

Krankenhaus-Report 2010

„Krankenhausversorgung in der Krise?“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2010

Auszug Seite 275-301



16	Krankenhauspolitische Chronik	275
	<i>Jutta Visarius und Andreas Lehr</i>	

16 Krankenhauspolitische Chronik

Jutta Visarius und Andreas Lehr

I.

In der 16. Legislaturperiode veränderte die schwarz-rote große Koalition die deutsche Gesundheitspolitik und die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens grundlegend – wie stark, trat besonders in diesem Berichtszeitraum zutage.

Die erste, grundlegende Veränderung war die Entkörperschaftung der alten Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen und die Etablierung des neuen Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenversicherung als Körperschaft des öffentlichen Rechts. Wer geglaubt hatte, dieser Prozess würde sich über Jahre hinziehen, wurde eines Besseren belehrt. Innerhalb eines Jahres erwiesen sich die alten Spitzenverbände der Krankenkassen im politischen Geschehen als kaum mehr von Bedeutung und suchten auf je unterschiedliche Weise ihre neue Rolle. Einige, wie der AOK-Bundesverband und der vdek, vormals VdAK (der schon immer ein Verein war), fassten schnell Tritt, andere mussten langsam ein neues Profil suchen, andere wiederum, wie der alte Bundesverband der Betriebskrankenkassen, zersplitterten in unterschiedliche Organisationen, die sich zunächst sichtbar in Kompetenzauseinandersetzungen ergingen.

Die andere umwälzende Neuerung im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen sind die neuen gesetzlichen Möglichkeiten für kassenartenübergreifende Fusionen. Sie lösten einen riesigen Appetit der großen Kassen aus. Jeder sprach mit jedem, und einige dieser Gespräche führten auch tatsächlich zu Fusionen, die erwartete Fusionswelle großen Stils blieb jedoch zunächst einmal aus. Die Gründe sind wie immer vielfältig. Für die kleineren Kassen können sich immer weiter entwickelnde und sich ausbreitende Selektivverträge wegen ihrer mangelnden Marktmacht zu einer ernststen Bedrohung aufbauen. Sie könnte zwar durch gemeinsame Vertragsgestaltung der neuen Vereine abgewendet werden, aber eine große Krankenkasse ist anscheinend für viele eine sicherere Rückzugsbank.

Und wer will nicht Marktmacht haben?

Zudem müssen sich die Krankenkassen in den vom Gesetzgeber neu vorgegebenen Rahmenbedingungen – Fonds, staatliche Beitragshoheit und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – erst einmal einrichten. Denn – wie viel Geld jeder Kasse am Ende des Jahres tatsächlich zur Verfügung steht, weiß noch niemand exakt. Einige, auch größere Kassen werden anscheinend durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich stärker gebeutelt als die meisten angenommen hatten. Die Unsicherheit ist groß und das Up- und Rightcoding, das für die jeweilige Kasse profitablere Kodieren von Krankheiten, könnte sich am Zahltag durchaus für andere unangenehm bemerkbar machen. Das alles und noch einiges mehr hat die Kassenlandschaft erheblich verändert.

II.

Aber auch die Gesundheitspolitik selbst hat sich grundlegend verändert, und das wahrscheinlich dauerhaft. Konnte man früher unterschiedliche Gesundheitspolitikfelder beinahe exakt abstecken – Kassenpolitik, Vertragsärztepolitik, Krankenhauspolitik, usw. –, sind sie heute, vielleicht zeitweise durch die gewaltigen Umbrüche, aber wahrscheinlich auf Dauer viel stärker miteinander verzahnt, sodass eine umfassende Politikfolgenabschätzung immer notwendiger wird, auch indem die Auswirkungen politischen, gesetzgeberischen Handelns in einem Bereich der Gesundheitspolitik auch für die anderen Bereiche sorgsam im Vorhinein bedacht werden müssen.

Dies gilt auch für die Krankenhauspolitik. Den von Angela Merkel und Ulla Schmidt in dieser Legislaturperiode so gern benutzten Allgemeinplatz, den inzwischen zum Kalauer abgerutschten Satz „Alles hängt mit allem zusammen“ könnte man erweitern in „Alles hängt immer mehr mit allem zusammen“. Für diese These lassen sich ganz unterschiedliche Beispiele anführen. Aber am überzeugendsten wird sie durch den Prozess der Einführung der staatlichen Beitragsfestsetzung. So war vor der Einführung des Fonds zum 1.1. 2009 den großen Leistungserbringern, der DKG und der KBV völlig klar: Was sie jetzt nicht an zusätzlichen Geldern festklopfen könnten, würde später über Jahre hinweg nicht mehr zu generieren sein. Jeder wollte sich deshalb aus dem ab dem 1.1. 2009 von der Politik fest umrissenen Kuchen noch ein Stück abschneiden.

Der GKV-Spitzenverband und mit ihm die Krankenkassen registrierten dies mit einem Stirnrunzeln, aber nicht mehr mit der Heftigkeit, wie sie unter kassenindividuellen Beitragssatzgestaltungen eingeschlagen hätte. Gemeinsames Ziel aller war, den ersten einheitlichen Beitragssatz auskömmlich auszustatten. Sie forderten eine 100%ige Ausstattung, so wie es im Gesetz vorgesehen war, bevor die Beitragserhöhungsmechanismen in Gang gesetzt würden. Und insgeheim waren sie wohl damit einverstanden, dass vor 2009 noch alle Erhöhungen in den großen Topf gepackt würden, um weitere Forderungen der Leistungserbringer erst einmal vom Tisch zu haben. Doch es kam anders: Denn was als 100% der Ausgaben anzusehen war, darüber waren Politik auf der einen Seite und Kassen und Leistungserbringer auf der anderen Seite naturgemäß gänzlich anderer Meinung. Die Politik hatte die Lohnzusatzkosten im Sinn, die Kassen ihre Ausgaben, die Leistungserbringer ihre Einnahmen.

Hier fand sich erneut eine Allianz aus Kassen und Leistungserbringern zusammen, die sich in dieser Legislaturperiode schon einmal zur vergeblichen Verhinderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zusammengeschlossen hatte, Politik gegen Kassen und Leistungserbringer. Nach wie vor erscheint es aber völlig unverständlich, dass und vor allem warum sich die Politik als Preis für mehr staatlichen Dirigismus der Phalanx aus Kassen und Leistungserbringern für eine staatliche Beitragsfestsetzung ohne akute Not entgegenstellen wollte, und das auch noch auf Dauer. Ein Kampf mit allen hässlichen Konsequenzen, der sich bei jeder neuen Beitragsfestsetzung mal heftiger, mal weniger heftig wiederholen dürfte.

Krankenkassen und Leistungserbringer, also auch die DKG für die Krankenhäuser, haben schon gelernt, dass sie für ihr Auskommen und Einkommen in Zukunft gegen die Politik zusammenhalten müssen – allerdings um gleich danach wieder

miteinander in die Auseinandersetzung gehen zu müssen. Dies eint die Selbstverwaltung für eine gewisse Zeit durch die „Politisierung“ des Gesundheitswesens. Aufgrund dieser Politisierung wissen sie, dass sie ihre Gelder letztlich von der Politik generieren müssen. Diese Allianz ist eine aus der Vernunft heraus geborene, denn wenn alle Bereiche der Gesundheitspolitik von gesetzgeberischen Änderungen gemeinsam oder mittelbar betroffen sind, gilt es eigentlich schlicht zusammenzuhalten, auch um die öffentliche Meinung zu beeinflussen. Das gelingt aber oft noch nicht richtig. Moderne, zielgruppenspezifische Medienarbeit ist vielen noch fremd, das Misstrauen untereinander hoch. Das Durchsetzen von Partikularinteressen dagegen ist eingeübt und in den Köpfen zementiert. Da helfen auch moderne Forschungsergebnisse, dass Vertrauen zumeist belohnt wird, nicht weiter – noch nicht. Die Politisierung der Prozesse stärkt den Einfluss der Politik, macht sie aber auch erpressbar.

Dass Kassen und Leistungserbringer den Ende 2008 festgesetzten Beitrag nicht für ausreichend erachteten, muss wohl nicht ausgeführt werden, obwohl sich die Leistungserbringer in der öffentlichen Diskussion im Vergleich zu den Krankenkassen spürbar zurückhielten. Sie hatten ihre Schäfchen, für die sie lange und mit viel Mühe gekämpft hatten, durch Zusagen der Politik zunächst einmal im Trockenen.

III.

Angefangen hatte alles mit der Emanzipation des Marburger Bundes von Verdi mit den Forderungen: eigener arztspezifischer Tarifvertrag, 30% mehr Lohn usw. Ausgetragen wurden und werden diese Auseinandersetzung zwar letztlich in den Tarifrunden, aber durchgesetzt hat der Marburger Bund seine Forderungen mit Streiks und auf der Straße, vor allem auf der Straße und in den Medien.

Dies kennzeichnet einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik: Forderungen werden nicht mehr gentleman- und ladylike in klimatisierten Konferenzräumen, in Tarifverhandlungen oder Sitzungen der Selbstverwaltung, sondern in der Öffentlichkeit, mit der Macht der Straße und der elektronischen Medien ausgetragen. Dabei wird die Erpress- und Manipulierbarkeit von Politikern, nicht nur in Wahlzeiten, geschickt ausgenutzt. Böse Zungen behaupten, das Gesundheitswesen sei im Proletariat angekommen. Man könnte es auch freundlicher formulieren: Das Gesundheitswesen ist zumindest zur Durchsetzung seiner Forderungen in der Kommunikationsgesellschaft angekommen – was die fachliche und zielgruppenspezifische Kommunikation angeht, da hapert es noch.

Der Marburger Bund zeigte auch, dass eine hoch durchorganisierte Kampagne – in einer Stunde mit einer E-Mail 20 000 Ärzte mobilisieren zu können – heute mehr Schlagkraft hat als jede Hinterzimmerdiplomatie. Das mag man als Nutzen der Möglichkeiten moderner Kommunikation klassifizieren, es ist aber weitaus mehr. Hier zeigt sich ein anderes, neues Bewusstsein: das Öffentlichmachen der eigenen finanziellen und institutionellen Forderungen, was von der Bevölkerung registriert und diskutiert wurde, allerdings zum Preis des Verlustes von Inhalten und der fachlichen Auseinandersetzung. Kommt die Politisierung der Gesundheitspolitik und die Schwächung der Selbstverwaltung hinzu, dann ergibt sich ein neues Machtverhältnis, von dem die Politik zunächst profitiert, das ihr aber auf Dauer mit Sicherheit mehr Probleme schaffen wird als löst. Dies zeigte sich dann auch bald in der

Wirklichkeit, denn als nächste zogen die Vertragsärzte auf die Straße, vom Herrenreiter zum Demonstranten. Ihre Kampagne war sicherlich auch eine Lehre aus dem Erfolg des Marburger Bundes. Es kennzeichnet auch eine andere Ärztegeneration, die von den vermeintlich ehernen Versprechungen wirtschaftlicher Prosperität des Arztberufes und einer entsprechenden Sozialisation an Universitäten und Krankenhäusern enttäuscht ist.

