

# Krankenhaus-Report 2014

## „Patientensicherheit“

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

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 243-263



|    |                                       |     |
|----|---------------------------------------|-----|
| 17 | Krankenhauspolitische Chronik .....   | 243 |
|    | <i>Simone Burmann und Dirk Bürger</i> |     |

# 17 Krankenhauspolitische Chronik

Simone Burmann und Dirk Bürger

Die positive Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat sich auch im Jahr 2012 fortgesetzt. So erzielten die gesetzlichen Krankenkassen einen Überschuss von mehr als 5 Mrd. Euro und auch der Gesundheitsfonds konnte seine Rücklagen um rund 3,5 Mrd. Euro weiter ausbauen. Insgesamt verfügt die GKV über eine Finanzreserve in Höhe von 28,3 Mrd. Euro, davon 15,2 Mrd. Euro bei den gesetzlichen Krankenkassen und 13,1 Mrd. Euro beim Gesundheitsfonds. Allerdings nimmt dieser positive Trend langsam ab und Sachverständige wie z. B. das Institut für Weltwirtschaft Kiel (iwf) befürchten, dass der Gesundheitsfonds schon 2014 mit einem Defizit das Jahr abschließen wird. Die Ökonomen des iwf verweisen zur Begründung ihrer diesbezüglichen These unter anderem auf den gekürzten Steuerzuschuss für den Gesundheitsfonds und die steigenden Ausgaben, z. B. durch den Wegfall der Praxisgebühr und stark steigende Aufwendungen für Krankengeld. Dass diese Annahme nicht völlig unrealistisch ist, machen die Finanzergebnisse des ersten Halbjahres 2013 deutlich: Hier reduzierte sich der Überschuss der gesetzlichen Krankenkassen im Vergleich zum Vorjahreshalbjahr von rund 2,69 Mrd. Euro um 1,6 Milliarden Euro auf rund 1,09 Mrd. Euro.

Dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2013 zusätzlich steigen werden, liegt nicht nur an der Abschaffung der Praxisgebühr (Volumen rund 420 Mio. Euro), sondern auch an den beschlossenen Finanzhilfen für die Apotheker (Volumen rund 100 Mio. Euro) und für die Krankenhäuser (Volumen rund 400 Mio. Euro) sowie ggf. geplanten Leistungsausweitungen im Bereich der Prävention (Volumen rund 200 Mio. Euro).

Die Ausgabensteigerungen im stationären Bereich werden vor allem durch das „Krankenhaus-Hilfspaket“, das am 22. März 2013 durch die Gesundheitspolitiker der Regierungskoalition auf den Weg gebracht wurde, entstehen. Mit diesem „Hilfspaket“ haben sich vor allem die Gesundheitspolitiker der wahlkämpfenden CSU durchgesetzt. Denn sowohl Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr als auch der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Jens Spahn hatten sich lange gegen solche Hilfsmaßnahmen ausgesprochen.

Umgesetzt wurde dieses „Hilfspaket“ mit dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“, das der Deutsche Bundestag am 14. Juni 2013 mit breiter Mehrheit beschlossen hat. Durch die Zustimmung des Bundesrates am 5. Juli 2013 werden die Krankenhäuser in den Jahren 2013 und 2014 unter anderem durch einen gesetzlich festgelegten Versorgungszuschlag und eine anteilige Tariflohnrefinanzierung rund 1,1 Mrd. Euro zusätzlich erhalten. Des Weiteren ist bei den Verhandlungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene über die zukünftige maximale Preissteigerung der sogenannte Orientierungswert in vollem Umfang zu berücksichtigen. Darüber hinaus werden mit dem Hygieneförderprogramm die Krankenhäuser finanziell dabei unterstützt, die personellen Anforderungen des Infektionsschutzes durch zusätzliche Hygienefachkräfte besser zu bewältigen.

Entscheidungen über die zukünftige Finanzierungs- bzw. Versorgungsstruktur, wie z. B. die Frage, ob die Investitionskosten der Krankenhäuser weiterhin über die doch eher „klammen“ Haushalte der Bundesländer oder durch die Krankenkassen finanziert werden sollen, hat die christlich-liberale Regierungskoalition in dieser 17. Wahlperiode des Deutschen Bundestages nicht getroffen, obwohl Handlungsbedarf festgestellt wurde. Dass ein Handlungsbedarf nicht nur bei der Investitionskostenfinanzierung, sondern auch bei der Mengensteuerung sowie bei der Weiterentwicklung der sektorübergreifenden Versorgung besteht, haben die Koalitionspartner ausreichend beschrieben, so z. B. in dem Papier „Eckpunkte zur Krankenhausfinanzierung“ vom 22. März 2013 oder im Infoschreiben „Finanzierung der Krankenhäuser“ vom 9. Januar 2013.

Die Aufgabe, die stationäre Versorgung zukunftsgerecht und leistungsstark auszugestalten, bleibt nun den neu zu wählenden Mitgliedern des Deutschen Bundestages für die 18. Wahlperiode vorbehalten.

