-Wahlfreiheit beim Krankenhaus, Stärkung der Möglichkeiten der Krankenkassen, durch Informationen und Anreize zur Wahl bestimmter Krankenhäuser zu bewegen

- Qualität der Leistungen mit Indikatoren risikoadjustiert, bewertet, Ergebnisse vergleichbar gemacht und allgemeinverständlich veröffentlicht – Schwerpunkt: Ergebnisqualität.
- 2. Entwicklung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische Leistungen**
- Gesetzlicher Auftrag an psychiatrische Krankenhäuser zur Entwicklung eines tagesbezogenen pauschalierten Vergütungssystems, Ausgangsgrundlage Leistungskomplexe, die der Psychiatrie-Personalverordnung zugrunde liegen.
- 3. Krankenhausplanung**
- Sektorübergreifend als integrierte Versorgungsplanung durch die Länder, an Kenndaten orientierte Rahmenplanung
  - Zulassung aller Plankrankenhäuser bleibt unberührt
  - Pflicht-Budgetverhandlung für katalogisierte planbare und hochspezialisierte Leistungen wird aufgehoben, Verhandlungen für diese nur mit entsprechenden Vertragskrankenhäusern; diese Leistungen werden zum Landesbasisfallwert abgerechnet, wenn in Nicht-Vertragskrankenhäusern angefallen.
- 4. Monistische Finanzierung**
- Abbau des Investitionsstaus
  - Überführung der Investitionsfinanzierung ab 2009 in einem Übergangszeitraum von 10 bis 15 Jahren auf monistische Finanzierung
  - Über DRG-Fallpauschalen auf betriebswirtschaftlicher Grundlage bundeseinheitliche Investitionspauschalen
  - Finanzielle Entlastung der Länder durch Kompensation/Ausgleich – Föderalismuskommission II.

Dieser Diskussionsentwurf war offensichtlich nicht mit den Regierungsfractionen abgestimmt und hat dort für einiges Missfallen gesorgt – ohne dass diese allerdings schon eigenständige Konzepte entwickelt hätten und dagegen setzen konnten.

Das BMG hat mit diesem harmlos als „Diskussionsentwurf für Eckpunkte“ deklarierten Papier klare Marken gesetzt, wo es hingehen soll. Dies ist umso bedeutsamer, da sich die Länder auf der GMK am 5. Juli wieder auf keine gemeinsame Position einigen konnten und den Tagesordnungspunkt noch einmal vertagt haben. Die Grundlage für alle weiteren Auseinandersetzungen und Verhandlungen wird damit der BMG-Diskussionsentwurf sein. Es ist schwierig zu prognostizieren, ob und wie das BMG es schaffen wird, einen Konsens mit den Regierungsfractionen und den untereinander in Sachen ordnungspolitischer Rahmen völlig zerstrittenen Ländern herzustellen, insbesondere in den Punkten selektives Kontrahieren, Monistik, Bundesbasisfallwert und neue Krankenhausplanung, oder ob es auf einen Minimalkonsens hinausläuft.

Auch die Krankenhäuser, die keine homogene Interessensgemeinschaft sind, dürften in den strittigen Punkten zumindest teilweise unterschiedliche Interessen verfolgen. Das könnte dazu führen, dass die DKG es schwer haben wird, stringent zu lobbyieren, was es dem BMG wiederum erleichtern könnte, seine Ziele zu verfolgen.

Das BMG hat deutlich gemacht, dass es vor allem das schon seit Jahren unge löste Problem der Investitionskostenfinanzierung anpacken will. Für die Länder

geht es nicht nur um ihren eigenen Einflussbereich Krankenhausplanung und duale Finanzierung, sondern auch um die unterschiedlichen Interessen der Krankenhäuser in ihren Ländern.

Zum Ende des Berichtszeitraums ist also noch nicht klar abzuschätzen, wie der ordnungspolitische Rahmen für die Krankenhausfinanzierung nach 2009 aussehen wird. Sicher ist, dass sich die Krankenhauslandschaft in Deutschland bei grundlegenden Veränderungen, auch wenn sie über zehn Jahre gestreckt werden, zusätzlich zu den bestehenden Trends durch neue gesetzliche Rahmen, durch Privatisierung und Marktkonzentration noch stärker verändern wird.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
19. Juli 2007	Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses	Qualität, Qualitätssicherung	Der GBA beschließt, die Errichtung des Qualitätsinstituts zur Messung und Darstellung der Qualität der medizinischen Versorgung (§ 137 a SGB V) europaweit auszu-schreiben. Damit wird das entsprechende Vergabeverfahren nach Einschätzung des GBA-Vorsitzenden Rainer Hess in jedem Fall erst bis zum Juni 2008 abgeschlossen sein.
12. Juli 2007	Informations-papier des BMG	Investitions-kosten / Monistik	Das BMG streut ein Informationspapier, das einen besonderen Schwerpunkt auf das Problem der Investitionskosten legt. Die Kritik der Länder an den Vorstellungen des BMG wird in diesem Papier scharf zurückgewiesen: „Das BMG will verlässliche Finanzstrukturen und gute Qualität durch ein wettbewerblich ausgerichtetes System. Die Länder müssen ihre Hausaufgaben machen. Das verlangen die Bürgerinnen und Bürger. Diese erwarten zu Recht, dass sich ihre Gesundheitspolitiker konstruktiv an der Schaffung des neuen ordnungspolitischen Rahmens zur KH-Finanzierung beteiligen. Die Krankenhäuser müssen in ihre eigene Zukunft investieren können, um leistungsfähig zu bleiben. Ein ‚Weiter so‘ zu Lasten der Patientinnen und Patienten ohne ausreichende Finanzierung der notwendigen Investitionen darf es nicht geben.“
9. Juli 2007	Interview von Frank Ulrich Montgomery im Online-TV des forum für gesundheits-politik	Elektronische Gesundheits-karte/Telematik	In einem Interview erklärt Montgomery, dass der Protest der Ärzte gegen die elektronische Gesundheitskarte auch ein Protest gegen die Ärztepolitik der Gesundheitsministerin sei, der kaum besser angesiedelt sein könnte als an diesem Prestigeobjekt von Ulla Schmidt.  Aber auch die mangelnde Sicherheit der Daten sei ein Problem, man habe gerade erlebt, dass jetzt auch die Mautdaten von den Sicherheitsbehörden ausgewertet würden, obwohl die Politik früher zugesichert habe, dass dies nicht geschehen würde.  Man könne sich auf Zusicherungen der Politik nicht verlassen.