Der Druck der Straße zeigte sich vor allem der CSU in personam Wolfgang Hoppenthaller. Er schaffte es, mit seinen öffentlichen Auftritten, mit der Mobilisierung der hausärztlichen Basis und der Patienten den bayrischen Kampfgeist der CSU für die sogenannte Lex Hoppenthaller bei den Verhandlungen mit der CDU für den § 73b SGB V zu wecken, der dem Hausärzteverband bei 50% Mandatierung ein Verhandlungsmonopol gegen die KV zur Verhandlung von Hausarztverträgen zusichert. Die Vertragsärzte, Haus- wie Fachärzte, konnten sich mit ihren Märschen vor das Brandenburger Tor, mit ihren Interventionen in den Städten und Gemeinden immerhin 3,5 Mrd. € zusätzlich aus dem Kuchen schneiden, und das par ordre de mufti der Politik.

Das unterstützt zum einen die These einer stärkeren Politisierung des ehemals durch Selbstverwaltung geprägten Systems und zeigt andererseits auch, wie stark in einem zentralisierten, politisierten System die Straße Einfluss nehmen kann, besonders wenn Wahlen ins Haus stehen. Ein Menetekel? Die direkte Verantwortlichkeit der Krankenkassen für die Beiträge der Versicherten gegenüber ist aufgeweicht und einem politischen Schlingerkurs gewichen. Die Zuneigung der Öffentlichkeit für Demonstranten kann zudem schnell wechseln, und dann könnte der Druck auf die Politik sich diametral entgegengesetzt für die Leistungserbringer auswirken.

Die Krankenhäuser, die als „Unternehmen“ sich eo ipso nicht so leicht damit tun zu demonstrieren, entdeckten als letzter großer Player die Straße als Drohgebärde und Kampfmittel. Die große Demonstration vor dem Brandenburger Tor im September 2008, zu der aus allen Teilen der Republik Krankenhausmitarbeiter mit Kind und Kegel nach Berlin anreisten, machte der Politik deutlich, dass sie im Wahljahr den finanziellen Forderungen der Krankenhäuser nicht standhalten kann, und sie hat auch ihnen über 3 Mrd. € zugestanden. Allerdings – darunter waren Gelder, die vorher die Politik eingesammelt hatte. Das Ganze zeigt die Inkonsequenz, Inkontinuität und Inkongruenz dirigistischer Gesundheitspolitik und wie sich die einzelnen Bereiche der Gesundheitspolitik miteinander verzahnen, selbst bei Finanzierungsfragen.

IV.

Eine weitere Verzahnung entsteht allein durch die – politisch gewollt – immer weiter durchlässigen Sektorengrenzen. So hat der Gesetzgeber die übersektorale Qualitätssicherung verfügt. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll nun die Richtlinien für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung erstellen. Das Institut, das die wissenschaftlichen Grundlagen erarbeiten soll, wurde ausgeschrieben. Die BQS, seit vielen Jahren die Hüterin der selbstverwalteten Qualitätssicherung im Krankenhausbereich, fiel in der Ausschreibung durch, den Zuschlag erhielt das AQUA-Institut der Universität Heidelberg. Die BQS klagte, hatte damit aber keinen Erfolg. Die DKG ist besorgt, Einfluss auf die Qualitätssicherung zu verlieren, zudem hat

das AQUA-Institut sich bislang vorwiegend auf dem Feld der ambulanten Qualitätssicherung hervorgetan. Aber auch der Ausschreibungsprozess hat die DKG erobert und sie dunkle Machenschaften vermuten lassen. Schon zeichnen sich aber Bestrebungen ab, die BQS in irgendeiner Weise wieder einzubeziehen. Auch das Urteil des BSG vom Mai 2009 auf die Klage des GBA gegen die Beanstandung ihres Beschlusses zum Ausschluss der Protonentherapie beim Mammakarzinom durch das BMG zeigt, dass die Sektorengrenzen sich verschieben.

Zunächst einmal erklärte das BSG die Beanstandung des BMG für rechtswidrig. Das BMG habe nur eine Rechtsaufsicht, aber keine Fachaufsicht. Nach wie vor gilt zwar der Verbotsvorbehalt für den stationären Sektor und der Erlaubnisvorbehalt für den ambulanten Sektor, aber es müssten für beide Sektoren gleiche Prinzipien angelegt werden, so der erste Senat des BSG.

Unter Vorbehalt der noch nicht vorliegenden Begründung des Urteils hat dies weitreichende Bedeutung für die Krankenhäuser. Das hieße, dass demnächst z. B. die Kassen mit einem Antrag im GBA beinahe jede Innovation im Krankenhaus stoppen könnten. Die DKG hat nach der Urteilsverkündung sofort Protest erhoben und den Gesetzgeber aufgefordert, zu regeln, wie demnächst Innovationen im stationären Sektor implementiert werden sollen.

Diese „Nebenwirkung“ des Urteils ist keine Petitesse, sondern berührt ein grundsätzliches Problem: Wie implementiert man Innovationen im Gesundheitssystem, insbesondere in den stationären Sektor, der immer das hochgepreisene offene Tor und das Experimentierfeld für Innovationen war, trotz aller Proteste der Vertragsärzte?

Die Grenzen eines nicht regulierten Zugangs zeigen sich am Beispiel der Protonentherapie. Obwohl den meisten Insidern bewusst war, dass nur begrenzte Indikationen für die Protonentherapie zugelassen werden würden, entstehen trotz der hohen Investitionen in dreistelliger Millionenhöhe schon Überkapazitäten. Diese Investitionen sind umso sinnloser, als der technische Fortschritt derart akzeleriert ist, dass die Technologie wenn nicht heute, dann doch morgen überholt sein wird. Es müssen also Regulative gefunden werden, um Innovationen implementieren zu können, ohne eine nicht finanzierbare, nicht sachgerechte und schon allein deshalb nicht zu finanzierende Leistungsausweitung zu verhindern, auch um damit weiteren Fortschritt und seine Implementation nicht zu behindern. Für die DKG ist dies ein überaus heißes Eisen. Andererseits – wie sollen Regulative gefunden werden?

Dies ist aber nicht nur ein Problem des stationären Sektors und auch nicht nur der Medizintechnologie, aber noch in besonderem Maße, wenn auch der ambulante Sektor ebenso betroffen ist. Ähnliche Probleme werden bei den extrem hochpreisigen BioTechs entstehen. Für die Krankenhäuser, insbesondere die Universitätsklinik, die traditionell der Hort der Innovationen, aber auch der Innovationserprobung sind, könnte es zu einer zentralen Zukunftsfrage werden, wenn diese Medikamente dramatisch teurer werden, die zudem auch noch vielfach ambulant einsetzbar sind. Dazu fehlt es an Transparenz des Arzneimiteleinsatzes und der Arzneimittelkosten in den Krankenhäusern. Die Zytostatika bieten nur einen kleinen Hinweis darauf, was in Zukunft möglich sein kann.

Dieses Fortschrittsproblem betrifft aber auch den ambulanten Bereich, sogar noch stärker als den stationären. Die KBV fordert seit vielen Jahren in der Frage des Zugangs zu Innovationen gleich lange Spieße. Der Gesetzgeber wird nicht umhin

können, die Richtung in dieser Frage zu entscheiden, aber auch Regeln für die Implementation von Innovationen festzulegen – nicht nur für die GKV, auch die PKV wird auf Dauer nicht ungehemmt finanzieren können. Ob die Ansätze, die heute propagiert werden, erfolgreich sein werden, scheint eher zweifelhaft. Die Verfahren basieren auf wissenschaftlich zumindest diskutierbaren Annahmen, es werden allzu oft Modelle für die Wirklichkeit gehalten und kaum vorstellbar simple Kategorienfehler sind an der Tagesordnung. Zudem sind die Verfahren zu langwierig und damit nicht brauchbar. Es scheint aber noch einige Zeit zu benötigen, bis die Politik zur Einsicht kommt.

Auch am Beispiel der Innovationsimplementation zeigt sich, dass isolierte Bereiche der Gesundheitspolitik immer schwerer abzustecken sind, zumal sich viele Behandlungen vom stationären Sektor in den ambulanten Sektor verlagert haben. Das wiederum verstärkt das Ansinnen der Krankenhäuser, weiter nach § 116b SGB V in die ambulante Behandlung einzudringen – was von den Vertragsärzten nach wie vor massiv bekämpft wird.

Umstritten ist auch eine weitere Schnittmenge, die MVZ. Die Vertragsärzte, die MVZ zunächst vehement bekämpften, wollen das Territorium jetzt für sich reklamieren, obwohl die meisten unter vertragsärztlicher Leitung weniger Gewinn abwerfen als andere. Sie fürchten Kapitalgesellschaften, aber auch die Krankenhäuser als Träger von MVZ, nach ihrem Empfinden eine feindliche Invasion in ihr angestammtes Territorium. Sofern Krankenhäuser Träger von MVZ sind, haben diese natürlich auch Interesse an der vertragsärztlichen Versorgung, auch und weil sich viele Behandlungen in den ambulanten Sektor verlagern und man hier die entgangenen Pfründe wieder einsammeln kann. Wie stark die Wanderbewegungen sind, kann man in etwa Pi mal Daumen anhand der Arzneimittelzahlen der Apotheker abschätzen. Aber es sind nur Schätzungen. Bisher gibt es keine validen Daten, sie wären aber nicht einmal für eine Bereinigung, sondern vielmehr für Planungen unbedingt notwendig.

Dies zeigt, wie ambulanter und stationärer Bereich bereits ineinander verwoben sind. Dennoch finden wie z. B. beim Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt immer noch massive Angriffe aufeinander statt, die aber stärker von der KBV als von der DKG auszugehen scheinen. Diesen Konflikt aufzulösen ist bislang aufgrund der unterschiedlichen Interessen nicht gelungen.

16

V.

KBV und DKG haben aber auch viele gemeinsame Interessen, so die Abwehr von Selektivverträgen – ein weiterer signifikanter Beleg dafür, dass die Zeiten einer sektorenbezogenen Gesundheitspolitik vorbei sind.

Im kassenärztlichen Bereich sind Selektivverträge mit dem gesetzlichen Zwang für alle Kassen, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, und dem de facto Verhandlungsmonopol des Hausärzteverbandes zu einer Überlebensfrage der KVen geworden. Neben dem GKV-Spitzenverband und etlichen Krankenkassen sprang auch die DKG der KBV zur Seite. Alle fordern den Erhalt des Kollektivvertrags für die vertragärztliche Versorgung und meinen nicht zuletzt ihre eigene Einflussphäre und den eigenen Kollektivvertrag.

Das Horrorgespenst Selektivverträge stand auch für die Krankenhäuser im Rahmen des KHRG an der Wand. Das BMG und die Krankenkassen hatten ein hohes

Interesse an Selektivverträgen mit Krankenhäusern, Verträge über elektive Leistungen, Pay for Performance, was neudeutsch nichts anderes heißt als unterschiedliche Preise für unterschiedliche Qualität. Dies wäre für die DKG aus ganz unterschiedlichen Gründen zu einem erheblichen Problem geworden: Sie muss alle Krankenhäuser vertreten, auch die in der dritten Reihe. Schon die Mindestmengenvereinbarungen bringen die DKG in Schwierigkeiten, scheiden doch einige Häuser damit schlicht aus der Versorgung bestimmter Erkrankungen aus.