| Termin            | Gremium          | Vorgang   | Legende   |
|-------------------|------------------|---|---|
| 30. Juni 2013     | Selbstverwaltung | 1,1 Mrd. Euro für 15 300 zusätzliche Pflegekräfte | <p>Der GKV-Spitzenverband berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) letztmals über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen, die aufgrund des Pflegesonderprogramms von 2009 bis 2011 zusätzlich eingerichtet wurden.</p> <p>In seinem vierten Bericht stellt der GKV-Spitzenverband fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 125 Krankenhäuser haben in mindestens einem Jahr am Pflegesonderprogramm teilgenommen.</li> <li>• Für ca. 15 300 Vollkräfte im Pflegedienst sind insgesamt 1,1 Mrd. Euro an die Krankenhäuser geflossen.</li> <li>• Bestätigungen von Jahresabschlussprüfern legten etwa 70 Prozent der teilnehmenden Krankenhäuser vor und belegten damit die zusätzliche Beschäftigung von 13 600 Pflegekräften im Programmzeitraum.</li> </ul> <p>Im Fazit zum Pflegesonderprogramm kritisierte der GKV-Spitzenverband nicht nur die Systemwidrigkeit solcher Zusatzprogramme, sondern auch den Mangel an Nachhaltigkeit. Als Begründung wird angeführt, dass die Krankenkassen nicht feststellen können, ob das zusätzliche Personal nach Programmende weiterhin beschäftigt wird und ob sich die Pflegequalität durch die zusätzlichen Mittel verbessert hat.</p> |
| 26./27. Juni 2013 | Politik          | Forderung der GMK sorgt für Verwirrung            | <p>Mit der Forderung an das BMG, „das Ergebnis der (...) beim Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Untersuchung über die Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder zu veröffentlichen“ sorgen die Landesgesundheitsminister für Verwirrung. Denn das Gutachten über die Ursachen unterschiedlicher Landesbasisfallwerte sei laut RWI bisher noch nicht ans BMG übergeben worden. Darüber hinaus spricht sich die 86. Gesundheitsministerkonferenz (GMK), die in Potsdam tagt, auch für ein einheitliches Überprüfungsverfahren der Sprachkenntnisse für ausländische Ärzte, für die Errichtung einer länderübergreifenden Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe sowie für einen Ausbau der Telemedizin aus.</p>   |
| 11. Juni 2013     | Politik          | Personalbemessung im Krankenhaus wird abgelehnt   | <p>In der Anhörung des Gesundheitsausschusses wird deutlich, dass sich die Personalausstattung im Pflegebereich in einigen Kliniken als problematisch darstellt. Ob jedoch ein Personalschlüssel, wie im Antrag „Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung (Drs.: 17/12095) der Linksfraktion gefordert, Abhilfe schaffen kann, ist unter Experten höchst strittig. Der Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, Wulf-Dietrich Leber, weist darauf hin, dass eine „unterbesetzte Nachtschicht“ genauso gefährlich wie mangelnde Hygiene sei. Grundsätzlich sei aber eine Mindestpersonalbemessung „nicht vereinbar“ mit dem geltenden Fallpauschalensystem. Auch der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, führt aus, es sei „unbestritten“, dass es in deutschen Krankenhäusern hohe Anforderungen an das Pflegepersonal gebe; die Arbeitsbelastung sei hoch. Grundsätzlich seien jedoch Träger und Geschäftsführer der Kliniken dafür verantwortlich, für eine sachgerechte Personalaus-</p>  |

| Termin           | Gremium          | Vorgang   | Legende  |
|------------------|------------------|---|--|
| 11. Juni 2013    | Politik          | Personalbemessung im Krankenhaus wird abgelehnt                         | stattung zu sorgen – und es gebe „keine Anhaltspunkte“ dafür, dass sie dies nicht täten. Die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und der Deutsche Pflegerat dagegen plädieren klar für eine gesetzliche Mindestpersonalbemessung.   |
| 10. Juni 2013    | Selbstverwaltung | Landesbasisfallwerte 2013 bundesweit vereinbart                         | Die Landesbasisfallwerte (LBFW) für 2013 sind vereinbart und steigen im Durchschnitt um 1,86 Prozent. Das sind 0,33 Prozentpunkte mehr als im Vorjahr. Auch die Leistungsmenge (Casemix) hat im Vergleich zu 2012 um 1,96 Prozent zugenommen. Damit steigen die Erlöse der Krankenhäuser dieses Jahr um 3,85 Prozent auf 61 Milliarden Euro.<br><br>Der höchste LBFW (mit Ausgleichen) wurde in Rheinland-Pfalz mit 3 250,70 Euro und der niedrigste in Thüringen mit 2 999,85 Euro vereinbart (vgl. www.aok-gesundheitspartner.de).                 |
| 06. Juni 2013    | Wissenschaft     | Ostdeutschen Kliniken geht es wirtschaftlich am besten                  | Laut „Krankenhaus Rating Report 2013: Krankenhausversorgung zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse“ des RWI hat sich die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser 2011 und 2012 spürbar verschlechtert, da mittlerweile ein Drittel der Kliniken Verluste erwirtschaften (Vorjahreswert 16 Prozent). In den ostdeutschen Bundesländern blieb jedoch die gesamtwirtschaftliche Lage der Krankenhäuser am besten, denn nur 8 Prozent der kommunalen Kliniken lagen im „roten Bereich“. Bundesweit beträgt dieser Durchschnitt 21 Prozent. |
| 31. Mai 2013     | Selbstverwaltung | Mehr Ärzte erhalten Förderung für Weiterbildung in der Allgemeinmedizin | Der Evaluationsbericht „Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“ für das Jahr 2011 zeigt, dass rund 5 700 Ärzte finanzielle Hilfe aus dem Förderprogramm erhalten haben – knapp 3 483 im ambulanten und 2 025 im stationären Bereich. Die Steigerung zum Vorjahr liegt im ambulanten Bereich bei sieben Prozent und im stationären Bereich bei fünf Prozent. Laut Bericht sind 2011 insgesamt fast 82 Mio. Euro in das Förderprogramm geflossen.  |
| 28./31. Mai 2013 | Selbstverwaltung | Deutscher Ärztetag fordert eine bessere Krankenhausfinanzierung         | Die Delegierten des 116. Deutschen Ärztetages begrüßen die von der Bundesregierung geplanten Finanzhilfen für Krankenhäuser und fordern eine nachhaltige Reform der Krankenhausfinanzierung. Durch diese muss zum einen sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser steigende Kosten, u. a. durch höhere Haftpflichtversicherungsprämien oder steigende Energiepreise, bezahlen können. Zum anderen müssen die Länder ihren Investitionsverpflichtungen für den stationären Bereich nachkommen.  |
| 15. Mai 2013     | Qualität         | Statistik listet 12 483 Behandlungsfehler auf                           | Die Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) haben Patientenbeschwerden aus dem Jahr 2012 analysiert. Die veröffentlichte Statistik listet 12 483 vermutete Behandlungsfehler auf. Die meisten Behandlungsfehler wiesen die MDK-Gutachter bei der Kniegelenks- und Hüftgelenksarthrose sowie bei Zahnkaries nach. Rund zwei Drittel der Vorwürfe, 8 607 Fälle, richteten sich gegen Krankenhäuser. Davon sind 30 Prozent bestätigt worden.  |