5. Juli 2007	Pressehintergrundgespräch der BÄK, der DKG, des VdAK und der BQS	Qualitäts-sicherung – GKV-WSG	Die BQS und ihre Gesellschafter positionieren sich noch einmal öffentlich für die BQS als neues Qualitätsinstitut.  Man wolle keinen Qualitäts-TÜV und keine TÜV-Methoden, die dann veröffentlicht würden. Franz Knieps habe im Mai mit seiner Behauptung, die BQS sei abhängig, alles aus dem Zusammenhang gerissen.  Die inhaltliche Schiene bestimme der GBA, umgesetzt würde das in der BQS. Es gebe keine inhaltliche Abhängigkeit von den Trägern. Die BQS würde alles tun, um das sicherzustellen. Es sei ein Jahr Zeit, die Dinge in die Wege zu leiten, sie habe externen Sachverstand hinzugezogen und würde jetzt klarstellen, was man tun müsse, um die Unabhängigkeit zu gewährleisten.  Qualitätssicherung müsse von den Betroffenen akzeptiert werden, sonst führe es zu Ausweichstrategien. Die Politik wolle den Systemwechsel.  Es sei geplant, die KBV in den Gesellschafterkreis aufzunehmen, andere werde man beteiligen, aber nicht als Gesellschafter aufnehmen.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
5. Juli 2007	Presseintergrundgespräch der BÄK, der DKG, des VdAK und der BQS	Qualitätssicherung – GKV-WSG	<p>Martin Walger, DKG: Die Aufgabentrennung von GBA und Institut müsse gewährleistet sein, das sei eine Frage des „Wie“. An den Vorarbeiten für Vergabeverfahren werde mit Hochdruck gearbeitet.</p> <p>In der Diskussion zeigt sich, dass die Institutsfrage eskalieren könnte, bis hin zur Drohung mit dem Boykott der Qualitätssicherung durch die Ärzteschaft.</p>
5. Juli 2007	Präsentation des TK-online-Klinikführers der Techniker Krankenkasse	Transparenz und Qualität im Wettbewerb	<p>Die TK stellt einen Online-Führer auf ihrer Webseite ein. Sie will damit für die Versicherten Transparenz in die „unübersichtliche Kliniklandschaft“ bringen.</p> <p>Basis des Führers ist eine Versichertenbefragung, kombiniert mit Kondensaten der BQS-Daten.</p> <p>Abgerundet wird der Führer durch ein 1 300 Stichworte umfassendes Glossar, um die Fachsprache allgemeinverständlich zu erschließen. Bisher sind nur die größten 20 Metropolregionen abgebildet.</p>
4. Juli 2007	GMK zum ordnungspolitischen Rahmen für Krankenhausfinanzierung nach 2009	Ambulant/ Stationär – DRG – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	<p>Die Länder können sich nicht auf eine gemeinsame Linie einigen.</p> <p>A- und B-Länder kommen schon in der Vorphase auf keinen gemeinsamen Nenner, die Lager sind in sich nicht geschlossen, es dominieren einzelne Länderinteressen.</p> <p>Damit liegt die Initiative beim Bund, das BMG will im Herbst einen Gesetzentwurf vorlegen.</p> <p>Vieles deutet dann auf ein Vermittlungsverfahren hin.</p> <p>In der offiziellen Pressemitteilung der GMK heißt es: „Die Gesundheitsministerkonferenz hat darüber beraten, welche Prinzipien der Krankenhausfinanzierung nach Auslaufen der derzeitigen Regelungen im Jahr 2009 zugrunde gelegt werden sollen. Sie hat dazu den bei der Sonderkonferenz im März angeforderten Zwischenbericht der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Kenntnis genommen. Im September soll dazu in Stuttgart ein Expertenhearing stattfinden. Die Ergebnisse sollen in den Gesetzentwurf mit einbezogen werden. Der abschließende Bericht der AOLG soll bis Ende des Jahres vorliegen. Die Auswertung des Gutachtens des Sachverständigenrates soll in den Bericht einfließen.“</p>
3. Juli 2007	Vorstellung Sachverständigengutachten im BMG	Planung und Finanzierung	<p>Ein umfangreiches Kapitel des Gutachtens beschäftigt sich mit dem Krankenhauswesen unter den Gesichtspunkten Planung und Finanzierung. Empfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur noch Krankenhaus-Rahmenplanung mit weitgehender Autonomie der Krankenhäuser.</li> <li>• Sukzessiver Übergang zur Monistik, Investitionskosten direkt an das DRG-System gekoppelt und von den Krankenkassen finanziert.</li> <li>• Weiterentwicklung des DRG-Systems als Festpreissystem auf Grundlage Landesbasisfallwerte, Preiswettbewerb mit selektiven Verträgen zunächst nur im Bereich der elektiven Leistungen.</li> </ul>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
27. Juni 2007	Bericht der Bundesärztekammer	Privatisierung Krankenhäuser	<p>Rudolf Henke, Vorsitzender der Krankenhausgremien der Bundesärztekammer, in einer Pressekonferenz:</p> <p>Der Vorstand habe zu dieser Thematik im Januar 2006 eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die den vorliegenden Bericht erstellt habe. Die wichtigsten „Feststellungen“ seien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Private Investoren seien ebenso wie andere Träger willkommen. Wettbewerb tue gut, aber auch Trägerpluralität sei gut – regionale Monopole würden abgelehnt, die Anwendung des Kartellrechts sei richtig.</li> <li>2. Das Ende des Selbstkostendeckungsprinzips sei öffentlichen und kirchlichen Häusern schwer gefallen – Private hätten ihre Chancen genutzt, es sei ein bleibendes Verdienst, dass sie eine Reihe von gefährdeten Häusern gerettet hätten.</li> <li>3. Kirchliche und Öffentlich-Rechtliche hätten die Methoden der Privaten übernommen, sie agierten mittlerweile wie private – die gute Organisation sei auch aus ärztlicher Sicht zu begrüßen.</li> <li>4. Die humanitäre Zielsetzung müsse aber bleiben. Patienten seien als Partner zu begreifen, man dürfe sie nicht in den Schraubstock betriebswirtschaftlicher Rationalität zwingen. Ärztliche Hilfe sei immer individuell, nicht industriell.</li> <li>5. Die BÄK habe Aufträge zur Versorgungsforschung ausgeschrieben, mit denen die Auswirkungen unterschiedlicher Träger auf die Versorgung zu untersuchen seien. Herausforderung: Kenndaten nicht nur in wirtschaftlicher Perspektive zu erheben.</li> </ol>