Das mag selbst der eine oder andere in der DKG durchaus aus sachlichen Erwägungen für richtig erachten und sich manch eines der Mitglieder Vorteile erhoffen. Für den Verband bedeutet es aber interne Auseinandersetzungen.

Wie viel stärker wären erst die Auseinandersetzungen bei Selektivverträgen gewesen? Hätte man dann überhaupt noch konsentiertere Positionen vertreten können? Selektivverträge könnten, müssten aber nicht zu einer Zerreißprobe in der DKG führen, vor allem nicht, wenn die DKG es schafft, Selektivverträge mit Versorgungssicherungszuschlägen z. B. in ländlichen Räumen abzufedern.

Verhindert hat die DKG die Selektivverträge zunächst via Bundesländer.

Für sie war das KHRG, die einzige originäre Krankenhausgesetzgebung dieser Legislaturperiode, wohl die Sternstunde in den letzten vier Jahren. Der Bund, sprich Kanzleramt und BMG, haben mit der großen Koalition nicht nur das Parlament zu einer Quantité négligeable degradiert, sondern auch den Bundesrat, dessen gesundheitspolitischer Einfluss gen Null geht. Das haben inzwischen auch die Länder begriffen und wollen sich Gedanken machen, wie sie verlorenes Terrain zurückgewinnen. Allein beim KHRG, wohl weil dort intimste Länderinteressen, ihre Planungshoheit und die Finanzierung ihrer Krankenhäuser auf dem Spiel standen, probten sie erfolgreich den Aufstand – mit allerlei Drohgebärden und Verweigerungsstrategien. Das KHRG war aber unaufschiebbar, musste doch nach Auslaufen der Konvergenzphase ein ordnungspolitischer Rahmen für die Krankenfinanzierung gesetzt werden – oder zumindest irgendeine pragmatische Anschlussregelung.

Nach langen Abstimmungsrunden der Länder gab es keinen Konsens, sondern es zeichneten sich unterschiedliche Lager ab, die sich nicht aus dem klassischen Muster A- und B-Länder rekrutierten. Krankenhäuser sind für die Länder bei allen finanziellen Schwierigkeiten ein heißes Eisen. Jede Stadt, jeder Kreis will sein Krankenhaus unbedingt mit möglichst allen Indikationen erhalten wissen. Sie sind nicht nur Prestigeobjekte, die Bevölkerung fordert, oft auch gegen jede wirtschaftliche, versorgungspolitische und medizinische Vernunft, wohnortnah auch ihre stationäre Versorgung. Wirtschaftliche Interessen tun oft das Ihrige, sodass sich ein rationales, oft auch irrationales Geflecht aus Interessen um jedes einzelne Krankenhaus rankt. Die Vielzahl der Geflechte wird aufgrund der Landeskrankenhausplanung auf Länderebene zusammengeführt – sprich der Landesregierung sitzt jeder Landrat, jeder Bürgermeister im Nacken, sobald sein Krankenhaus gefährdet ist. Natürlich will keine Behörde, kein Politiker freiwillig Macht und Einflussphären einfach abgeben. Und wie wollte man politische Boni besser verteilen? Krankenhäuser sind dazu doch wundervolle Objekte.

Dazu kommen sachhaltige Argumente. Will man eine Regionalisierung des Gesundheitswesens, ob man das nun Subsidiarität, regionale Versorgungskonzepte oder populationsbezogene Integrierte Versorgung oder wie auch immer nennt, sind zentralistische Tendenzen abzuwehren. Damit ist auch zu erklären, dass die einzelnen Län-

der unterschiedliche Positionen einnehmen, denn Bedarfe und Gegebenheiten sind unterschiedlich, aber in der Abwehr des Zentralismus sind sich alle einig.

VI.

Ulla Schmidt schien im Sommer 2008 nicht mehr warten zu wollen, zum einen war ihre Geduld wohl am Ende, zum anderen kam der Termin für einen einheitlichen Ordnungsrahmen nach dem Ende der Konvergenzphase der DRG-Einführung immer näher. Plötzlich, als die Ministerin in Urlaub weilte, kam ein nicht mit der Leitung abgestimmter Entwurf auf dem Markt, von dem Ulla Schmidt sich sofort erstaunt distanzierte. Die Länder waren erbost und aufgeschreckt, die DKG schrie „Haltet den Dieb“. Monistik, selektive Verträge, bundeseinheitliches Basisfallwert und alle nur erdenklichen Grausamkeiten hatten in dieses Papier Eingang gefunden.

Der DKG war schnell klar, dass jede Form von Appeasement dem BMG gegenüber keinen Sinn mehr ergeben würde, ging zum Angriff über und verbündete sich mit den Ländern.

Beides haben Ulla Schmidt und das BMG ihr übel genommen. Das Letztere ist sogar nachvollziehbar, haben doch gerade die Länder (außer Bayern) dadurch, dass sie rechtswidrig ihren Investitionsverpflichtungen in der Vergangenheit nicht nachgekommen sind und auch in der Gegenwart nicht nachkommen, etliche Krankenhäuser in eine wirtschaftlich prekäre Lage manövriert. Nun begann ein monatelanges Ringen, in dem jede Position – das KHRG war in der vom BMG ursprünglich intendierten Form zustimmungspflichtig – heftig umkämpft wurde.

Das Ergebnis wurde naturgemäß unterschiedlich bewertet. Selektivverträge konnte die DKG durch die Hilfe der Länder verhindern. Es wurde nur ganz vorsichtig ein winziges Türchen, das nur einen blassen Schein von ferner Monistik durchlässt, geöffnet. In der Krankenhausplanung heißt das Motto „Wie es Euch gefällt“, und der Weg zu einem bundeseinheitlichen Basisfallwert ist zunächst einmal vorgezeichnet.

Das Gesamtergebnis kann man nur als mager bezeichnen, bedenkt man, was die Zielvorgabe der Koalition war: Ein echter tragfähiger ordnungspolitischer Rahmen, der die deutschen Krankenhäuser in die Zukunft führen soll, wurde nicht geschaffen. Dafür gelang es den Krankenhäusern, Verbesserungen ihrer wirtschaftlichen Situation durch Refinanzierungsmöglichkeiten von Tarifabschlüssen durchzusetzen, und auch für die Pflege gab es einige Bonbons.

VII.

In diesem Prozess der Auseinandersetzung zeigte sich auch, wie heterogen die Krankenhauslandschaft ist. Viele Krankenhäuser wirtschaften am Rand ihrer Existenz, während andere, so die privaten Klinikketten, satte Gewinne einfahren.

Ob man dieses Phänomen mit Rosinenpickerei oder auch mit besserem Management der Privaten erklärt – sie haben sich offenbar anders als viele andere Krankenhausträger aufgestellt, von denen aber auch etliche durchaus lukrativ wirtschaften. Die Privaten haben sich auf jeden Fall schon auf den Wettbewerb durch Selektivverträge und Pay for Performance eingestellt. So hatte Helios gemeinsam mit der

AOK die Auswertung von Routinedaten ihrer Klinikdaten nach identifizierten Qualitätsindikatoren veröffentlicht. Diese Qualitätsindikatoren waren nicht nur l'art pour l'art, sondern sollten zu einem Wettbewerbsvorteil in einer sich differenzierenden Kliniklandschaft führen. Der Vorstandsvorsitzende Francesco De Meo distanzierte sich öffentlich von den Positionen der DKG. Helios sei für die Zeit der Selektivverträge gut aufgestellt, er habe die Kliniken darauf vorbereitet.

Qualitätssicherung und die Veröffentlichung von Qualitätsdaten über die gesetzlichen Vorschriften hinaus könnten im Wettbewerb um Patienten, im Wettbewerb um Selektivverträge und unter Pay-for-Performance-Bedingungen zu einem zentralen Wettbewerbsselement werden.

Wahrscheinlich um Vergleichsdaten gegen den Vorwurf mangelnder Aussagekraft zu generieren, aber auch um Mitstreiter gegen den Erzrivalen Rhön zu gewinnen, initiierte Helios ein Netz von Qualitätssicherern, dem unterschiedliche Träger – kirchliche, kommunale, Länder, Berufsgenossenschaften, usw. beigetreten sind. Sie verpflichteten sich, Routinedaten nach bestimmten Qualitätsindikatoren auszuwerten und zu veröffentlichen. Damit sind Helios und seine Assoziierten aus der Klinikphalanx ausgeschert. Die Veröffentlichung unterscheidet sich deutlich von der Veröffentlichung der Zertifizierungen der BQS, die von der DKG und den alten Körperschaften getragen wurde und die im Grunde niemanden ernsthaft existenziell schmerzten und eher zur internen Qualitätssicherung dienten als zum öffentlichen Qualitätswettbewerb, den viele Leistungserbringer im Gesundheitswesen scheuen wie der Teufel das Weihwasser.

VIII.

Wie soll aber Wettbewerb funktionieren, wenn es keine Wettbewerbsparameter gibt, keine geben soll, keine geben darf? Die Krankenkassen standen seit Öffnung unter Wettbewerbsdruck, vor allem einem Preiswettbewerb. Dieser ist durch die staatliche Beitragsfestsetzung weggefallen, wird aber mit der Notwendigkeit, Prämien zu erheben, wohl wieder aufflammen. Inzwischen hat sich aber nicht nur ein Angebotswettbewerb mit Wahltarifen etc. entwickelt. Die AOK beispielsweise setzt auf die Wettbewerbsfaktoren Prävention, innovative, evidenzbasierte und patientenorientierte Versorgungsangebote, kundenorientierten Service, Orientierungshilfen und verständliche Information für Versicherte. Das für sie entscheidende Wettbewerbsfeld, so Jürgen Graalman, sei das Versorgungsmanagement. Dazu gehört logischerweise die individuelle Beratung, aber auch die internetgestützte Information: das am weitesten entwickelte Instrument, das Flaggschiff Krankenhaus-Navigator. Seine Daten werden aus der Qualitätssicherung mit Routinedaten der AOK gewonnen und geben Auskunft über Leistungsspektrum, Ausstattung und Qualität der Versorgung eines Krankenhauses, d. h. auch über Langzeiterfolge. Für Knie- und Hüft-TEPs als erste Operationen werden Langzeitergebnisse von Behandlungen einzelner Krankenhäuser eingestellt.

Die Krankenhäuser kommen also nicht nur von Seiten des Gesetzgebers, sondern auch von Seiten der Krankenkassen unter Qualitäts- und damit unter Wettbewerbsdruck.

IX.