| Termin         | Gremium          | Vorgang   | Legende  |
|----------------|------------------|---|--|
| 10. Mai 2013   | Selbstverwaltung | Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen   | Die DKG legt im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK) die Empfehlungen zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen vor. Hierdurch sollen finanzielle Anreize für einzelne Operationen ausgeschlossen werden, um die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung zu sichern. Allerdings bleiben Zielvereinbarungen mit ökonomischen Inhalten unter Beachtung der berufsrechtlichen Regelungen grundsätzlich legitim und sachgerecht. Damit sind DKG und BÄK dem Auftrag nachgekommen, den der Gesetzgeber im Rahmen des Krebsfrüherkennungs- und -Registergesetzes (KFRG) erteilt hatte.   |
| 24. April 2013 | Politik          | Änderungsanträge zur Umsetzung des Krankenhaus-Hilfspakets werden in den Gesundheitsausschuss eingebracht | Im Rahmen des Entwurfs eines „Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ werden neben Finanzhilfen für Krankenhäuser auch Regelungen zur Abrechnungsprüfung beschlossen. Durch die Neuformulierung des § 17c KHG wird zur Abrechnungsprüfung auf Bundesebene folgendes geregelt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beauftragung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens vorzunehmen, von der die Vertragsparteien auf Landesebene abweichen können, um regionalen Besonderheiten Rechnung tragen zu können</li> <li>• Beauftragung eines neu zu etablierenden Schlichtungsausschusses auf Bundesebene mit der verbindlichen Entscheidung von grundlegenden Kodier- und Abrechnungsfragen</li> <li>• Beauftragung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene mit der Entwicklung und modellhaften Erprobung einer Auffälligkeitsprüfung auf Grundlage der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz</li> </ul>  |
| 19. April 2013 | Politik          | Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser  | Die Regierungen der Länder Baden-Württemberg, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein haben beschlossen, dem Bundesrat einen Entschließungsantrag zur „Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser“ zuzuleiten (Drs. 295/13).<br>Im Einzelnen fordern die Länder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung unabweisbarer Kostensteigerungen ohne Mehrleistungen und ohne Personalabbau durch die Krankenhäuser</li> <li>• Berücksichtigung von unabweisbaren und vom Krankenhaus nicht beeinflussbaren Kostensteigerungen beim Orientierungswert. Die Vorgabe eines Mindeststandards für die Personalausstattung sollte erwogen werden</li> <li>• Identifizierung und ggf. Veränderung von Unter- und Überdeckungen von DRGs</li> <li>• Schaffung von Anreizen zur Aufhebung der Sektorengrenzen</li> <li>• Gewährleistung, dass Sicherstellungszuschläge nicht auf die Landesbasisfallwerte angerechnet werden.</li> <li>• Stärkere Fokussierung der Behandlungsqualität sowie Begegnung Mengenentwicklung</li> </ul> |

| Termin         | Gremium      | Vorgang  | Legende  |
|----------------|--------------|--|--|
| 17. April 2013 | Gesetzgebung | Kabinett beschließt finanzielle Hilfen für Kliniken    | <p>Das Bundeskabinett hat den vom BMG vorgelegten Vorschlägen für kurzfristige finanzielle Hilfen für Krankenhäuser zugestimmt. Damit werden die Kliniken in den Jahren 2013 und 2014 um 1,1 Mrd. Euro entlastet.</p> <p>Die geplanten Maßnahmen beziehen sich auf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine anteilige Berücksichtigung von Tarifsteigerungen 2013,</li> <li>• die Möglichkeit zur vollen Umsetzung des Orientierungswerts in den Jahren 2014 und 2015,</li> <li>• die Einführung eines Versorgungszuschlags zur Neutralisierung der doppelten Degression,</li> <li>• die Einführung eines Hygieneförderprogramms.</li> </ul>  |
| 11. April 2013 | Politik      | Mengenentwicklung im Krankenhausbereich                | <p>Die Konferenz „Mengenentwicklung im Krankenhausbereich – Managing Hospital Volumens“, die vom BMG, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) ausgerichtet wird, stellt Trends und Ursachen der Mengenentwicklung im Krankenhausbereich auf nationaler und internationaler Ebene sowie politische Maßnahmen aus ausgewählten OECD-Ländern vor. Diese Erkenntnisse könnten nützliche Anregungen sein, um neue Lösungsansätze zur Begrenzung der Mengendynamik in Deutschland zu entwickeln.</p> <p>In seiner Eröffnungsrede sagt Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr: „In Deutschland steigt die Zahl der Operationen im Krankenhausbereich kontinuierlich an. Diese Mengenausweitung lässt sich nicht allein durch die älter werdende Bevölkerung und damit einhergehenden Risiken zu erkranken erklären. Und auch nicht der medizinisch-technische Fortschritt ist der alleinige Grund. Wir müssen uns die Frage stellen, ob nicht auch Fehlanreize bestehen.“</p> <p>Die DKG führt aus, dass die OECD-Studie „Mengenentwicklung im Krankenhaus“ den Kliniken in Deutschland ein international herausragend hohes Versorgungs- und Leistungsniveau, ein weltweit einmaliges Qualitätssicherungssystem, unbeschränkten und flächendeckenden Zugang für die Patienten zu Qualitätsmedizin bescheinige. Der Verband der Ersatzkassen (vdek) fordert hingegen veränderte Vergütungsstrukturen. Künftig sollten nur Krankenhäuser mit einer guten Behandlungsqualität einen Anspruch auf die volle Vergütung haben.</p> |
| 11. April 2013 | Politik      | Bundesregierung gegen Vorgaben zur Personalausstattung | <p>In ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke „Stellensituation im Pflegedienst der Krankenhäuser und quantitative und qualitative Standards der Personalausstattung“ (Drs. 17/13041) spricht sich die Bundesregierung gegen eine gesetzliche Vorgabe verbindlicher Mindestanforderungen zur personellen Ausstattung mit Pflegekräften in Krankenhäusern aus. Grund hierfür ist, dass dadurch die notwendigen Dispositionsmöglichkeiten der Krankenhäuser unangemessen eingeschränkt werden. Wegen der unterschiedlichen Bedingungen in den einzelnen Krankenhäusern sei es zudem kaum möglich, bundeseinheitlich allgemeingültige Anforderungen an die personelle Ausstattung der Krankenhäuser festzulegen.</p>  |