27. Juni 2007	Gerichtsentscheidungen zum Tarifstreitpunkt Oberarztengruppierung	Entgelt Krankenhausärzte	<p>Das Arbeitsgericht Kassel verhilft im Streitfall um die Vergütung von Oberärzten dem MB zu einem juristischen Erfolg. Es urteilt, dass dem klagenden Arzt laut Ärzter-Tarifvertrag des MB die Oberarztvergütung zustehe.</p> <p>Die VKA sieht in diesem Urteil keine grundsätzliche Bedeutung, der Fall sei atypisch, da das Krankenhaus dem Arzt nach Inkrafttreten des Tarifvertrages die Funktion eines Oberarztes übertrage. Somit unterscheide sich der Kasseler Oberarzt von zahlreichen Alt-Oberärzten, denen bereits vor Inkrafttreten des Tarifvertrages lediglich der Titel „Oberarzt“ verliehen worden sei.</p> <p>Den nächsten gerichtlichen Erfolg erzielt der MB am 9.7.07 in Aachen:</p> <p>Die Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen muss nach der erstinstanzlichen Entscheidung des Arbeitsgerichtes Aachen dem Leiter der „Prämedikationsambulanz“ rückwirkend zum 1.7.06 das Gehalt des Oberarztes nach dem Tarifvertrag für Ärzte nebst fälliger Zinsen zahlen. Das Gericht hatte bei seiner Entscheidung keinerlei Zweifel, dass der Kläger die oberärztlichen Tätigkeitskriterien des Tarifvertrages für Ärzte auch tatsächlich erfüllt.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
18. Juni 2007	Das BMG versendet den „Diskussionsentwurf – Eckpunkte für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“ an die Länder. Auch die Verbände positionieren sich.	DRG – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	<p>Die Länder zeigen sich völlig überrascht vom Vorstoß des BMG, hatten sie doch erwartet, dass zumindest die Anhörung im September in Stuttgart abgewartet wird.</p> <p>Die Verbände, wie die Ersatzkassen und die PKV, die AOK und die Privatkliniken zeigen deutlich Flagge.</p> <p>Bei den Ländern ist nach wie vor keine gemeinsame Position in Sicht.</p> <p>Die Länder kritisieren die Ankündigung des Bundes, dass das BMG schon im Herbst mit der Ausarbeitung des Gesetzentwurfs beginnen werde und deshalb an einer Positionierung der Länder schon auf der Juli-GMK interessiert sei. Dies gelte z. B. für die Frage, inwieweit sich die Länder für mehr Wettbewerb aussprechen würden.</p> <p>Die Länder fühlen sich vom BMG unter Druck gesetzt.</p>
15./16. Mai 2007	Amtscheffkonferenz der Bundesländer	DRG – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	In einer Protokollnotiz der Amtscheffkonferenz wird vereinbart, dass im Bericht für die GMK noch keine inhaltlichen Bewertungen enthalten sein sollen. Man wolle die Anhörung der Kostenträger und Leistungserbringer am 20. September in Stuttgart abwarten.
15. Mai 2007	Eröffnung des Deutschen Ärztetages in Münster – Ablehnung der elektronischen Gesundheitskarte	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	Der Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der bisher geplanten Form vehement ab. Das Arzt-Patienten-Verhältnis werde durch die Speicherung sensibler Patientendaten auf zentralen Rechnern schwer beschädigt. „Der Zugriff auf die Daten und deren Missbrauch durch Dritte sind nicht sicher zu verhindern.“ Praxisabläufe würden erheblich behindert, und man fürchte, dass die Kosten auf Patienten und Ärzte abgewälzt würden.
15. Mai 2007	Reaktion der Krankenkassen auf die Erklärung der Ärzte	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung appellieren an die Ärzte, die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte nicht zu blockieren. Sie sehen die gemeinsame Erklärung der Ärzte als Versuch an, Druck auf die Kostenträger bei den Verhandlungen zur Finanzierung der Erstausrüstung der Praxen auszuüben. KBV und BÄK hätten bei allen Verhandlungen mit am Tisch gesessen. Die vorgetragenen Argumente gegen die Einführung der eGK seien nicht stichhaltig.
8. Mai 2007	Gemeinsame Erklärung der Ärzteverbände	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	<p>Vor dem Ärztetag äußert die Deutsche Ärzteschaft öffentlich Bedenken gegen die Einführung der e-card. Die Vertraulichkeit der Arzt-Patienten-Beziehung sei nicht gewährleistet, der Nutzen für Patienten und Ärzte nicht klar. Die ersten Ergebnisse aus den Testregionen ließen befürchten, dass der Einsatz der e-card zu nicht akzeptablen Belastungen und Störungen in der Versorgung führen würde. Die Ärzte dürften nicht auf den Kosten sitzenbleiben.</p> <p>Das Thema elektronische Gesundheitskarte wird zu einem Hauptthema des Deutschen Ärztetages, auf das sich alle Verbände eingeschworen haben.</p>



Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
8. Mai 2007	Gemeinsame Erklärung der Ärzteverbände	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	<p>Die gemeinsame Erklärung der deutschen Ärzteschaft ist unterzeichnet von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berufsverband deutscher Internisten</li> <li>• Bundesärztekammer</li> <li>• Deutscher Hausärzterverband</li> <li>• Gemeinschaft der fachärztlichen Berufsverbände</li> <li>• Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland</li> <li>• Kassenärztliche Bundesvereinigung</li> <li>• Marburger Bund</li> <li>• NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands.</li> </ul>