Der Wettbewerbsgedanke, obwohl alle ihn feierlich beschwören, ist im Gesundheitswesen in Wirklichkeit bei den meisten immer noch verpönt, sie wollen Kollektivverträge, einheitlich und gemeinsam. Viele Leistungserbringer, aber auch viele Krankenkassen, haben es sich im Kollektivvertrag gemütlich eingerichtet, auch in ihrer Investitionswelt. Bricht eine Gruppe aus der Phalanx aus, ist das Bollwerk auf Dauer nicht zu halten. So könnte die Krankenhauslandschaft zerbröseln, für die DKG ein gefährlicher Prozess, sie könnte aber auch die Diversifizierung fördern und damit das Zerbröseln verhindern. Kettenmanager wie De Meo lassen sich nicht mehr auf eine gemeinsame Interessenvertretung mit gemeinsamen Positionen gegenüber Politik und Kassen einschwören und festnageln. Im Gegensatz zu den Positionen der DKG, die deutsche Krankenhäuser als Ort finanzieller Not aufgrund dauerhafter Unterfinanzierung und nicht eingehaltener Investitionsversprechen für viele Krankenhäuser beschreibt, verkündet De Meo, Helios mache prächtige Gewinne, blühe und gedeihe.

Das zeigt das Spektrum der Krankenhauslandschaft – hier eine profitable Klinkette, die dazu noch investiert, dort Krankenhäuser, die gefährlich rote Zahlen schreiben. In einer Marktwirtschaft kein Problem – Wettbewerber, die den Wettbewerb nicht bestehen können, werden vom Markt gefegt. Das ist aber in einer Lenkungswirtschaft garniert mit wettbewerblichen Tuffern undenkbar und versorgungspolitisch auch nicht akzeptabel. Auch hier müssen neue Regeln gefunden werden, sonst entsteht für die DKG ein aussichtsloser Kampf und die Sicherstellung zumindest der wohnortnahen Basisversorgung ist gefährdet – was gerade die Bundesländer nicht hinnehmen können. Ob die Regionalisierung der Versorgung – von den meisten Parteien zur Zeit präferiert und auch im Sachverständigenutachten propagiert – Lösungsansätze bieten kann oder auch wieder nur eine neue Sau ist, die durch das deutsche Gesundheitsdorf getrieben wird?