| Termin         | Gremium      | Vorgang  | Legende  |
|----------------|--------------|--|--|
| 02. April 2013 | Wissenschaft | Auch unter DRGs sehr gute Versorgung in den Krankenhäusern | <p>Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben den Auftrag, eine Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung der Fallpauschalen (DRGs) im Krankenhaus durchzuführen. Der Endbericht zum dritten Forschungszyklus (Datenjahre 2008–2010) zeigt, dass sich die Qualität stationärer Leistungen durch das seit 2004 geltende Fallpauschalensystem nicht verschlechtert hat.</p> <p>Aus der Presseerklärung:</p> <p>„Ein besonderes Augenmerk legten die Wissenschaftler bei ihrer Analyse auf die Konsequenzen für die Patienten und die Versorgungsqualität. Dazu wurden die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung ausgewertet. Diese weisen zusammen mit anhand von Versichertendaten erhobenen Mortalitätsraten im Anschluss an einen Klinikaufenthalt – wie schon im vorhergehenden Zyklus – durchweg auf eine Qualitätssteigerung im untersuchten Zeitraum hin. So sank beispielsweise im Jahr 2010 die Mortalität während eines stationären Aufenthalts bzw. von bis zu 30 Tagen danach um 7,8 Prozent im Vergleich zu 2004.“</p> <p>Mit dem aktuellen Bericht wurde die G-DRG-Begleitforschung erfolgreich abgeschlossen.</p>  |
| 22. März 2013  | Gesetzgebung | 880 Millionen Euro für Krankenhäuser                       | <p>Die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion und der FDP-Fraktion hat mit dem BMG über die finanzielle Situation in Deutschlands Krankenhäusern beraten und gemeinsam Eckpunkte erarbeitet. Insgesamt sollen die Maßnahmen eine Entlastung der Krankenhäuser für die Jahre 2013 und 2014 von rund 880 Mio. Euro beinhalten.</p> <p>Die Eckpunkte zugunsten der Krankenhäuser beinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung eines Vergütungsabschlags je Fall für alle Krankenhäuser zur Neutralisierung der Wirkung der „doppelten Degression“ für die Jahre 2013 und 2014. Der Mehrleistungsabschlag bleibt erhalten. Den Krankenhäusern werden damit rund 750 Mio. Euro zusätzlich zur Verfügung gestellt.</li> <li>• Ab dem Jahr 2014 wird der Verhandlungskorridor bis zum vollen Orientierungswert eröffnet. Sofern der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, gilt zudem künftig die dann höhere Grundlohnrate.</li> <li>• Gewährung einer anteiligen Tariflohnfinanzierung für das Jahr 2013 für alle Krankenhäuser. Die oberhalb der Obergrenze liegenden maßgeblich durchschnittlichen Tarifsteigerungen werden hälftig finanziert.</li> <li>• Einführung eines Hygiene-Programms. Dabei werden zweckgebundene Zuschüsse für die Neueinstellung sowie Fort- und Weiterbildung gewährt.</li> </ul> <p>Die Regierungsfractionen und das BMG sehen darüber hinaus mittelfristig Handlungsbedarf bei der Investitionsfinanzierung. Danach müssen die Länder zukünftig ihrer Finanzverantwortung gegenüber den Krankenhäusern gerecht werden. Ebenso ist die Mengensteuerung im Krankenhaus auf eine neue Grundlage zu stellen und die Voraussetzungen für die sektorübergreifende Versorgung weiter zu entwickeln.</p> |