2./3. Mai 2007	Tagung des BMG: Förderung der medizinischen Qualitätssicherung und Ergebnisse des Modellprogramms des BMG und 2. Nationale Qualitätskonferenz des GBA	Qualitätssicherung – GKV-WSG	<p>Inhaltlich bringt die Konferenz nur wenig Neues, sie war eher eine Präsentation, eine Nabelschau des schon Erreichten. Aber die weiter bestehenden Konflikte des BMG mit der Selbstverwaltung auf dem Feld der Qualitätssicherung wurden offen ausgetragen und entzündeten sich an dem im GKV-WSG vom Gesetzgeber festgeschriebenen neuen Qualitätsinstitut.</p> <p>Rainer Hess stellt als Vorsitzender des GBA die Konfliktlinien dar. Gesetzliche Anforderung sei, dass die fachliche Unabhängigkeit der Bewerber bei Ausschreibungen gewährleistet sein müsse. Der GBA könne seine eigenen Organisationsstrukturen nicht verändern. Sie spielten aber bei der Vergabe eine Rolle. Die Frage stelle sich, ob z. B. die BÄK weiterhin Gesellschafter der BQS sein könne. Zudem müssten die Beteiligten gleichartig beteiligt sein. Interessenkonflikte müssten offen gelegt werden, und es dürfte keine Begrenzung auf einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung geben. Gäbe es keine geeigneten Bewerber, müsse man eine eigene Stiftung wie das IQWiG ins Auge fassen.</p> <p>Hans Theo Riegel als Vorsitzender der Gesellschafterversammlung der BQS, die die Rolle des Qualitätssicherungsinstituts übernehmen will, macht deutlich, dass nach Auffassung der Gesellschafter die BQS alle Voraussetzungen erfülle und Kompetenz und Erfahrung besitze. Es gehe jetzt darum, eine Lösung zu finden, damit die BQS weitermachen könne. Die Trägerschaft werde überbewertet, sei historisch gewachsen, gewährleistet fachliche Unabhängigkeit. Auch finanziell sei die BQS unabhängig, die Gesellschafter müssten aber auf die Kosten achten. Die Träger säßen auch im GBA, und das garantiere die Umsetzung.</p> <p>Franz Knieps vertritt die Rechtsauffassung des BMG. Eine Vielzahl von Akteuren ringe um Einfluss, sie seien aber nicht bereit zur Kommunikation. Die BQS sei nicht gesetzlich verankert, habe aber hervorragende Arbeit geleistet. Probleme seien die Finanzierung der BQS und die Institutionenidentität mit dem GBA. Ob die BÄK Mitgesellschafter sein könne, werde zu klären sein.</p> <p>Der Gesetzgeber verlange ausdrücklich, dass bestehende Institutionen genutzt würden, aber auch, dass die Handelnden frei von Interessenskollisionen und weisungsunabhängig seien. Das werde eine schwierige Gratwanderung für die machtbewussten Akteure.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
2./3. Mai 2007	Tagung des BMG: Förderung der medizinischen Qualitätssicherung und Ergebnisse des Modellprogramms des BMG und 2. Nationale Qualitätskonferenz des GBA	Qualitätssicherung – GKV-WSG	Die hitzige Diskussion, die auf die Statements folgt, macht deutlich, mit welcher Härte die Auseinandersetzung geführt wird und wie weit die Positionen unvereinbar auseinander liegen.
17. April 2007	Deklaration über europäische Zusammenarbeit	Telematik	In einer Deklaration auf der eHealth-Konferenz 2007 in Berlin wird die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der europaweiten elektronischen Gesundheitsdienste vereinbart: Organisation, Schaffung innovativer elektronischer Gesundheitsdienste, Verbindung von Standardisierung und Sicherheit der elektronischen Gesundheitsdienste, Einbeziehung und Unterstützung der im Bereich elektronische Gesundheitsdienste tätigen Wirtschaftszweige. Praktisch beginnen England, Frankreich, Schweden, die Niederlande, Tschechien und Deutschland mit einem EU-Projekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit.
26. März 2007	MB – VKA – TdL Streit um Auslegung Tarifverträge, Oberarztengruppierung	Entgelt Krankenhausärzte	Nach Angaben des MB sorgen zahlreiche Krankenhäuser mit einer "bewusst falschen" Umsetzung des arzt spezifischen Tarifvertrages für erheblichen Unmut unter den Ärztinnen und Ärzten. Offensichtlich als Retourkutsche auf die Ärztestreiks des vergangenen Jahres würden etliche Klinikarbeitsgeber bei der Tarifvertragsumsetzung „im großen Stil“ Oberärzte zu Fachärzten herabstufen. „Die Klinikarbeitsgeber prellen etliche Oberärzte um Teile ihres Gehalts, indem sie sie eine Stufe niedriger in die Entgeltgruppe für Fachärzte einordnen“, erklärt MB Hauptgeschäftsführer Armin Ehl.  Die VKA weist die Kritik zurück – der Streit kann nicht beigelegt werden und führt zu Gerichtsprozessen, in denen jeweils die Merkmale der faktischen ärztlichen Tätigkeit mit dem tariflich vereinbarten Profil des Oberarztes abgeglichen werden.
23. März 2007	Pressegespräch AOK-BV und Helios Kliniken – Qualitätssicherung in der stationären Versorgung mit Routinedaten	Qualitätssicherung	Das Projekt QSR, ein Gemeinschaftsprojekt der AOK und Helios, wurde 2002 gestartet. Das WIdO, das FEISA-Institut (Universität Magdeburg) und die Helioskliniken haben einen Bericht erarbeitet.  QSR nutzt die Abrechnungsdaten der AOK ab 1998 und die OPS-Angaben, Angaben über Verweildauer und Entlassungsart und Administrationsdaten, um Ergebnisqualität zu messen.  Ausgewählt wurden die zehn häufigsten Tracer, es wurden Qualitätsindikatoren festgelegt.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
23. März 2007	Pressegespräch AOK-BV und Helios Kliniken – Qualitätssicherung in der stationären Versorgung mit Routinedaten	Qualitätssicherung	<p>Der QSR-Bericht enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tracerspezifische QSR-Ergebnisindikatoren,</li> <li>• Follow-up-Informationen,</li> <li>• risikoadjustierte Kennzahlen.</li> </ul> <p>Durch QSR können:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aussagen überprüft werden, wie die, ob Reha die Pflegebedürftigkeit vermindert sowie</li> <li>• die Qualität einzelner Leistungserbringer,</li> <li>• die Qualität von Behandlungsketten,</li> <li>• die Ergebnisse von unterschiedlichen Behandlungsverfahren beurteilt werden.</li> </ul> <p>Revisionsraten, langfristige Ergebnisse, Risikokonstellationen und Effekte werden sichtbar. Auch die Qualität von medizintechnischen Produkten kann überprüft werden.</p> <p>Anhand der großen Fallzahlen können Fragen der Versorgungsforschung ohne riesige multizentrische Studien und Register beantwortet werden – also ein großes Potenzial für die Versorgungsforschung. Kliniken wissen erstmals, welche Ergebnisse sie haben.</p> <p>Wulf-Dietrich Leber:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mache man das GKV-weit, dann könne der BQS-Aufwand eingespart werden.</li> <li>• Man könne auch die Daten des DRG-Instituts auswerten.</li> <li>• Die DKG habe massive Vorbehalte gegen die Routinedatenauswertung. Die Debatte müsse im GBA geführt werden.</li> <li>• QSR sei auch wichtig für den Wettbewerb. Die AOK könne fragen, wie gut welche Klinik ihre Versicherten versorgt, und dann den richtigen Partner auswählen.</li> </ul> <p>Im nächsten Jahr sollen auch Daten für die Patienten herausgegeben werden.</p> <p>Ziel: transparent machen, für selektive Verträge nutzen und Antwort auf die Frage geben: Mit welchen Kliniken kann man vernünftige Versorgung schaffen?</p>