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
18. Juni 2009	GKV-Finanzierung/Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise/Steuerfinanzierung GKV	Mittelfristige Haushaltsplanung der Bundesregierung für die Jahre 2010 bis 2013	<p>Bundesfinanzminister Peer Steinbrück legt eine mittelfristige Finanzplanung für den Bundeshaushalt vor: Für den Zeitraum 2010 bis 2013 sind insgesamt ca. 262 Mrd. € neue Schulden erforderlich. Darin ist auch der erhöhte Steuerzuschuss für die GKV berücksichtigt, der von 11,8 (2010) über 13,3 (2011) auf 14,0 Mrd. € (2012) ansteigt. Eingerechnet ist auch eine „Globale Minderausgabe wg. Schuldenbremse und Hochschulpakt“ in Höhe von 37 Mrd. €, die noch zu realisieren sei.</p> <p>Insgesamt rd. 300 Mrd. € neue Schulden lasten demnach auf der nächsten Bundesregierung. Allein im kommenden Jahr sei eine Nettokreditaufnahme in Höhe von 86,1 Mrd. € erforderlich, die einschließlich der Schattenhaushalte sogar auf über 100 Mrd. € steigen könnte.</p> <p>In den Folgejahren soll die Nettokreditaufnahme langsam sinken: 2011 auf 71,7 Mrd. €; 2012 auf 58,7 Mrd. €; 2013 auf 45,9 Mrd. €.</p>
18. Juni 2009	Kollektivverträge/Selektivverträge/Hausarztverträge/Sicherstellung	<p>Änderung der 15. AMG-Novelle zur Schaffung einer Rechtsgrundlage für private Abrechnungswege/Rechenzentren</p> <p>Gesetzesbeschluss des Bundestages</p>	<p>Ulla Schmidt und die CSU setzen sich gegen die CDU durch:</p> <p>Krankenhäuser dürfen zu Abrechnungszwecken privatrechtlich organisierte Rechenzentren beauftragen, aber nicht nur sie, sondern auch Ärzte und Institutionen im Zusammenhang der Verträge nach § 73b, § 73c und § 140.</p> <p>Es handelt sich allerdings um Ausnahmeregelungen, die zum 1.7.2010 befristet sind.</p> <p>Damit sind die bestehenden Hausarztverträge vorerst rechtssicher und die weitere Umsetzung des § 73b rechtlich gesichert.</p>
18. Juni 2009	Patientenverfügung	Der Bundestag beschließt ein Gesetz zu Patientenverfügungen	<p>Die mehrjährige kontroverse Diskussion um Patientenverfügungen findet ihren Abschluss im Bundestag:</p> <p>Abstimmungen über drei verschiedene Gesetzentwürfe.</p> <p>Die Gruppe um die Rechtspolitiker Joachim Stünker und Brigitte Zypries erzielt mit ihrem Gesetzentwurf eine eindeutige Mehrheit. Danach soll der Wille des Betroffenen unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung maßgeblich sein.</p> <p>Eine fraktionsübergreifende Abgeordnetengruppe um Wolfgang Bosbach und Katrin Göring-Eckardt hatte sich in einem zweiten Gesetzentwurf dafür ausgesprochen, zwei Typen von Patientenverfügungen zu unterscheiden. In jedem Falle verbindlich sollte nur die Verfügung sein, die notariell beurkundet werde und der eine umfassende ärztliche Beratung vorausgehen sollte.</p> <p>In einem dritten Gesetzentwurf wollten Wolfgang Zöller, Hans Georg Faust u. a. dagegen auch bei Vorliegen einer Patientenverfügung eine individuelle Ermittlung des Patientenwillens festschreiben, im Streitfall mit Einschaltung des Vormundschaftsgerichts.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
11. Juni 2009	Behandlungsfehler/Patientensicherheit	Pressekonferenz der Bundesärztekammer – Statistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen 2008	<p>Aus der Pressemitteilung der Bundesärztekammer:</p> <p>„Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern haben im Jahr 2008 insgesamt 7 133 Anträge zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern bearbeitet. In 29 Prozent der Fälle lag ein Behandlungsfehler oder Risikoaufklärungsmangel vor. Davon konnte in 1 695 der Fälle ein Behandlungsfehler als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt werden, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. Das geht aus der heute veröffentlichten ‚Statistischen Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2008‘ hervor.“</p> <p>Gut zwei Drittel aller Fehler wurden in Krankenhäusern manifest: am häufigsten bei der Behandlung von Hüft- und Kniegelenkarthrose, Knochenbrüchen und Brustkrebs.</p>
9. Juni 2009	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	<p>„Routinetreffen“ von BMG, KV Nordrhein und Krankenkassen</p> <p>Ausgabe der Gesundheitskarten nach der Bundestagswahl</p> <p>Reaktion der KZBV</p>	<p>Aus der Pressemitteilung des BMG:</p> <p>„Im Rahmen eines im April vereinbarten Routinetreffens im Bundesministerium für Gesundheit haben die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die Krankenkassen heute bestätigt, dass sich der Einführungsprozess der elektronischen Gesundheitskarte im Plan befindet. Die stationären und mobilen modernen Lesegeräte werden seit einiger Zeit Schritt für Schritt in Arztpraxen und Krankenhäusern installiert.</p> <p>Die Krankenkassen haben erklärt, dass sie in der Startregion Nordrhein ab dem 1. Oktober 2009 damit beginnen werden, elektronische Gesundheitskarten an ihre Versicherten auszugeben. Die Vorbereitungen hierzu laufen bereits.“</p> <p>Die KZBV hält dagegen:</p> <p>„Die organisatorischen und technischen Voraussetzungen für diese Aktion sind noch gar nicht geschaffen. Erst ein Teil der Hersteller hat eine Zertifizierung für ihre Karten, und das Verfahren für ihre Ausgabe ist auch noch nicht geklärt. Die Tests, ob die Karten von der Verwaltungssoftware in den Praxen überhaupt gelesen werden können, werden nicht vor August stattfinden. Der Oktober ist als Zeithorizont für die Ausgabe der eGK deshalb nicht zu halten. ... Wir haben hier wieder einmal ein Beispiel für die permanent unrealistische Zeitplanung beim eGK-Projekt.“</p>
3. Juni 2009	Krankenhausinfektionen/Patientensicherheit	Marburger Bund schließt sich „Aktionsbündnis Saubere Hände“ an.	Die „Aktion saubere Hände“ wird vom Referenzzentrum für die Überwachung von Krankenhausinfektionen, der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung und dem Aktionsbündnis Patientensicherheit getragen. Das Projekt umfasst eine Studie und eine Kampagne. Es hat, ausgehend von Dezember 2007, eine Laufzeit von drei Jahren und wird vom BMG mit insgesamt 650 000 € gefördert.
25. Mai 2009	Tarifpolitik	MB und Deutsche Rentenversicherung nehmen Tarifverhandlungen auf	Nach langen Auseinandersetzungen mit Streiks nehmen Marburger Bund und Deutsche Rentenversicherung erstmalig Tarifverhandlungen für die bundesweit rund 2 000 Reha-Ärzte auf.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
25. Mai 2009	Medizinische Versorgungszentren	MVZ-Survey der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	<p>Im Unterschied zur Integrierten Versorgung entwickeln sich die MVZs offenbar dynamisch. Die KBV problematisiert den deutlich erkennbaren Trend – Andreas Köhler: „Bis heute befinden sich mit 54 % mehr als die Hälfte in der Trägerschaft von Vertragsärzten, gefolgt von Krankenhäusern mit 37 %. Die Tendenz ist allerdings ganz klar: MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft nehmen in Relation zu denen in Krankenhausträgerschaft ab; Krankenhäuser gründen derzeit spürbar mehr MVZ als Vertragsärzte.“</p> <p>Die Unterschiede zwischen Krankenhaus-MVZ und anderen MVZ manifestierten sich vor allem darin, dass die Produktivität angestellter Ärzte niedriger sei. Ob darin ein Grund für wirtschaftliche Schwierigkeiten läge?</p> <p>Wenn sie (per se) nicht wirtschaftlicher wären, seien die krankenhausgeführten MVZs nicht primär durch eine gezielte Versorgungssteuerung lukrativ?</p>
19. Mai 2009	Qualitätssicherung/Sektorenübergreifende Qualitätssicherung/Qualitätsinstitut	Vergabekammer des Bundeskartellamts: Entscheidung für AQUA-Institut rechtmäßig	<p>Die 2. Vergabekammer des Bundeskartellamts weist den Antrag der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) auf Aufhebung der Vergabeentscheidung zur Qualitätssicherung nach § 137a SGB V (Qualitätsinstitut) zurück.</p> <p>Der GBA teilt mit, er beabsichtige so bald wie möglich, den Vertrag mit dem „AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH“ zu unterzeichnen.</p> <p>Die DKG bedauert die Entscheidung der Vergabekammer, weil sie die von der BQS über Jahre aufgebaute und bewährte Struktur für die Qualitätssicherung gefährde. Bis zum Aufbau des sektorübergreifenden Qualitätssicherungssystems solle die BQS das bestehende System fortführen. Dafür solle der Gesetzgeber sorgen.</p> <p>Die rechtlichen Auseinandersetzungen gehen weiter. Vor dem LSG Düsseldorf wird Beschwerde gegen den Spruch der Vergabekammer eingelegt. Das LSG prüft, ob für die BQS ein besonderes Schutzbedürfnis besteht.</p>
14. Mai 2009	Kollektivverträge/Selektivverträge/Hausarztverträge/Sicherstellung	Änderung der 15. AMG-Novelle zur Schaffung einer Rechtsgrundlage für private Abrechnungswege/Rechenzentren	<p>Die Auseinandersetzung um Selektivverträge, insbesondere Hausarztverträge nach § 73b, erhält eine überraschende Wendung. Eine durch ein Urteil des BSG zum Sozialdatentransfer erforderlich gewordene Anpassung im SGB V – Schaffung einer Rechtsgrundlage für private Abrechnungswege, z. B. über privatärztliche Verrechnungsstellen oder den Hausärzterverband – wird von der Unionsfraktion blockiert. Ein entsprechender Änderungsantrag für die 15. AMG-Novelle liegt vorerst noch auf Eis.</p> <p>Die KBV nutzt die Chance zum Angriff auf die Verträge nach § 73b SGB V, nur öffentlich-rechtliche Körperschaften könnten den hohen Datenschutzerfordernissen gerecht werden. Die Patientendaten aus Selektivverträgen seien bei privaten Rechenzentren laut BSG nicht hinreichend geschützt. Andreas Köhler bietet dem Hausärzterverband an, die Abrechnung von Selektivverträgen auch dann über die KV abzuwickeln, wenn die KV kein Vertragspartner sei. Die Verträge seien fertig, Ulrich Weigoldt müsse nur noch unterschreiben.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
6. Mai 2009	Innovationen	Urteil des Bundessozialgerichts zur Protonentherapie bei Brustkrebs	<p>Das Bundessozialgericht bestätigt den GBA in seiner Rechtsauffassung:</p> <p>Die Beanstandung des BMG der GBA-Richtlinie zum Ausschluss der Protonentherapie bei Mammakarzinomen ist rechtswidrig.</p> <p>Der GBA dürfe die Entscheidung über Wirtschaftlichkeit und Eignung von Behandlungsmethoden für die stationäre Versorgung nach denselben Kriterien treffen, die für die ambulante Versorgung maßgeblich seien.</p> <p>Damit bricht der alte Kampf um Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt zwischen KBV und DKG wieder voll aus.</p> <p>Die DKG fordert gesetzliche Regelungen für die Innovationseinführung in Krankenhäusern.</p> <p>Die schriftliche Urteilsbegründung steht noch aus.</p>
5. Mai 2009	Pflege	Erste Lesung Pflege-Assistenzbedarf in Krankenhäusern	<p>Die Koalitionsfraktionen starten eine weitere Gesetzgebung:</p> <p>Mit Zustimmung des Bundesrates soll noch vor der Sommerpause ein Gesetzentwurf „zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus“ beschlossen werden.</p> <p>Inhalte:</p> <p>Verbesserung der Betreuung pflegebedürftiger Behinderter, Palliativmedizin als Pflicht- und Lehrfach im Medizinstudium.</p> <p>Der Bundestag beschließt das Gesetz am 19. Juni 2009.</p>
30. April 2009	GKV-Finanzierung/Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise	Der Schätzerkreis erhöht seine Prognose der Fonds – Mindereinnahmen für 2009 von 440 Mio. € auf 2,9 Mrd. €	<p>Die Bundesregierung korrigiert ihre Wirtschaftsprognose für das laufende und das nächste Jahr. BIP: 2009 minus 6%, 2010 plus 0,5%; Arbeitslose: 2009 plus 450 000, 2010 plus 900 000;</p> <p>Neuverschuldung des Bundeshaushalts: 2009 70 bis 80 Mrd. €, 2010 mehr als 80 Mrd. €.</p> <p>Der GKV-Schätzerkreis passt seine Einnahmenschätzung einvernehmlich der Regierungsprognose an:</p> <p>Im Vergleich zur letzten Schätzung 2009 werden 2,9 Mrd. € Mindereinnahmen prognostiziert. Sie sollen durch ein Liquiditätsdarlehen des Bundes ausgeglichen werden. Die Rückzahlungspflicht wird bis Ende 2011 verlängert.</p>
27. April 2009	Arbeitszeit/Tarifpolitik	Das Vermittlungsverfahren zur EU-Arbeitszeitrichtlinie scheitert – keine Novellierung.	<p>Das Vermittlungsverfahren zwischen Europäischem Parlament und Ministerrat zur Novellierung der EU-Arbeitszeitrichtlinie scheitert.</p> <p>Streitthemen waren die vollständige Einstufung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit und die Möglichkeit zur Wahl einer Verlängerung der wöchentlichen Arbeitszeit (Opt-out).</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