| Termin        | Gremium | Vorgang  | Legende  |
|---------------|---------|--|--|
| 23. März 2013 | Politik | Weiterentwicklung des Krankenhaussektors auf Basis des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes von 2009 | <p>Die Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion hat ein Positionspapier mit dem Titel „Konzept zur Krankenhausreform und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege“ veröffentlicht. Damit konkretisiert sie ihre Vorstellungen zur Weiterentwicklung des Krankenhausbereichs für die Zeit nach der Bundestagswahl bei einer eventuellen Regierungsbeteiligung.</p> <p>Zentrale Forderungen der SPD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine leistungsgerechte und planbare Finanzierung sicherstellen             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bundeseinheitliche Empfehlungen für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen unter Berücksichtigung von Qualitätsaspekten und Fallzahlen</li> <li>○ Angleichung der Landesbasisfallwerte an den bundeseinheitlichen Basisfallwert</li> </ul> </li> <li>• Qualität sichern und Patientensicherheit erhöhen             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abschaffung der Degression bei Fallzahlsteigerungen</li> <li>○ Weiterentwicklung der Qualitätsmessung und der Qualitätssicherung mit dem Ziel, die Qualität als Bestandteil in die Vergütungssystematik einfließen zu lassen</li> <li>○ Ein Prozent der Krankenhausaussgaben soll für die Krankenhäuser mit besonders guter Qualität als Zuschlag verwendet werden.</li> <li>○ Verbindlicher Anspruch auf Zweitmeinung bei planbaren Operationen, z. B. Knie- und Hüftendoprothesen</li> </ul> </li> <li>• Sektorübergreifende Versorgung gestalten             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weiterentwicklung der sektorübergreifenden Versorgungsplanung</li> <li>○ Ausweitung selektivvertraglicher Möglichkeiten der Krankenkassen mit dem Ziel, die sektorübergreifende Versorgung zu verbessern</li> </ul> </li> <li>• Versorgungsübergänge absichern             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einführung eines verbindlichen Anspruchs der Patienten auf Entlassmanagement gegen ihre jeweilige Krankenkasse</li> </ul> </li> <li>• Krankenhaus als Arbeitsort im Wandel             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entwicklung verbindlicher bundeseinheitlicher Mindestpersonalstandards</li> <li>○ Vergütungsabschläge für Krankenhäuser, die ohne eine regionale Besonderheit die vereinbarten bundeseinheitlichen Mindestpersonalstandards unterschreiten</li> <li>○ Vergütungsabschläge für Krankenhäuser, die Pflegepersonal unter Tarif vergüten oder die den gesetzlichen Mindestlohn unterschreiten</li> <li>○ Implementierung eines Frauenförderplans und Umsetzung einer mindestens 40%igen Frauenquote in Leitungspositionen</li> </ul> </li> <li>• Krankenhaushygiene und Infektionsprävention verbessern             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schaffung von bundeseinheitlichen Regelungen zur Krankenhaushygiene</li> <li>○ Fachärzte für Hygiene und Hygienefachpflegekräfte sind in ausreichender Zahl einzusetzen</li> </ul> </li> </ul> |

| Termin        | Gremium | Vorgang  | Legende  |
|---------------|---------|--|--|
| 23. März 2013 | Politik | Weiterentwicklung des Krankenhaussektors auf Basis des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes von 2009 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verbindliche MRSA-Eingangsscreenings von Risikopatienten</li> <li>○ Berücksichtigung von Hochrisiko-Operationen bei der Entwicklung der Qualitätssicherungsverfahren für nosokomiale Infektionen durch den G-BA</li> <li>○ Vergütungsabschläge, wenn aus den Qualitätsberichten eines Krankenhauses wiederholt Versäumnisse im Bereich der Krankenhaushygiene nachgewiesen werden</li> <li>○ Förderprogramm zur Qualifizierung von Hygienepersonal</li> <li>• Innovationen für mehr Lebensqualität nutzbar machen</li> </ul> <p>Das Positionspapier wird am 23. April von der SPD-Bundestagsfraktion verabschiedet.</p>   |
| 13. März 2013 | Politik | Antrag zur Strafbarkeit von Korruption im Gesundheitswesen   | <p>Die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen hat gestern einen Antrag „Korruption im Gesundheitswesen strafbar machen“ (Drs. 17/12693) in den Bundestag eingebracht, in dem sie die Bundesregierung auffordert, einen Gesetzesentwurf vorzulegen, der</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestechlichkeit und Bestechung von Ärzten und anderen Leistungserbringern unter Strafe stellt,</li> <li>• Regeln zur Schaffung von Transparenz über ökonomische Verflechtungen aller beteiligten Akteure im Gesundheitswesen enthält,</li> <li>• die Rahmenbedingungen der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §§ 81a, 197a SGB V weiterentwickelt und diese zur Veröffentlichung einer nach Berufsgruppen differenzierten Auswertung verpflichtet,</li> <li>• „Whistleblower“ vor negativen arbeitsrechtlichen Konsequenzen schützt,</li> <li>• festlegt, dass Meldungen über die Beteiligung an Anwendungsbeobachtungen elektronisch erfolgen und diese in einer gemeinsamen Datenbank veröffentlicht werden müssen.</li> </ul>  |
| 04. März 2013 | Politik | Entschließungsantrag des Bundesrates zur Verbesserung der Qualität im Krankenhaus                      | <p>Im Rahmen der Zustimmung zum Krebsfrüherkennungs- und registergesetz am 01.03.2013 haben die Länder einem Entschließungsantrag Hamburgs zum Thema „Krankenhäuser“ (Drs. 74/1/13) entsprochen. Danach wird die Bundesregierung aufgefordert, zeitnah Lösungsvorschläge zu folgenden Punkten vorzulegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung von Instrumenten zur Vermeidung von Bonusvereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und Ärzten, die ausschließlich auf Leistungssteigerungen abzielen</li> <li>• Unterbindung von Zuweiserpauschalen</li> <li>• Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung unter Erhalt der Trägervielfalt</li> <li>• Sicherung einer medizinisch und nicht ökonomisch begründeten Indikationsstellung und Therapie in der stationären und ambulanten Versorgung</li> <li>• Überprüfung der Finanzierungsgrundlage der Krankenhäuser unter DRG-Bedingungen zur Vermeidung von Über- oder Unterdeckung von DRGs</li> <li>• Verbindliche Umsetzung des Entlassmanagements durch eine Richtlinie des G-BA</li> </ul> |