12. März 2007	Pressegespräch KBV und Sana-Kliniken – Kooperation mit den Sana-Kliniken – Resümee und Ausblick	Kooperationen	<p>Nach einem Jahr Vereinbarung zwischen der KBV und Sana wird eine positive Bilanz gezogen: IT, Gesundheitszentren, flächendeckende übergreifende Versorgung, auf die regionale Ebene transferiert, und etliche Projekte laufen bereits.</p> <p>Die Kooperation wird fortgeführt.</p>
8. März 2007	Sondergesundheitsministerkonferenz zur „Zukunft der Krankenhausversorgung“ in Stuttgart	DRG – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	<p>Zur Vorbereitung der Konferenz haben die Arbeitsgruppe Krankenhauswesen und die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden einen Bericht (November 2006) und einen ergänzenden Bericht (Dezember 2006) vorgelegt. Bericht und Ergänzungsbericht sind im Wesentlichen eine Übersicht der Varianten der politischen Gestaltungsmöglichkeiten.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
8. März 2007	Sondergesundheitsministerkonferenz zur „Zukunft der Krankenhausversorgung“ in Stuttgart	DRG – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	<p>Die Beschlussvorlage ist umstritten, den A-Ländern zu wenig wettbewerbsorientiert. Sie schreiben kurzfristig ein eigenes Positionspapier.</p> <p>Ergebnisse der Sonder-GMK: Unter dem Druck, eine gemeinsame Linie finden zu müssen, gehen A- und B-Länder aufeinander zu, ohne eine dezidierte Einigung zu finden. Die Formulierungen der umstrittenen Punkte wie Planung, Wettbewerb und Monistik zeigen dies deutlich.</p> <p>Der Beschluss kommt auch deshalb kaum über die Beibehaltung des Status quo hinaus.</p> <p>Perspektivisch soll ein bundesweiter Basisfallwert die Grundlage des Preissystems bilden, zuvor müssten allerdings die Erfahrungen der Landespreise ausgewertet werden. Auch über Monistik als „möglicher Alternative“ zur dualen Finanzierung könne erst nach weiterer Prüfung entschieden werden.</p> <p>Auf Grundlage dieses Beschlusses sollen die Fachbeamten der Länder bis Ende des Jahres einen erneuten Bericht vorlegen, einen Zwischenbericht bis zur nächsten, regulären GMK im Juli 2007.</p> <p>Die weitergehende Initiative der A-Länder ist nicht mehrheitsfähig.</p>
1. März 2007	Veröffentlichung des BMG	Finanzierung – Sanierungsbeitrag GKV-WSG	<p>Mit einer Pressemitteilung veröffentlicht das BMG das Finanzergebnis für das Jahr 2006. Die wichtigsten Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1,73 Mrd. Euro Überschuss im Jahr 2006, etwas mehr als im Vorjahr (1,67 Mrd. Euro).</li> <li>• Arzneimittelparagesetz (AVWG) und steigende Beitragseinnahmen hätten gewirkt.</li> <li>• Die Schere zwischen Ausgaben- und Einnahmenanstieg habe sich immer mehr geschlossen, im 4. Quartal 2006 nur noch plus 2,6 zu plus 0,5%. Differenz im 1. Quartal 2006 noch 4,8%.</li> <li>• Ende 2005 Netto-Verschuldung der GKV: 0,4 Mrd. Euro; Ende 2006: positiver Vermögensbestand 1,3 Mrd. Euro. Damit gute Voraussetzungen für weitere Entschuldung.</li> <li>• Zuwachsraten auch im Krankenhausbereich abgeflacht (auf 2,7% im 4. Quartal).</li> </ul> <p>Die DKG reagiert prompt: „Die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen sind viel geringer gestiegen als die Koalition zur Begründung der Sanierungsabgabe der Krankenhäuser angenommen hatte. Die amtliche Statistik belegt jetzt, dass die Kürzungen zu Lasten der Krankenhäuser auf einer nicht zutreffenden Annahme beschlossen wurden. Die Rechtfertigung für den Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser in Höhe von 380 Mio. Euro ist damit noch vor Inkrafttreten des Reformgesetzes endgültig entfallen.“</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
22. Feb. 2007	Gemeinsame Pressekonferenz der DKG, des VdAK, der BÄK, des Deutschen Pflegerats und der KTQ: „KTQ vergibt das 500. Zertifikat – Zukunft der Qualitätssicherung in den Kliniken“	Qualitätssicherung	<p>Georg Baum: KTQ, Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, ein gemeinsames Projekt der Selbstverwaltung, sei ein großer Erfolg. Es sei anwendbar für Häuser mit 50 Betten, für Universitätsklinika und alle Fachrichtungen, kein abstraktes technisches Verfahren, von Praktikern für Praktiker entwickelt. Es gehe über den Krankenhausbereich hinaus und sei auch in Reha und Praxen anwendbar. KTQ sei kein einmaliges Marketingereignis, sondern strukturierte Qualitätssicherung, die immer weiterentwickelt werden müsse, und gehe über die Vorgaben des Gesetzgebers hinaus. Mische sich der GBA noch weiter ein, werde KTQ sich noch weiter im Zusätzlichen engagieren.</p> <p>Günter Jonitz: KTQ sei ein Lernprozess nach innen, eine Führungsmethode. Es gebe inzwischen eine internationale Nachfrage.</p>