27. April 2009	Arbeitszeit/ Tarifpolitik	Das Vermittlungsverfahren zur EU-Arbeitszeitrichtlinie scheitert – keine Novellierung.	Bundesärztekammer und Marburger Bund begrüßen das Scheitern, die DKG bedauert es. Das Arbeits- und Sozialministerium erklärt, dass das deutsche Arbeitszeitgesetz ohne Abstriche oder Änderungen weiterhin gültig sei.
14. April 2009	Krankenhausinfektionen/ Patientensicherheit	Tagung der EU-Minister zu Patientensicherheit/ Krankenhausinfektionen	Aus der Pressemitteilung des BMG: „Krankenhausinfektionen und resistente Krankheitserreger sind in ganz Europa ein zunehmend ernster werdendes Problem. Nach Angaben des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) erkrankt in Europa jeder 20. Krankenhauspatient zusätzlich an einer Krankenhausinfektion. In Deutschland ist pro Jahr von etwa 500 000 Krankenhausinfektionen auszugehen, nach Schätzungen aus Studien versterben jährlich in Deutschland etwa 10 000 Patienten daran. Die Risiken für Patientinnen und Patienten, sich bei einem Krankenhausaufenthalt zu infizieren, sind immer noch zu hoch. Die Bundesregierung hat deswegen gehandelt und mit der Antibiotika-Resistenzstrategie den richtigen Weg eingeschlagen. Auf der Konferenz ist die deutsche Strategie auf großes Interesse der anderen Mitgliedstaaten gestoßen, da sie vernetzte Maßnahmen vorsieht und beispielgebend zeigt, wie alle Beteiligten in konzertierte Aktivitäten eingebunden werden können.“
3. April 2009	Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik	DKG und GKV-Spitzenverband einigen sich auf die konkrete Umsetzung der Kompensationsregelung zur Tariflohnsteigerung im Rahmen des KHRG	Nur wenige Tage nach Inkrafttreten des KHRG unterzeichnen DKG und GKV-Spitzenverband die Vereinbarung zur Berücksichtigung der Tariflohnsteigerung: Erhöhungsrates von 6,24 %, die zu einem Drittel erhöhend bei den Basisfallwerten zu berücksichtigen ist – d. h. zusätzlich 1,1 Mrd. €.
3. April 2009	Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung/ Patientenrechte	Erste Lesung der Patientenrichtlinie im Europäischen Parlament	Das Europäische Parlament nimmt den Bericht zur Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Berichterstatter: John Bowis, EVP, GB) mit 197 Stimmen an. Ziel der Richtlinie ist, den Patienten die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im EU-Ausland zu erleichtern. Die Abgeordneten betonen, dass es bei der vorliegenden Richtlinie um Patientenrechte gehe und nicht um die Freizügigkeit der Leistungserbringer. Des Weiteren berühre die Richtlinie nicht die Rechte der Patienten, die bereits in einer anderen Verordnung oder durch nationale Gesetzgebung kodifiziert worden seien. Diskutiert wird u. a. die Rechtsgrundlage. Während die Europäische Kommission den Entwurf auf Art. 95 EG-Vertrag stützt, fordern die Sozialisten (PSE) und die Linken, den Schwerpunkt auf die Gesundheitsfürsorge zu legen. Rechtsgrundlage hierfür sei Art. 152 EG-Vertrag.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
3. April 2009	Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung/Patientenrechte	Erste Lesung der Patientenrichtlinie im Europäischen Parlament	<p>Die Anträge auf Änderung der Rechtsgrundlage werden jedoch abgelehnt.</p> <p>Darüber hinaus wird diskutiert, ob die Leistungserbringer sich wegen der Kostenerstattung direkt an die Kostenträger und nicht an den Patienten wenden sollten.</p> <p>Die Europäische Kommission soll prüfen, ob eine zentrale Verrechnungsstelle eingeführt werden kann. Diese soll die Rückerstattung der Kosten von Krankenhausleistungen und Spezialbehandlungen erleichtern.</p> <p>Umstritten ist auch die Vorabgenehmigung für die Rückerstattung der Kosten. Das Europäische Parlament billigt, dass sich Patienten Krankenhausleistungen und Spezialbehandlungen genehmigen lassen müssen. Die Mitgliedstaaten sollen definieren, was Krankenhausdienstleistungen sind.</p> <p>Schließlich wird die Einrichtung eines Ombudsmanns vorgeschlagen. Er soll sich mit Patientenbeschwerden befassen, wenn diese innerhalb eines Mitgliedstaats nicht gelöst werden können.</p>
2. April 2009	Pflege/Qualitätssicherung/DRGs/Attraktivität Pflegeberufe	Zweiter Pflegegipfel im BMG	<p>Deutscher Pflegerat, Ver.di, Arbeitsgemeinschaft „Junge Pflege“, GKV-Spitzenverband, DKG, Verband der Krankenhausdirektoren und Bundesärztekammer beschließen Handlungsempfehlungen zu drei Themenkomplexen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entwicklung von Indikatoren für pflegerisch hoch aufwendige Fälle, die eine aufwandsgenauere Abbildung der Pflege im DRG-System ermöglichen. 2. Der GBA soll evidenzbasierte pflegebezogene Qualitätsindikatoren entwickeln und in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung einbeziehen. 3. Maßnahmen zur Entwicklung und Erprobung neuer Arbeits- und Aufgabenteilungen, zur Unterstützung einer modernen Arbeitsorganisation und zur Nachwuchsförderung in der Pflege.
27. März 2009	Tarifpolitik	Tarifeinigung für Universitätsärzte	<p>Marburger Bund und Tarifgemeinschaft deutscher Länder erzielen – ohne Streik – eine Tarifeinigung für Universitätsärzte:</p> <p>3,8 % Gehaltssteigerung ab 1.5.2009 und weitere 1,2 % ab 1.8.2010; Anhebung der Ost-Gehälter auf Westniveau zum 1.1.2010.</p>
26. März 2009	Kollektivverträge/Selektivverträge/Hausarztverträge/Sicherstellung	Deklaration der KBV-Vertreterversammlung	<p>Auf ihrer Klausurtagung zur Zukunft des KV-Systems beschließt die KBV-Vertreterversammlung eine Deklaration, ein Bekenntnis zum ungeteilten Sicherstellungsauftrag der KVen gegen das „derzeitige systemwidrige Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen“.</p> <p>Ulla Schmidt zeigt sich unbeeindruckt: Nach einem parallel zur KBV-Klausurtagung stattfindenden Gespräch mit dem Hausärzterverband begrüßt sie dessen Aktivitäten, auch im Bereich der fachärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V).</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
26. März 2009	Kollektivverträge/Selektivverträge/Hausarztverträge/Sicherstellung	Deklaration der KBV-Vertreterversammlung	Zwei Monate später verabschiedet die Vertreterversammlung der KBV ein vom Vorstand vorgelegtes „Strategie- und Forderungspapier“, das insbesondere ein Konzept zur Stärkung des Kollektivvertrags und Selektivverträge nur als Add-on vorsieht.
19. März 2009	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Neue Debatte im Bundestag	Anträge der FDP und von Bündnis 90/Die Grünen entfachen im Bundestag eine neue grundsätzliche Debatte über die vor sich hin dümpelnde Einführung der eGK. Die FDP fordert ein Moratorium, die Grünen sehen Lücken im Bereich der informationellen Selbstbestimmung. In der Anhörung zu diesen Anträgen am 25. Mai 2009 im Gesundheitsausschuss des Bundestages deutet sich u. a. an, dass das Kartenprojekt technologisch schon zu veralten droht.
17. März 2009	Arbeitszeit/Tarifpolitik	Beginn des Vermittlungsverfahrens EU-Parlament – Ministerrat zur EU-Arbeitszeitrichtlinie	Die Liste der Veränderungsvorschläge ist lang, die zentrale Auseinandersetzung zwischen Ministerrat und Europäischem Parlament entspinnt sich an zwei Punkten: <ul style="list-style-type: none"> – dem Opt-out und der Unterteilung zwischen aktiver und inaktiver Arbeitszeit – der Anrechnung der inaktiven Zeiten auf die Ruhezeit, also den alten Streitpunkten zwischen Krankenhausesellschaften und Ärztegewerkschaften oder -verbänden, in Deutschland zwischen DKG und Marburger Bund. <p>Die Interessenlagen des Ministerrats sind vielschichtig. Sie sind nicht nur arbeitgeberfreundlich, sondern auch von schwierigen wirtschaftlichen Bedingungen bestimmt, insbesondere in einigen osteuropäischen Ländern.</p> <p>Die Minister wollen das Opt-out, die Differenzierung in aktive und inaktive Arbeitszeit und die Anrechnung der letzteren auf die Ruhezeiten. Genau das will das Parlament nicht.</p> <p>Auch wenn Rat und Parlament sich auf einander zu bewegen, bleibt es grundsätzlich bei den unvereinbaren Positionen.</p> <p>Die Kommission nimmt eine beinahe salomonische Position ein – nein zur Anrechnung der inaktiven Zeiten auf die Ruhezeiten, aber eine unterschiedliche Gewichtung der inaktiven Zeiten des Bereitschaftsdienstes bei Berechnung der durchschnittlichen Höchstarbeitszeit – das könne eine Kompromisslinie sein.</p> <p>Dagegen stellt sie sich in der Frage Opt-out hinter den Rat, der am Opt-out festhalten möchte. Das Parlament dagegen will das Opt-out nach 36 Monaten auslaufen lassen.</p>
16. Feb. 2009	Integrierte Versorgung	Stellungnahmen der Bundesregierung	Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung zum Jahresende 2008 wird es still um die Integrierte Versorgung. Nur wenige Verträge der Integrierten Versorgung scheinen sich für die Kassen zu rechnen. Viele Verträge laufen einfach aus oder werden gekündigt.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
16. Feb. 2009	Integrierte Versorgung	Stellungnahmen der Bundesregierung	In Stellungnahmen gegenüber dem Bundestag gibt sich das BMG einseitig, eine Fortführung der Anschubfinanzierung ist nicht geplant. Die Anschubfinanzierung sei als zeitlich begrenztes Instrument angelegt, die Projekte sollten sich auf Dauer selbst tragen.
13. Feb. 2009	Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik/ Pflege/ Investitionsfinanzierung/ Bundesbasisfallwert	KHRG: Zweiter Durchgang Bundesrat, Inkrafttreten	Der Bundesrat lässt den Gesetzesbeschluss des Bundestages mit einer Entschließung passieren. Das Gesetz tritt rückwirkend zum 1.1.2009 in Kraft.
13. Feb. 2009	GKV-Finanzierung/ Steuerfinanzierung/ Beitragssatz/ Staatsdarlehen/ Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise/ Investitionsfinanzierung Krankenhäuser	Der Bundestag verabschiedet Konjunkturpaket II – Bundesrat stimmt eine Woche später zu.	Ergänzend zu den Beschlüssen des Konjunkturpakets II wird der Fonds einnahmeseitig entlastet: Liquiditätsdarlehen des Bundes müssen erst 2011 und nicht schon 2010 zurückgezahlt sein. Begründung: Es sei noch keine Liquiditätsreserve aufgebaut und es drohen möglicherweise zusätzliche konjunkturbedingte Einnahmeausfälle.
10. Februar 2009	Qualitätssicherung/ Sektorenübergreifende Qualitätssicherung/ Qualitätsinstitut	GBA will AQUA-Zuschlag für Qualitätsinstitut erteilen	Aus der Pressemitteilung des GBA: „Das Vergabeverfahren zur Qualitätssicherung der Versorgung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V (Qualitätsinstitut) steht kurz vor seinem Abschluss. Nach erfolgter Auswertung der abschließenden Angebote beabsichtigt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nun, den Zuschlag nach Ablauf der gesetzlichen Informationsfrist von zwei Wochen an das ‚AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH‘ zu erteilen.“ Die BQS stellt bei der Vergabekammer des Bundeskartellamts den Antrag auf Aufhebung der Vergabeentscheidung.
21. Jan. 2009	Krankenhauserkrankungen – Patientensicherheit	Antrag LINKE „Krankenhauserkrankungen vermeiden – multiresistente Problemkeime wirksam bekämpfen“	Die Bundestagsfraktion DIE LINKE fordert wirkungsvolle verbindliche Regelungen, um Infektionen bereits in ihrer Entstehung zu verhindern, außerdem fordert sie den verstärkten Einsatz von Ärzten für Hygiene und Hygienefachkräften sowie eine personelle Aufstockung und Qualifizierung des Fachpersonals in Gesundheitsämtern. Der Bundestag lehnt diesen Antrag am 14. Mai 2009 ab.
12. Jan. 2009	GKV-Finanzierung/ Steuerfinanzierung/ Beitragssatz/ Investitionsfinanzierung Krankenhäuser	Koalitionsbeschluss zum Konjunkturpaket II	Die Koalition beschließt das zweite Konjunkturpaket. Die SPD kann sich mit ihrer Forderung, bei den Krankenversicherungsbeiträgen nur die Arbeitnehmer zu entlasten, nicht durchsetzen. Die Einigung lautet: „Der Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung wird mit Wirkung zum 1. Juli 2009 für das Jahr 2009 um 3 Mrd. € und für das Jahr 2010 um 6 Mrd. € erhöht. Die paritätisch finanzierten Beitragssätze werden dementsprechend um 0,6 Prozentpunkte gesenkt.“