| Termin           | Gremium | Vorgang   | Legende  |
|------------------|---------|---|--|
| 04. März 2013    | Politik | Entschließungsantrag des Bundesrates zur Verbesserung der Qualität im Krankenhaus               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterentwicklung der Qualitätsberichte und der Qualitätssicherung der Krankenhäuser</li> <li>• Prüfung von überkommenen Sektorgrenzen, ungeeigneten Planungsgrundlagen und historisch gewachsenen Zuständigkeiten</li> </ul>   |
| 27. Februar 2013 | Politik | Stärkere Verzahnung der Sektoren und Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen | <p>Die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen hat das Eckpunktepapier „Qualität, Zusammenarbeit und Bedarfsorientierung – Eckpunkte Grüner Krankenhauspolitik“ beschlossen. Im Papier werden die wesentlichen Aufgaben und Ziele im Krankenhausbereich aus Sicht der Bündnisgrünen für die nächste Legislaturperiode skizziert.</p> <p>Folgende Ziele sind dabei identifiziert worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stärkere Verzahnung der Sektoren</li> <li>• bessere Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen</li> <li>• Aufwertung der Pflege</li> </ul> <p>Zur Zielerreichung wird vorgeschlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung einer vorausschauenden sektorübergreifenden qualitäts- und strukturberücksichtigenden Versorgungsplanung, z. B. durch eine weitere Öffnung der Krankenhäuser bei der ambulanten Behandlung</li> <li>• Sicherung einer besseren Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen und Versorgungssektoren, z. B. durch ein einheitliches Finanzierungsmodell für alle Pflegeausbildungsberufe und die Implementierung von Personalbemessungsinstrumenten</li> <li>• Angleichung der ambulanten und stationären Vergütungssysteme und Schaffung von Anreizen zur stärkeren Berücksichtigung von Qualitätsaspekten, z. B. nur Aufnahme von Kliniken in den Krankenhausplan, die bestimmte Qualitätsanforderungen sowie Etablierung eines Zweitmeinungssystems für bestimmte planbare Behandlungen erfüllen</li> <li>• Reform der Investitionsfinanzierung, z. B. durch eine gemeinsame Verantwortung von Krankenkassen und Ländern für die Investitionsförderung und Planung</li> </ul> |
| 11. Februar 2013 | Politik | Beseitigung des Personalmangels in Krankenhäusern   | <p>Die Partei DIE LINKE hat den ersten Entwurf ihres Bundestagswahlprogramms „100% SOZIAL“ veröffentlicht. Im gesundheitspolitischen Teil werden u. a. folgende Forderungen für den Krankenhausesektor erhoben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bedarfsgerechte und solide Finanzierung der Krankenhäuser</li> <li>• flächendeckende Finanzierung der Infrastruktur durch Bund und Länder</li> <li>• angemessene Finanzierung der Betriebskosten der Kliniken durch die Krankenkassen</li> <li>• Beseitigung des Personalmangels in Krankenhäusern durch eine verbindlich festgelegte Personalbemessung</li> <li>• Ablehnung privater Krankenhäuser – Überführung in öffentliche nicht kommerzielle Trägerschaften</li> <li>• Aufhebung der Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung</li> </ul> <p>Der Programmentwurf wird am 14.–16. Juni auf dem Bundesparteitag verabschiedet.</p>  |

| Termin           | Gremium          | Vorgang                         | Legende   |
|------------------|------------------|---------------------------------|---|
| 05. Februar 2013 | Politik          | Abschaffung der Budgetmedizin   | <p>Die FDP legt mit dem „Bürgerprogramm 2013“ einen Entwurf des Programms zur Bundestagswahl vor. Im Kapitel „Chancen nutzen – gemeinsam gesund leben“ stellt die FDP folgende Thesen für den Krankenhausektor auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Wohl der Patienten muss im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung stehen</li> <li>• Beibehaltung der Wahlfreiheit für den Bürger, z. B. freie Krankenhauswahl</li> <li>• Abschaffung der Budgetmedizin und Einführung der Kostenerstattung</li> <li>• Abbau von Bürokratie, z. B. Dokumentationspflichten für Leistungserbringer und Krankenkassen</li> <li>• attraktive Ausbildung von Pflegekräften mit klar geregelten Finanzierungsmodalitäten</li> <li>• Zusammenlegung der Ausbildungen Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege</li> </ul> <p>Der Programmentwurf wird am 4.–5. Mai auf dem Bundesparteitag verabschiedet.</p>  |
| 04. Februar 2013 | Selbstverwaltung | „Wir alle sind das Krankenhaus“ | <p>Die DKG und ihre Mitgliedsverbände haben die Kampagne „Wir alle sind das Krankenhaus“ gestartet. Mit großflächigen Plakaten sollen Politik und Öffentlichkeit darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Krankenhäuser „fair finanziert“ werden müssen.</p> <p>Aus der Pressemitteilung:</p> <p>„Fortgesetzte Kürzungen durch die Politik, Preisbegrenzungen, Energie- und Sachkostensteigerungen und massive Tarifierhöhungen bringen immer mehr Krankenhäuser in wirtschaftlich bedrohliche Lagen und gefährden die Patientenversorgung. Wenn es immer mehr Krankenhäusern schlecht geht, ist das ein Problem von nationaler Tragweite. (...) Die Gesellschaft braucht gesunde Kliniken, die Patienten hätten hohes Vertrauen in die 2 045 Krankenhäuser in Deutschland. Es könne deshalb nicht sein, dass die Kliniken – trotz Milliardenüberschüssen bei den Krankenkassen – dauerhaft unterfinanziert blieben und sich fast täglich gegen mit unredlichen Totschlagargumenten geführte Angriffen zur Wehr setzen müssen.“</p> <p>Im Rahmen der Informationspolitik zur Lage der Krankenhäuser veranstaltet die DKG am 19. Februar einen Klinikgipfel, um die problematische Lage der Krankenhäuser zur Politik zu tragen. Es wird eine Petition für eine faire Krankenhausfinanzierung verabschiedet, mit der die Kliniken an die Bundesregierung appelliert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „den Krankenhäusern sofort noch im laufenden Jahr zu helfen,</li> <li>• ihnen keine weiteren Mittel zu entziehen,</li> <li>• die Vergütungen für 2013 so anzuheben, dass die unabwendbaren Kostensteigerungen refinanziert werden können,</li> <li>• die Preisminderungen bei steigenden Leistungen (doppelte Degression) für 2013 zu beenden.“</li> </ul> |