12. Feb. 2007	Start der Kampagne des Marburger Bundes „Für ein familienfreundliches Krankenhaus“ mit Ursula von der Leyen	Arbeitsbedingungen – Tarifauseinandersetzungen	<p>Von der Leyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 65 % der Medizinstudenten weiblich</li> <li>• Verlust von qualifizierten Arbeitskräften</li> <li>• Nur 7 % der Krankenhäuser haben betriebseigene Kindergärten – ein Standortvorteil</li> <li>• Bei Facharztmangel Voraussetzungen für Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein entscheidender Erfolgsfaktor</li> <li>• Investitionen brächten positive Rendite.</li> </ul> <p>Montgomery: Kampagne für vernünftige Arbeitsbedingungen, Unternehmenskultur für Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Wichtig sind elektronische Erfassungssysteme, damit Teilzeit Teilzeit bleibe. Familienfreundlichkeit als entscheidendes Kriterium für die Rekrutierung von Arbeitskräften.</p>
7. Feb. 2007	Aufruf zum Boykott der Einführungstests durch den NAV-Virchow-Bund	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	<p>Begründung für den Aufruf zum Boykott der eGK:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unkalkulierbare Kostenentwicklung</li> <li>• Fehlende Datensicherheit</li> <li>• Reines Prestigeprojekt für die Industrie – nur interessiert an satten Gewinnen</li> <li>• Datenhoheit Patienten nicht gesichert</li> <li>• Arzt-Patienten-Verhältnis gefährdet.</li> </ul>
2. Feb. 2007	Bundestag verabschiedet GKV-WSG Bundesrat – Inkrafttreten	GKV-WSG	<p>Mit 378 zu 206 Stimmen wird der Gesetzentwurf angenommen. Es gibt aus den Reihen der Koalition 43 Neinstimmen (23 Union, 20 SPD) und 8 Enthaltungen. 22 Abgeordnete (18 von Union und SPD) nehmen an der Abstimmung nicht teil.</p> <p>Der Bundesrat stimmt dem Gesetz am 16.2. zu, es tritt am 1.4.07 in Kraft.</p> <p>Die Kritik aus dem Krankenhausbereich hält an.</p>
19. Jan. 2007	Pressegespräch des GBA	Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung nach § 116 b SGB V Qualitätssicherung – Mindestmengen	<p>Öffnung beschlossen für Hämophilie und pulmonale Hypertonie.</p> <p>Aus der Öffnung herausgenommen wurde das McLeod-Syndrom, weil dies nach neuen Erkenntnissen nur stationär behandelt werden kann.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
19. Jan. 2007	Pressegespräch des GBA	Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung nach § 116 b SGB V Qualitätssicherung – Mindestmengen	<p>Bei diesen Entscheidungen hat die Frage der Konzentration der Behandlung auf bestimmte, höchst qualifizierte Zentren eine wichtige Rolle gespielt. Weil dies problematisch ist, hat man sich auf Mindestmengen geeinigt. Mindestmengen zur Qualitätssicherung, das wird allen Beteiligten immer deutlicher, sind nur ein Hilfsmittel zur Qualitätssicherung, das aber wissenschaftlich auf tönernen Füßen steht.</p> <p>Mit dem GKV-WSG wird die Situation in mancher Hinsicht einfacher, weil die Öffnungskompetenz auf die Landesplanungsbehörden übergehen soll, die entscheiden müssen, welche Krankenhäuser oder welche Krankentypen geöffnet werden sollen.</p> <p>Die Vertreterin der DKG, Nicole Schlottmann, wehrt sich massiv gegen das neue Qualitätsinstitut. Die BQS habe weltweit die besten Daten.</p>
16. Jan. 2007	Pressekonferenz – Abschluss des Konzerntarifvertrags der Helios Kliniken und verdi.	Arbeitszeit / Entgelt / Tarifaueinander-setzungen	<p>Erster bundesweit gültiger Tarifvertrag von verdi mit einem Klinikkonzern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betrifft 14.000 Mitarbeiter, 24 Kliniken eingeschlossen, nach und nach weitere 31 und die Tochterunternehmen</li> <li>• Rehakliniken bisher ausgeklammert</li> <li>• Arbeitszeit Ärzte 40 Stunden, nichtärztliche Beschäftigte 38,5 Stunden West, 40 Stunden Ost</li> <li>• Höchstarbeitszeit pro Tag zehn Stunden</li> <li>• Maximale Wochenarbeitszeit 64 Stunden</li> <li>• 2x12 Stunden Schichten möglich, nicht mehr als vier pro Woche, innerhalb zwei Wochen nicht mehr als acht</li> <li>• Opt out bis zu 60 Stunden, wenn über 40 Stunden hinaus Bereitschaftsdienst</li> <li>• Bei nichtärztlicher Vergütung bis Ende 2008 Angleichung Ost an West</li> <li>• Anerkennung PJ-Zeit</li> <li>• PJ-Vergütung 400 €</li> <li>• Finanzielle Anreize für Fort- und Weiterbildung</li> <li>• Zuschuss für Kinderbetreuung bis zu 100 € im Monat zwei Jahre lang</li> <li>• Höhere Vergütung für Assistenzärzte als im öffentlichen Dienst, Fachärzte wie im öffentlichen Dienst, Chefarztstellvertreter unter dem öffentlichen Dienst</li> <li>• Oberarztproblematik ungeklärt</li> <li>• Laufzeit 18 Monate.</li> </ul>
10. Jan. 2007	Änderungsanträge der Koalition	GKV-WSG	<p>In mehreren Paketen bringt die Koalition Änderungen in die Ausschussberatungen ein. Besonders krankenhaushausrelevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinische Rehabilitation, Ausweitung und Pflichtleistung</li> <li>• Zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln im Rahmen klinischer Prüfungen</li> <li>• Modifikation Integrierte Versorgung</li> <li>• Finanzierung elektronische Gesundheitskarte, Betrieb der Telematikinfrastruktur</li> <li>• Neuorganisation Gemeinsamer Bundesausschuss</li> <li>• Neufassung Ambulante Versorgung Krankenhaus (§ 116b)</li> <li>• Neufassung Qualitätssicherung</li> <li>• Absenkung Sanierungsbeitrag Krankenhäuser</li> <li>• Belegärztliche Vergütung.</li> </ul>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
14. Dez. 2006	Tarifvertrag MB – Helios Kliniken	Tarifauseinandersetzungen Ärzte / Entgelt / Arbeitszeit	MB und Helios Kliniken vereinbaren den ersten bundesweit gültigen arzt-spezifischen Tarifvertrag im privaten Krankenhausbereich. Frank Ulrich Montgomery bezeichnet den Abschluss als weiteren wichtigen tarifpolitischen Schritt der Ärztegewerkschaft. Als positive Errungenschaft betont er die erstmalige Bezahlung der Medizinstudenten im Praktischen Jahr (PJ).
11. Dez. 2006	Offizieller Start der 10.000er-Testphase	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	In der Region Flensburg erhalten 10.000 Versicherte die ersten eGK. Mit 25 Ärzten und zwei Krankenhäusern wird die Karte mit Lichtbild getestet.  Dies sind keine Online-, sondern reine Offline-Tests.