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
12. Jan. 2009	GKV-Finanzierung/ Steuerfinanzierung/Beitrags-satz/Investitionsfinanzierung Krankenhäuser	Koalitionsbeschluss zum Konjunkturpaket II	<p>Angela Merkel und Horst Seehofer stellen vor der Bundespressekonferenz klar, dass damit die geplante Aufstockung der Steuermittel für versicherungsfremde Leistungen „vorgezogen“ werde.</p> <p>„Zusätzliche Steuermilliarden“ lehnt Horst Seehofer entschieden ab.</p> <p>Im zweiten Konjunkturpaket werden auch die Krankenhäuser berücksichtigt.</p> <p>Aus dem Koalitionsbeschluss: „3,5 Mrd. Euro (Finanzhilfen des Bundes) können für die Modernisierung der kommunalen Infrastruktur eingesetzt werden, insbesondere für Krankenhäuser (trägerneutral), Städtebau, ländliche Infrastruktur und die Lärmsanierung an kommunalen Straßen.... Die Länder übernehmen einen Kofinanzierungsanteil von 25 %.“</p>
1. Januar 2009	GKV-Finanzierung/Gesundheitsfonds/ Morbi-RSA	Einführung Gesundheitsfonds mit Morbi-RSA	<p>Begleitet von anhaltender Kritik tritt das Kernstück des GKV-WSG in Kraft.</p> <p>BVA-Präsident Josef Hecken reagiert heftig:</p> <p>Angesichts von 11 Mrd. € mehr im Jahr 2009 sei das von den Kassen zu vernehmende Klagelied völlig unverständlich, zumal „in einer Zeit, in der in vielen anderen Bereichen deutlich weniger Geld zur Verfügung steht“.</p> <p>Er erwarte von den Kassen, dass sie alles daransetzten, dieses Geld sinnvoll zu verwenden.</p>
18. Dez. 2008	Krankenhauspolitischer „Rundumschlag“	Bundestag verabschiedet KHRG mit vielen Änderungsanträgen	<p>Ohne die Grundstruktur des Regierungsentwurfs zu verändern, beschließt die Koalition das KHRG mit umfangreichen Änderungen. Sie betreffen folgende Bereiche:</p> <p>I.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Abgrenzung des Erlösbudgets, – Preisverhandlungen für zusätzliche Leistungen 2009, – mindernde Berücksichtigung einer mehr als hälftigen Tarifkostenrefinanzierung 2009 – Verrechnung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen – Vereinbarung des Landesbasisfallwerts, Anhebung der Untergrenze und Einführung einer Obergrenze für die jährliche Absenkung auf den Basisfallwertkorridor – Zu- oder Abschlag wegen Konvergenzverlängerung (um ein Jahr – zwei Schritte von der Krankensebene zum Landesbasisfallwert) – Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Vereinbarung unabhängig von Budgetverhandlungen) <p>II.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Krankenhauszahlungen: Übertragung des Einzugsverfahrens auf die Krankenhäuser, Vergütungsanspruch wird direkt mit Zahlungen verrechnet – Kassenbezogene Umsetzung der Stichprobenprüfungen bei Krankenhausrechnungen – Erhöhung der Aufwandspauschale für Krankenhäuser im Fall ungerechtfertigter Abrechnungsprüfungen (von 100 auf 300 €)