| Termin          | Gremium      | Vorgang  | Legende   |
|-----------------|--------------|--|---|
| 30. Januar 2013 | Wissenschaft | 4,9 Mio. Beschäftigte im Gesundheitswesen              | In Deutschland waren zum 31. Dezember 2011 4,9 Mio. Menschen im Gesundheitswesen tätig. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, gab es 2011 rund 87 000 mehr Arbeitsplätze im Gesundheitswesen als im Vorjahr (+ 1,8%). Zusätzliche Arbeitsplätze gab es z. B. bei den Ärzten (+ 8 000) und den Gesundheits- und Krankenpflegern (+ 8 000). In den Krankenhäusern lag der Zuwachs bei 16 000 Beschäftigten. Von 4,9 Mio. Beschäftigten waren 43,9 teilzeit- oder geringfügig beschäftigt. Die Zahl der Vollkräfte lag im Jahr 2011 bei rund 3,7 Mio. Sie erhöhte sich gegenüber 2010 um 59 000, das entspricht einem Anstieg von 1,6 Prozent.   |
| 28. Januar 2013 | Gesetzgebung | Anhörung im Gesundheitsausschuss auch zu Chefarzt-Boni | Im Rahmen des Gesetzentwurfes „Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) hat die Koalition zwei Änderungsanträge (Nr. 2 und 3) zum Thema „Chefarzt-Boni“ vorgelegt. Danach soll die DKG beauftragt werden, in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für die Vertragsgestaltung mit leitenden Krankenhausärzten im Einvernehmen mit der BÄK Empfehlungen zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen abzugeben. Bei der Anhörung lehnen alle Fraktionen ökonomisch ausgerichtete Zielvereinbarungen zwischen Kliniken und Ärzten ab. DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum sagt, er halte die „Annahme, dass Therapien vorgenommen werden, die nicht medizinisch nötig sind, für abwegig“ und fordert, die beiden Paragraphen ersatzlos zu streichen. Der Ärzteschaft geht die geplante Maßnahmen nicht weit genug. Annette Güntert von der BÄK hält die Stoßrichtung der Änderungsanträge der Koalition für richtig. Die Regelungen „wirken der Ökonomisierung der Medizin entgegen“ sagt sie. Prof. Hans-Fred Weiser vom Verband der Leitenden Krankenhausärzte vertritt die Auffassung, dass „ökonomisch motivierte Zielvereinbarungen ausdrücklich abzulehnen sind.“ Auch Emil Ehl vom Marburger Bund fordert, „den vollständigen Verzicht auf ökonomische Anreizsysteme“. Sein Verband habe schon seit langem davor gewarnt, dass Bonus-systeme immer mehr um sich greifen würden.<br>In 2./3. Lesung durchläuft der Gesetzentwurf am 31.01.2013 den Bundestag und am 01.03.2013 den Bundesrat. |
| 16. Januar 2013 | Wissenschaft | 2011 schreibt bereits jede dritte Klinik rote Zahlen   | Laut Krankenhaus-Barometer hat sich die wirtschaftliche Lage in deutschen Krankenhäusern in den letzten beiden Jahren spürbar verschlechtert. So schrieb fast jede dritte Klinik im Jahr 2011 rote Zahlen. Das entspricht im Vergleich zum Vorjahr einer Steigerung um rund ein Drittel. Auch ist in fast 60 Prozent der Krankenhäuser das Geschäftsergebnis rückläufig gewesen.<br>Ihre wirtschaftliche Lage im Jahr 2013 schätzen die Kliniken noch pessimistischer ein: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 Prozent erwarten eine Verbesserung</li> <li>• 40 Prozent eine Verschlechterung</li> </ul> Ursächlich dafür, so das Barometer, seien einerseits die vom Gesetzgeber verfügten milliardenschweren Kürzungen zu Lasten der Kliniken, andererseits die fortgesetzten hohen Personal-, Energie- und Sachkostensteigerungen, die die Krankenhäuser wegen der ebenfalls vom Gesetzgeber gedeckelten Preise nicht decken konnten.  |