21. Nov. 2006	Gemeinsame Pressekonferenz des VdAK, des IKK-BV, der KBV, der DKG und des PKV-Verbandes	GKV-WSG	Die Allianz gegen die Gesundheitsreform stellt eine Mängelliste vor. Bei den Anhörungen sei deutlich geworden: Niemand wolle diese Reform, aber in der gesetzlichen Umsetzung wären erhebliche Mängel, auch verfassungsrechtlicher Art: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelungen zur Kasseninsolvenz</li> <li>• Regelungen zu den Nichtversicherten</li> <li>• Zusatzbeitrag</li> <li>• Pfändung – Pfändungsgrenze</li> <li>• Finanzautonomie der Kassen reiche nicht zur Verhinderung von Insolvenz</li> <li>• Unvereinbar mit Sozialrecht</li> <li>• Leistungsbeschränkung bei Folgekosten – Einführung des Verschuldungsprinzips</li> <li>• Behandlungspflicht verfassungswidrig</li> <li>• Unwandlung GBA rechtswidrig</li> <li>• Vergütungsregelungen utopisch</li> <li>• Zweimalige Abstaffelung</li> <li>• Krankenhaussonderabgabe</li> <li>• Regelungen Krankenhausapotheke</li> <li>• Basistarif</li> <li>• Portabilität PKV.</li> </ul> <p>Zentrale Vorwürfe: Verstaatlichung und Unpraktikabilität, Kommissariatssystem.</p> <p>Die Fundamentalopposition bleibt erhalten, aber die Berliner Allianz beginnt, Nachbesserungsarbeiten einzufordern.</p>
7. Nov. 2006	EU-Ministerrat der Arbeitsminister	Arbeitszeit	Die EU-Arbeitsminister einigen sich erneut nicht auf eine Reform der Arbeitszeitregelung. Bezüglich des Opt-outs kann kein Kompromiss zwischen den Befürwortern und Gegnern gefunden werden. U. a. Frankreich und Italien bestehen auf einem konkreten Enddatum für das Auslaufen des Opt-outs.
6. Nov. 2006	Gemeinsame Pressekonferenz der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der KBV und der DKG	GKV-WSG	GKV, KBV und DKG, alle Mitunterzeichner der Berliner Erklärung gegen die Gesundheitsreform, signalisieren der Öffentlichkeit, dass sie gemeinsam kämpfen werden.  Die vorgetragenen Positionen sind bekannt, es ist mehr das Signal gemeinsamen Vorgehens, das Stärke demonstrieren soll.  Allerdings fehlen etliche Unterzeichner der Berliner Erklärung auf dem Podium dieser Pressekonferenz.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
27. Okt. 2006	Vertragsarzt-rechtsänderungsgesetz (VÄndG) 2./3. Lesung Bundestag 2. Durchgang Bundesrat Inkrafttreten zum 1.1.07 1. Lesung GKV-WSG	Liberalisierung ärztliche Tätigkeit / ambulant-stationär / integrierte Versorgung	<p>Mit einer Reihe weiterer Änderungsanträge wird das VÄndG verabschiedet. Die letzten Auseinandersetzungen beziehen sich auf die Entschuldungsregelungen bzw. das GKV-WSG.</p> <p>In der Folge billigt der Bundesrat das Gesetz, es tritt wie geplant zum 1.1.07 in Kraft.</p> <p>Ebenfalls am 27.10. findet die 1. Lesung des GKV-WSG statt</p>
25. Okt. 2006	Pressekonferenz der DKG zum anstehenden Kabinettsbeschluss	GKV-WSG	<p>Die DKG zeigt sich enttäuscht von der Gesundheitsreform und übt herbe Kritik:</p> <p>„Für das System ist das ein Tag der Trauer“.</p> <p>Es würden neue Verschiebebahnhöfe geschaffen. Die Steuerzuschüsse, die nun zurückgenommen würden, wären zur Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen gedacht gewesen und das bei steigenden Einnahmen aus der Tabaksteuer. Krankenhäuser seien nicht Sanierungsmasse für den Bundeshaushalt.</p> <p>Die Krankenhäuser lehnten den Fonds grundsätzlich ab, er steigere nur den bürokratischen Aufwand und löse kein Problem. Eine jährliche Beitragsfestsetzung führe zu permanenter Kostendämpfung, Kassenwettbewerb zu Leistungsverweigerungswettbewerb, Selbstverwaltungsstrukturen würden zerschlagen, demnächst Staatskommissare entscheiden. Der Verbotsvorbehalt werde fallen, die Leistungserbringer geschwächt.</p> <p>Forderungen der DKG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rücknahme der Kürzungen des Krankenhausbudgets in Höhe von 500 Mio. €.</li> <li>• Steuerzuschuss an GKV um erwartete Erhöhung des Steueraufkommens anheben.</li> <li>• Die aus dem Gesundheitswesen fließende erhöhte MwSt. in das Gesundheitswesen zurückfließen lassen.</li> </ul>
18./23. Okt. 2006	Vertragsarzt-rechtsänderungsgesetz (VÄndG) Anhörungen Gesundheitsausschuss Bundestag	Liberalisierung ärztliche Tätigkeit / ambulant-stationär / integrierte Versorgung	<p>Mit einem umfangreichen Änderungspaket gehen die Beratungen zum VÄndG in die abschließenden parlamentarischen Beratungen. Strittig sind vor allem Regelungen, die als Vorschaltregelungen zum GKV-WSG beschlossen werden sollen, insbesondere zur Entschuldung der Krankenkassen. Die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung wird um ein Jahr (2008) verlängert. Mit einem weiteren Änderungsantrag wird der Gesetzentwurf als zustimmungsfrei deklariert.</p>
13. Okt. 2006	Neuer Streit um Tarifvertrag Unikliniken	Tarifauseinandersetzungen Ärzte / Entgelt / Arbeitszeit	<p>Die Redaktionsverhandlungen um den Tarifvertrag MB/Unikliniken verlaufen konfliktiv. Nach einem Möllring-Interview seien die Redaktionsverhandlungen gescheitert. Hauptknackpunkt sei, so der Marburger Bund, die Bezahlung der beschlossenen Arbeitszeiterhöhung von 38,5 auf 42 Wochenstunden. Montgomery droht mit erneuten Arbeitskämpfmaßnahmen an Unikliniken.</p> <p>Ende Oktober legen MB und TdL ihren Redaktionsstreit bei.</p>



Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
13. Okt. 2006	GKV-WSG Gemeinsame Erklärung der Verbände	GKV-WSG	Die Spitzenverbände der Krankenkassen und weite Teile der Leistungserbringer boykottieren die kurzfristig angesetzte Anhörung zum Referentenentwurf im BMG.
12. Okt. 2006	Rechtsverordnung des BMG – Änderung der Verordnung über Testmaßnahmen	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	Diese Verordnung ist eine Änderung der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Sie legt die Einbeziehung von Komponenten und Einrichtungen, Spezifikationen, Betriebsverantwortung und einen Migrationsplan fest, der die genauen Abläufe, ihre Umgebung und die jeweiligen Eckdaten exakt beschreibt.