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
18. Dez. 2008	Krankenhaus-politischer „Rundumschlag“	Bundestag verabschiedet KHRG mit vielen Änderungsanträgen	<p>III.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Festlegung und Übermittlung von Verhandlungsdaten – Nutzung der DRG-Daten durch das Bundeskartellamt – Weiterentwicklung Krankenhausstatistik-Verordnung – Steuerrechtliche Änderungen <p>IV.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 90 %-Finanzierung des Pflegepersonalstellen-Programms durch die Kassen <p>V.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schaffung einer Nachverhandlungsmöglichkeit für den bestehenden Personalbestand, um den Erfüllungsgrad der Psychiatrie-Personalverordnung zu verbessern – Richtung 100 %-Umsetzung der Psych-PV – Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer an der Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen – Fachgebietsbezeichnung für psychiatrische Einrichtungen <p>VI.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Neue Vergütungsregelung für Belegärzte: Einführung einer Wahloption für Kliniken, die belegärztliche Versorgung auch durch Vertragsärzte mit Honorarverträgen sicherstellen zu können <p>VII.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sonderregelung für Praxiskliniken – eigenständige Vertragspartnerschaft auf Bundesebene <p>VIII.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schiedsregelung Vertragspreise im Heilmittelbereich <p>IX.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ergänzende Vergütungsregelung für Spezialambulanzen in Kinderkliniken <p>X.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Einheitlichkeit der Qualitätssicherung – Patienten unabhängig von Versicherterstatus berücksichtigen – Beteiligung von PKV-Verband, Bundesärztekammer und Organisationen der Pflegeberufe <p>XI.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Erweiterung des Leistungsbereichs der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung <p>XII.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Finanzierung der Praxisanleitung in der Krankenpflegeausbildung
18. Dez. 2008	DRGs	IGES-Institut erhält Zuschlag für DRG-Begleitforschung	Endlich startet die DRG- Begleitforschung. Vorausgegangen war eine europaweite Ausschreibung durch das INEK.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
17. Dez. 2008	Arbeitszeit/ Tarifpolitik	EU Parlament lehnt Beschluss des Ministerrats zur Neufassung der EU-Arbeitszeitrichtlinie ab.	Das Europäische Parlament lehnt den Beschluss des EU-Ministerrats zur Änderung der Arbeitszeitrichtlinie mit großer Mehrheit ab. Bereitschaftsdienst soll auch weiterhin grundsätzlich zur Arbeitszeit gehören. Es stehe im Ermessen nationaler Gesetzgeber oder der Tarifvertragsparteien, eng umgrenzte Ausnahmen zuzulassen.
9. Dez. 2008	GKV-Finanzierung/ Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise	Der Schätzerkreis prognostiziert für 2009 440 Mio. € Mindereinnahmen	Das BVA veröffentlicht eine gemeinsame Erklärung des GKV Schätzerkreises: Wegen der „erwarteten konjunkturellen Eintrübung“ würden die Einnahmen gegenüber der letzten Schätzung um 440 Mio. € geringer ausfallen. An den zugesagten Zuweisungen an die Kassen in Höhe von 167,6 Mrd. € ändere sich dadurch nichts.
24. Nov. 2008	Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflege	Anhörung zum KHRG im Gesundheitsausschuss des Bundestages	In der Anhörung zum KHRG prallen erneut die unterschiedlichen Auffassungen zur Finanzsituation der Krankenhäuser und den Auswirkungen des KHRG im kommenden Jahr aufeinander: Vertreter der Krankenhausverbände versus GKV-Spitzenverband. Einhellig ist die Kritik an der Finanzausstattung des Sonderprogramms Pflege: Die vorgesehene 70%-Finanzierung reiche nicht aus, um das Programm zum Laufen zu bringen (unabhängig von der strittigen Frage, ob es überhaupt sinnvoll sei). Es kommt zum Eklat, als die Koalitionsfraktionen Fragen zu Themen stellen, die bislang nur Gegenstand von Formulierungshilfen des BMG für Änderungsanträge der Koalitionäre zum KHRG sind: Belegärzte, Praxiskliniken, Heilmittelversorgung. Die Oppositionsfraktionen verweigern die Erörterung dieser Fragen und setzen sich mit der Forderung durch, ggf. eine erneute Anhörung durchzuführen.
20. Nov. 2008	Elektronische Gesundheitskarte/ Telematikplattform	Vereinbarung über Pauschalen für Lesegeräte – Beginn des Rollouts im ersten Halbjahr 2009?	KBV und GKV-Spitzenverband einigen sich auf Pauschalen für Lesegeräte (430 € für stationäres Gerät, 215 € Installationspauschale und 375 € für mobiles Lesegerät). Die ersten Lesegeräte könnten, so die Vertragspartner in Nordrhein, noch in diesem Jahr installiert werden, so könnte das Rollout der elektronischen Gesundheitskarte im ersten Halbjahr 2009 beginnen. Der Weg für die Einführung der eGK sei nun frei, so BMG Staatssekretär Klaus Theo Schröder. Am 10. März 2009 meldet die KV Nordrhein den Start des „Basis-Rollouts“.
14. Nov. 2008	GKV-Finanzierung / Gesundheitsfonds / Morbi-RSA	Das BVA gibt die Höhe der morbiditätsbezogenen Zuteilungen aus dem Fonds bekannt.	Die Krankenkassen erhalten vom Bundesversicherungsamt Bescheide über Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Alle großen Kassen erklären, dass sie (zunächst) ohne Erhebung eines Zusatzbeitrags auskommen werden. Die Diskussionen um die Konsequenzen der Wirtschaftskrise für den Fonds reißen nicht ab.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
12. Nov. 2008	Finanzsituation Krankenhäuser	KHRG: Erste Lesung Bundestag – Gegenüberung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates Streit um Begrenzung der Mehrausgaben	<p>Vor dem Hintergrund einer knappen Finanzierung des Gesundheitsfonds hält die Bundesregierung in ihrer Gegenüberung fest, dass im Krankenhausbereich im Jahr 2009 Mehrausgaben von maximal 3,5 Mrd. € entstehen dürften. Diese Begrenzung sei durch geeignete Maßnahmen im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens sicherzustellen.</p> <p>Die DKG reagiert mit scharfer Kritik – die Ersatzkassenverbände halten dagegen.</p>
7. Nov. 2008	Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik/ Pflege/ Investitionsfinanzierung Bundesbasisfallwert	Stellungnahme Bundesrat zum KHRG im ersten Durchgang Der GKV-Spitzenverband warnt vor „drohendem Ausgaben-sprung“.	<p>Die Länder wollen ihre Mitwirkung vor allem bei der Umsetzung des Gesetzes sichern.</p> <p>In der Debatte betonen Monika Stolz (für die Mehrheit der Länder) und Marion Caspers-Merk (für die Bundesregierung) den Kompromisscharakter, einen tragfähigen Ausgleich der Interessen, dem zahlreiche Abstimmungsgespräche zwischen Bund und Ländern vorausgegangen seien.</p> <p>Wie schon im Gesundheitsausschuss des Bundesrates ist der NRW-Antrag zur Herbeiführung eines einheitlichen Bundesbasisfallwerts (statt einer Korridorlösung) chancenlos.</p> <p>Baden-Württemberg versucht, einen Antrag mehrheitsfähig zu machen, der die Erhöhungsrates 2009 konkret per Gesetz vorgibt. Dies entspricht der Forderung der DKG.</p> <p>Nachdem sich im Vorfeld keine Mehrheit abzeichnet, verzichtet Baden-Württemberg aber auf die offizielle Einbringung.</p>
29. Okt. 2008	GKV-Finanzierung/Gesundheitsfonds/ Beitragssatz	Bundeskabinett beschließt GKV-Beitragsatzverordnung	<p>Das Bundeskabinett beschließt den bundesweit einheitlichen Beitragssatz von 15,5% mit Geltung zum 1.1.2009.</p> <p>Das BMG kündigt an, dass ab dem 14. bzw. 15.11. (Bekanntgabe der Zuweisungen durch das BVA) die Kassen exakt wissen, wie viel Geld sie für ihre Versicherten im kommenden Jahr zur Verfügung haben.</p> <p>Gegen die anhaltend heftige Kritik hält Ulla Schmidt an ihrer Auffassung fest, dass der Fonds den Finanzbedarf der Kassen zu 100% decke.</p>
17. Okt. 2008	GKV-Finanzierung/Gesundheitsfonds/ Beitragssatz	Bundestag debattiert Beitragssatzverordnung Heftige Kontroverse um eine Zeitungsanzeige des „Bündnisses für finanzielle Stabilität im Gesundheitswesen“ GKV-Spitzenverband schlägt Einsparungen im Krankenhausbereich vor.	<p>Der Bundestag debattiert die Beitragssatzverordnung im Zeichen einer sich ständig verschärfenden Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise.</p> <p>In der Debatte stehen Auseinandersetzungen um den Appell des „Bündnisses für finanzielle Stabilität im Gesundheitswesen“ im Mittelpunkt.</p> <p>Das Bündnis fordert den Verzicht auf die Festsetzung des einheitlichen Beitragssatzes bei planmäßigem Start des Gesundheitsfonds.</p> <p>Unter veränderten Rahmenbedingungen könne der Fonds nicht funktionieren.</p> <p>Das BMG reagiert mit äußerster Schärfe, unterstützt vom BVA:</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
17. Okt. 2008	GKV-Finanzierung/Gesundheitsfonds/Beitragsatz	Bundestag debattiert Beitragssatzverordnung Heftige Kontroverse um eine Zeitungsanzeige des „Bündnisses für finanzielle Stabilität im Gesundheitswesen“ GKV-Spitzenverband schlägt Einsparungen im Krankenhausbereich vor.	Es handle sich um haltlose Behauptungen, die Einnahmenseite sei seriös geschätzt, die Zuweisungen an die Kassen sicher – notfalls würde die Liquidität durch den Bund sichergestellt. Auf die Kritik des Bündnisses, auch die Ausgabenseite sei völlig unkalkulierbar, gehen BMG und BVA nicht ein. Der GKV-Spitzenverband fordert nachdrücklich Sofortmaßnahmen zur Ausgabenbegrenzung in der GKV. In die noch laufende Krankenhausgesetzgebung solle an zwei Punkten eingegriffen werden: Kürzung der Vergütung von Mehrleistungen, Schließung der Lücke zwischen Landesbasisfallwerten und durchschnittlichen krankenhausindividuellen Basisfallwerten – ein Einsparvolumen von insgesamt 1,3 Mrd. €.
17. Okt. 2008	GKV Organisationsreform/Hausarztverträge/Selektivverträge/Kollektivverträge/Sicherstellung	Der Bundestag verabschiedet das GKV-OrgWG	Das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)“ soll die große Organisationsreform des WSG mit seinen zentralen Elementen Gesundheitsfonds, Einheitsbeitragssatz, Morbi-RSA und GKV-Spitzenverband, der Zerschlagung der alten Verbandsstrukturen gängig machen. Ein komplexes Regelwerk für Insolvenz-, Haftungs- und Aufsichtsrecht und die Sicherstellung der Finanzströme unter den neuen Rahmenbedingungen hat die Aufgabe, die Vorgaben des WSG handhabbar zu machen. Das gilt insbesondere für die Konvergenzklausel, mit der einige Länder vor einem finanziellen Aderlass geschützt werden sollen. Zur Finanzierung wird die Liquiditätsreserve eingesetzt, die damit im ersten Jahr praktisch auf Null steht. Besonders umstritten ist die erneute Änderung der hausarztzentrierten Verträge im § 73b mit der faktischen Ausschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen: Kassen müssen mit Verbänden, die mindestens die Hälfte der Allgemeinärzte in einem KV-Bezirk vertreten, bis zum 1.7.2009 Hausarztverträge abschließen. Es beginnen erbitterte Auseinandersetzungen um den Fortbestand des KV-Systems und der Kollektivverträge – forciert durch Vertragsabschlüsse in Baden-Württemberg und Bayern. Die Krankenkassen stehen ganz überwiegend auf der Seite der KV. Auch die DKG schlägt sich auf die Seite des KV-Systems – wohl auch aus Furcht, dass Selektivverträge auch im stationären Sektor vom Gesetzgeber erlaubt werden könnten. Private Klinikketten stellen sich schon auf Selektivverträge ein.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
7. Okt. 2008	GKV-Finanzierung/Gesundheitsfonds/ Beitragssatz	Bundeskabinett beschließt Verordnungsentwurf für GKV-Beitragsatzverordnung.	Das Bundeskabinett bestätigt das BMG: Zum 1.1.2009 soll laut Verordnungsentwurf der Beitragssatz der Krankenversicherung von durchschnittlich 14,9 % auf (dann einheitlich) 15,5 % ansteigen. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung sollen im Gegenzug von 3,3 auf 2,8 % sinken.
2. Okt. 2008	GKV-Finanzierung/Gesundheitsfonds/ Beitragssatz	Empfehlung des Schätzerkreises für den ersten Einheitsbeitragsatz.	Nach langen Verhandlungen kommt kein einvernehmliches Ergebnis zustande. Das BMG setzt sich mit seiner Empfehlung für einen Beitragssatz von 15,5 % durch, der GKV-Spitzenverband hält gegen BMG und BVA daran fest, dass 15,8 % erforderlich seien. Das BMG kündigt an, dass die 15,5 % im Entwurf für die 1. Beitragsatzverordnung festgeschrieben würden.
25. Sep. 2008	Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik/ Pflege	Großdemonstration Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ in Berlin	Dem Aufruf des Aktionsbündnisses von BÄK, dbb, DKG, Pflegerat, Städtetag, Marburger Bund, VKD, verdi und VKA zur Demonstration vor dem Brandenburger Tor folgen ca. 130 000 Mitarbeiter aus Krankenhäusern – mehr als doppelt so viel, wie von den Veranstaltern zunächst veranschlagt. Das Bündnis lehnt den Regierungsentwurf zum KHRG als völlig unzureichend ab, er enthalte tatsächlich neue Hilfen von höchstens 1,5 Mrd. €. Dem stehe eine Finanzierungslücke von insgesamt rund 6,7 Mrd. € gegenüber.
24. Sep. 2008	Investitionsfinanzierung/ Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik/ Pflege	Bundeskabinett beschließt Regierungsentwurf KHRG.	Der Gesetzentwurf wird umbenannt: nicht mehr Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz, sondern Krankenhausfinanzierungsreformgesetz. Im Unterschied zum Referentenentwurf wird der Regierungsentwurf außerdem als zustimmungsfrei deklariert. Begründung: Es würden keine Verfahrensänderungen vorgenommen, die eine Zustimmungspflicht auslösten.
19. Sep. 2008	Investitionsfinanzierung/ Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik/ Bundesbasisfallwert	Bund-Länder-Einigung Entscheidung des Bundesrates	Der Kompromissvorschlag zur Neuregelung der Investitionsfinanzierung wird modifiziert. In dieser Form stimmen ihm auch Bayern und das BMG zu. Am Ziel einer Investitionsfinanzierung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen wird zwar festgehalten, doch das Recht der Länder, ihre Investitionstätigkeit weiter wie bisher auszuüben, soll unberührt bleiben. Auch die Grundstrukturen des neuen Verfahrens (Bewertungsrelationen etc.) müssen in Abstimmung mit den Ländern vereinbart werden. Eine Bund-Länder-Einigung findet auch für die Refinanzierung der Tarifabschlüsse statt: 50 %-Ausgleich der über der Grundlohnsteigerung liegenden Tarifierhöhung.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
19. Sep. 2008	Investitionsfinanzierung/ Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik/Bundesbasisfallwert	Bund-Länder-Einigung Entschiebung des Bundesrates	Das Verhandlungsergebnis zur Investitionsfinanzierung fließt explizit und vollständig in die Entschliebung des Bundesrates zur Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser ein, die am 19.9. einstimmig beschlossen wird. Der Bundesrat begrüßt das Sonderprogramm Pflege und die Einführung eines bundesweit einheitlichen Basisfallwerts.
18. Sep. 2008	DRGs	Selbstverwaltung verabschiedet DRG-Katalog 2009.	Aus der gemeinsamen Pressemitteilung: „Die Selbstverwaltungspartner sind sich einig, dass mit dem neuen Katalog das komplexe Behandlungsgeschehen noch genauer abgebildet und dadurch weiterhin adäquat vergütet werden kann. Änderungen erfolgten etwa im Bereich der Intensivmedizin, der Schlaganfall-Behandlung und der Querschnittslähmung. Dies gilt auch für die Festlegung von Zusatzentgelten, das heißt für Leistungen, die neben den DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können. Für 2009 wurden insgesamt 127 Zusatzentgelte vereinbart – 12 mehr als im Jahr 2008. Die Partner werten die nunmehr siebte Version des DRG-Fallpauschalen-Katalogs als Erfolg und Beweis für die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung.“
16. Sep. 2008	Qualität/Qualitätsmedizin	Helios gründet die „Initiative Qualitätsmedizin“.	Am 16.9. wird in Potsdam die „Initiative Qualitätsmedizin“ offiziell gegründet. Die Helios-Kliniken, das UK Dresden, die SRH-Kliniken, die Malteser, die Johanniter GmbH und das Unfallkrankenhaus Berlin haben sich zur Qualitätssicherung mit Routinedaten zusammengeschlossen. Kooperationspartner zur externen Begleitung von Peer Reviews ist die Ärztekammer Berlin. Als wissenschaftlicher Initiator ist Peter Scriba mit von der Partie. Ziel sei ein transparentes Qualitätsmanagement und der Wille zu einer offenen Fehlerkultur in der Medizin im „Club der Mutigen“, so Francesco De Meo (Helios). Die Mitglieder verpflichten sich, spätestens 2009 ihre Qualitätsdaten, die aus Routinedaten gewonnen werden, zu veröffentlichen. Die Träger- und Krankenhausgruppen übergreifende Initiative wird in einem Verein organisiert, der seine Fördermittel für die IQM und die wissenschaftliche Begleitung aus einer gemeinnützigen Stiftung erhält, die zunächst mit 1 Mio. € ausgestattet wird. Sie seien alle von dem Thema Qualität beseelt (De Meo).
12. Sep. 2008	Investitionsfinanzierung	Staatssekretärsrunde auf Bund-Länder-Ebene	Bund und Länder nähern sich beim noch verbliebenen Hauptstreitpunkt Investitionsfinanzierung an. Das BMG legt einen Kompromissvorschlag zu seinem Konzept der Investitionspauschalen vor. Auf Vorschlag des Landes Hessen soll den Ländern der Übergang zum neuen System freigestellt werden.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
10. Sep. 2008	Pflege	Erster Pflegegipfel im BMG – Umsetzung Sonderprogramm Pflege im Rahmen KHRG	<p>Auf einer Pressekonferenz im direkten Anschluss an den Pflegegipfel präsentiert Ulla Schmidt die Ergebnisse:</p> <p>In der Ausgestaltung des Sonderprogramms Pflege bestehe noch Diskussionsbedarf. Deshalb werde man eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe einrichten, die Vorschläge für das laufende Gesetzgebungsverfahren erarbeiten solle. Sie sei froh, dass der GKV-Spitzenverband in der Arbeitsgruppe mit dabei sei.</p> <p>Zwei weitere Arbeitsgruppen sollen sich mit mittel- und langfristigen Themenstellungen beschäftigen. Im März kommenden Jahres werde man zu einem weiteren Pflegegipfel zusammenkommen.</p>
3. Sep. 2008	Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik	Gesundheitsausschuss Bundesrat – Entschließungsantrag der Bundesländer zur Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser	Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates leitet dem Bundesratsplenum einen Entschließungsantrag zu. Mit der Entschließung soll die Bundesregierung aufgefordert werden, den Sanierungsbeitrag aufzuheben und den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, die steigenden Kosten insbesondere aufgrund der jüngsten Tarifabschlüsse zu refinanzieren.
22. Aug. 2008	Investitionsfinanzierung/ Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflege	BMG leitet Verbändeanhörung mit leicht modifiziertem Referentenentwurf KHRG ein.	<p>Das BMG durchbricht die Handlungsblockade in der Krankenhausgesetzgebung: Mit Zustimmung des Kanzleramts geht ein nur leicht modifizierter Referentenentwurf in das formelle Anhörungsverfahren mit Verbänden und Bundesländern (Fachebene).</p> <p>Die Gründe für die Freigabe des Verfahrens durch das Bundeskanzleramt liegen weitgehend im Dunkeln.</p> <p>Möglicherweise „wirkt“ die Großdemonstration des Aktionsbündnisses „Rettung der Krankenhäuser“, die am 25.9. vor dem Brandenburger Tor stattfinden soll.</p>
20. Aug. 2008	Qualitätssicherung	BQS veröffentlicht Qualitätsreport 2007.	<p>Aus der Pressemitteilung des G-BA:</p> <p>„Auf 208 Seiten werden in dem Bericht die interessantesten Ergebnisse für 100 der 194 Qualitätsindikatoren aus 26 Bereichen des Krankenhauses dargestellt. Sie basieren auf fast 3,6 Millionen Datensätzen von mehr als 1 600 Krankenhäusern. Die BQS erhebt und analysiert die Informationen im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung im Auftrag des G-BA.“</p>
11. Aug. 2008	Investitionsfinanzierung	Neuer Anlauf des BMG für ein Ländergespräch zum Referentenentwurf KHRG	<p>Nach dem gescheiterten Versuch der GMK-Vorsitzenden Gitta Trauernicht, die unionsregierten Länder zu einem gemeinsamen Ländergespräch über den Referentenentwurf des BMG für ein Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz (KHRG) zu bewegen, startet das BMG mit Klaus Theo Schröder – gegen den Willen des Kanzleramts – eine neue Initiative für eine Verhandlungsrunde auf Ministerebene.</p> <p>Mit dem Entwurf werde, so Schröder, doch weitgehend den Vorstellungen der GMK von Plön Rechnung getragen. Der Entwurf stelle allerdings die Weichen für eine in vielen Ländern bereits praktizierte oder andiskutierte Pauschalierung der Investitionsfinanzierung.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
11. Aug. 2008	Investitionsfinanzierung	Neuer Anlauf des BMG für ein Ländergespräch zum Referentenentwurf KHRG	<p>Wichtige Bundesländer lehnen postwendend – mit Rückendeckung des Kanzleramts – den Termin am 5.9. ab. Sie bestehen auf ihrer Position, dass zuerst ein regierungsseitig abgestimmter Gesetzentwurf vorliegen müsse.</p> <p>Ob ein solcher Gesetzentwurf dem Beschluss von Plön Rechnung trage, sollte – so Baden-Württembergs Sozialministerin Monika Stolz – im Rahmen des Bundesratsverfahrens geprüft werden.</p>