11. Okt. 2006	Investitionsstau – Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE	DRGs – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	<p>In der kurzen Antwort beschreibt das BMG die nächsten notwendigen Schritte in der Krankenhauspolitik, auch mit Blick auf die Sondergesundheitsministerkonferenz am 8. März in Stuttgart.</p> <p>Deren Themen werden umrissen:</p> <p>Finanzierung Betriebskosten, Finanzierung der Investitionsfinanzierung, Krankenhausplanung, Sicherstellungsauftrag.</p> <p>Die Frage nach dem Investitionsstau wird nicht beantwortet, die Bundesregierung sei dafür nicht zuständig.</p> <p>Kommentar der Fraktion DIE LINKE: „Die Bundesregierung lässt sich leider nicht dazu herab, auf die Frage nach der Höhe der angestauten Investitionskosten einzugehen. Auch hinsichtlich einer zukünftigen monetarischen Finanzierung geht die Bundesregierung davon aus, dass die Krankenkassen für die zusätzliche Belastung eine Kompensation erhalten müssten. Allerdings lässt der antwortende Parlamentarische Staatssekretär des BMG offen, in welchem Umfang und durch wen das geschehen soll.“</p>
28. Sep. 2006	DRG-Katalog für 2007 – Informationsveranstaltung der DKG	DRG – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	DKG, Spitzenverbände der GKV und PKV-Verband einigen sich auf die maßgeblichen Bausteine des Fallpauschalensystems für 2007 – auf der Basis des InEK-Vorschlags. Erneut ist also keine Ersatzvornahme des BMG nötig.
15. Sep. 2006	BKK zur Onlineprüfung der Versichertenstammdaten	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	Einen wichtigen Schritt in Richtung schnelle Datenübertragung bei der Gesundheitskarte meldet der BKK-Bundesverband: Informationen des Versicherten wie Name, Geburtsdatum, Krankenkasse oder Versicherten- bzw. Zahlungstatus – kurz die Versichertenstammdaten – können innerhalb weniger Sekunden online überprüft werden.
6. Sep. 2006	Koalition verschiebt Inkrafttreten GKV-WSG	GKV-WSG	<p>Aufgrund der heftigen Proteste verlängert die Koalition die Beratungen und verschiebt den Termin des Inkrafttretens vom 1.1. auf den 1.4.07. Die Krankenhausthemen spielen allerdings bei den scharfen Auseinandersetzungen um das GKV-WSG bis zum Schluss kaum eine Rolle.</p> <p>Verhandelt wird lange Zeit nur auf Basis „nicht mit der Leitung des BMG abgestimmter“ Arbeitsentwürfe, die sukzessive weiterentwickelt werden. Erst am 12.10. wird offiziell ein Referentenentwurf verschickt.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
1. Sep. 2006	BMG veröffentlicht Finanzergebnis für 1. Halbjahr 2006	Finanzierung	Das BMG verwendet auch die sich abflachende Ausgabensteigerungsrate der Krankenhäuser zur Rechtfertigung des „Sanierungsbeitrags“: „Auch bei den Krankenhäusern hat sich der hohe Zuwachs von 5,8 Prozent aus dem 1. Quartal abgeflacht und lag im 1. Halbjahr noch bei 4,4 Prozent. Vorschnelle Schlussfolgerungen, die den Anstieg bei den Krankenhausaussgaben auf die Einführung der Fallpauschalen zurückzuführen, sind sicherlich fehl am Platz. Gleichwohl ist nach Zuwachsraten von jeweils deutlich über 3 Prozent in 2005 und über 4 Prozent im 1. Halbjahr 2006 die mit der Gesundheitsreform vorgesehene Absenkung der Landes-Basisfallwerte um 1 Prozent im Jahr 2007 ein Sparbeitrag der Krankenhäuser erforderlich, um die angespannte finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren.“
17. Aug. 2006	VKA und Marburger Bund einigen sich – Ende der Streiks in kommunalen Krankenhäusern	Tarifauseinandersetzungen Ärzte / Entgelt / Arbeitszeit	Nach acht Wochen Streik setzt der MB auch gegen die VKA einen arzt spezifischen Tarifvertrag durch.  Unmittelbar nach diesem Tarifabschluss kündigt der MB an, jetzt mit den privaten und freigemeinnützigen Kliniken arzt spezifische Tarifverträge abschließen zu wollen.
17. Aug. 2006	Gesundheitsreform 2007 1. Arbeitsentwurf für GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)	GKV-WSG	Mit der in die Öffentlichkeit gelangten 1. Fassung zur gesetzestechnischen Umsetzung der Eckpunkte beginnen heftigste Auseinandersetzungen mit fast allen Betroffenen. Die Gesundheitsreform erhält den Namen „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)“.  Hauptkritikpunkte von Krankenhauseite: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauschaler Budgetabzug von 1 Prozent</li> <li>• Keine Überwindung der Sektorengrenzen, auch nicht in der Integrierten Versorgung</li> <li>• Entmachtung der Gremien der Selbstverwaltung</li> <li>• Keine dauerhafte Lösung der Einnahmeproblematik, bürokratischer Gesundheitsfonds.</li> </ul>
3. Aug. 2006	Initiative der Privatkliniken zur Sicherstellung der belegärztlichen Versorgung im DRG-System	Ambulant/Stationär – DRG – Fallpauschalen – Krankenhausfinanzierung	Das Thema Vergütung der Belegärzte und Belegarztvergütung im DRG-System wird virulent. In einigen Regionen, die auf belegärztliche Versorgung angewiesen sind, droht die belegärztliche Versorgung auszulaufen.
31. Juli 2006	Marburger Bund verschärft Streiks in kommunalen Krankenhäusern Tarifverhandlungen der VKA mit ver.di – wieder ein Abschluss ohne den MB	Tarifauseinandersetzungen Ärzte / Entgelt / Arbeitszeit	Die VKA verhandelt unter Geheimhaltung mit ver.di und dem dbb. Der Marburger Bund bleibt außen vor. Ähnliches hat schon die TdL getan. Dies hat seinerzeit die Streiks an den Universitätskrankenhäusern eher noch verschärft. Auch an den kommunalen Krankenhäusern wird dies nicht zu einer Entspannung der Streiksituation beitragen, sind doch die meisten Ärzte im Marburger Bund und nicht bei ver.di organisiert. Schon am 1. August kommen die Verhandlungen zu einem Abschluss, den der MB vehement ablehnt. Die Streiks eskalieren weiter.