| Termin              | Gremium      | Vorgang  | Legende  |
|---------------------|--------------|--|--|
| 07.–09. Januar 2013 | Politik      | Krankenhauspolitische Ansätze der CSU              | <p>Im Rahmen der Klausurtagung hat die CSU das Positionspapier „Der Patient im Mittelpunkt – Krankenhausversorgung zukunfts-fähig gestalten“ beschlossen.</p> <p>Wesentliche Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung des Sicherstellungszuschlags zur Absicherung der Versorgung in unterversorgten Gebieten</li> <li>• Verbesserung der Krankenhaus-Hygiene, um Patienten vor Infektionen zu schützen</li> <li>• erneutes Pflegesonderprogramm zur Verbesserung der Pflege der Patienten</li> <li>• Verbesserung der ambulanten Versorgung am Krankenhaus</li> <li>• Minderung der doppelten Degression bei Krankenhäusern ohne Mengenausweitung</li> </ul> <p>Nach dem Willen der CSU sollen die genannten Maßnahmen noch in dieser Legislaturperiode umgesetzt werden.</p> <p>Ein weiteres Papier zur Krankenhausfinanzierung mit dem Titel „Krankenhaus-Strukturen anpassen – Anreize setzen“ legt Lothar Riebsamen, Berichterstatter für Krankenhauspolitik, der Unionsfraktion vor. Danach fordert er den Gesetzgeber zum Setzen von Struktur-anreizen auf und lehnt eine undifferenzierte finanzielle Unterstützung der Kliniken durch die zusätzliche Erhöhung der Landesbasisfallwerte sowie die Neuauflage des Pflegesonderprogramms ab. Gelöst werden muss das Problem der doppelten Degression bei Mehrleistungen und zusätzlich sollten finanzielle Mittel zur Abfederung der Zusatzkosten durch das Infektionsschutzgesetz bereitgestellt werden.</p> |
| 18. Dezember 2012   | Recht        | BSG kippt Frühgeborenen-Mindestmengenregelung      | <p>Das Bundessozialgericht (BSG) hat die Erhöhung der Mindestmenge zur Behandlung von Frühgeborenen von 14 auf 30 Fälle für nichtig erklärt (AZ: B1 KR 34/12 R). Laut BSG ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zu Recht davon ausgegangen, dass die Behandlung Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1 250 Gramm eine planbare Leistung darstelle, für die er verfassungskonform Mindestmengen beschließen dürfe. Er habe aber mit der Erhöhung der Mindestmenge seinen Beurteilungsspielraum überschritten und die neuere Studienlage rechtfertige die beschlossene Erhöhung der Mindestmenge nicht.</p>  |
| 07. Dezember 2012   | Wissenschaft | Leistungsentwicklung in Kliniken ist gut begründet | <p>Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat ein Gutachten zu „Einflussfaktoren des Fallzahl- und Casemix-Anstiegs in deutschen Krankenhäusern“ im Auftrag der DKG erstellt. DKG-Präsident Alfred Dänzer erklärt: „Die Untersuchung des DKI zu den Hintergründen des Anstiegs von Krankenhausleistungen kommt zu dem eindeutigen Ergebnis, dass die demografische Entwicklung und die Morbiditätsentwicklung im Zusammenwirken mit dem medizinischen Fortschritt die Leistungsentwicklung in der stationären Versorgung sehr gut erklären. Behauptungen, Krankenhäuser würden aus ökonomischen Gründen und unnötig Patienten operieren, haben keine Grundlage.“</p>   |

| Termin            | Gremium          | Vorgang   | Legende   |
|-------------------|------------------|---|---|
| 05. Dezember 2011 | Selbstverwaltung | DGCH fordert weniger Krankenhäuser in Deutschland | <p>In ihrer Jahrespressekonferenz hat sich die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) auch zu den Themen „Qualität – Bonuszahlungen für Chefarzte“ sowie „Ärztmangel“ geäußert.</p> <p>Bonuszahlungen für Chefarzte:</p> <p>Nach einer aktuellen Umfrage der Personalberatung Kienbaum ist die Anzahl der Chefarztverträge mit vereinbarten Bonuszahlungen seit 1995 bis heute um 45 Prozent gestiegen. Laut DGCH setzen die vereinbarten Boni für Ausweitungen von Menge und Art der Eingriffe falsche Anreize. „Würden finanzielle Anreize im Gehalt gesetzt, sollten diese sich nicht an Fallzahlen orientieren, so die chirurgische Fachgesellschaft. Stattdessen eignen sich als Kriterien beispielsweise Komplikationsraten, Qualität und auch die Zufriedenheit der Patienten.</p> <p>Ärztmangel:</p> <p>Prof. Dr. med. Stefan Post, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), führt lt. OECD-Statistik folgende Fakten für Deutschland an:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• überdurchschnittlich hohe Arztdichte</li> <li>• hohe Anzahl von Arztkontakten</li> <li>• Ausbildung von mehr Ärzten pro Bevölkerung als in anderen Ländern</li> <li>• hohe Anzahl von Krankenhausbetten und Fachabteilungen pro Bevölkerung</li> <li>• Weltmeister in der Frequenz von Herzkathetern</li> <li>• häufigste Implantationen von künstlichen Knie- und Hüftgelenken</li> <li>• geringste Wartezeiten bei Operationen</li> </ul> <p>„Die DGAV möchte den Fokus verschieben hin zu mehr Qualität (Indikations- und Ergebnis-Qualität), verbunden mit einer Reduktion der Fehlanreize zur Überversorgung. Dies soll nicht als Plädoyer für die Schließung vieler kleiner Krankenhäuser missverstanden werden. Vielmehr sollten nicht die Größten, sondern die Besten gefördert werden – und dies können durchaus zum Teil kleine spezialisierte Abteilungen sein.“</p> |
| 29. November 2012 | Gesetzgebung     | Bundestag verabschiedet Patientenrechtegesetz     | <p>In 2./3. Lesung hat der Deutsche Bundestag das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz)“ verabschiedet. Mit dem Gesetz wird das Ziel verfolgt, Transparenz über die bereits bisher bestehenden Rechte von Patienten herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern und sie insbesondere im Falle eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen. Das Gesetz tritt mit seiner Verkündung in Kraft.</p>   |
| 12. November 2012 | Wissenschaft     | Krankenhausfallkosten steigen auf 3 960 Euro      | <p>Das Statistische Bundesamt informiert, dass sich die Gesamtkosten der Krankenhäuser im Jahr 2011 auf 83,4 Mrd. Euro beliefen. Diese setzen sich im Wesentlichen aus Personalkosten in Höhe von 49,5 Mrd. Euro, Sachkosten von 31,7 Mrd. Euro sowie den Aufwendungen für den Ausbildungsfonds in Höhe von 1,1 Mrd. Euro zusammen. Umgerechnet auf rund 18,3 Mio. vollstationär behandelte Patienten betragen die Krankenhausfallkosten 2011 im Bundesdurchschnitt 3 960 Euro, 2,5 Prozent mehr als im Jahr zuvor. In den</p>  |

| Termin            | Gremium          | Vorgang  | Legende   |
|-------------------|------------------|--|---|
| 12. November 2012 | Wissenschaft     | Krankenhausfallkosten steigen auf 3 960 Euro           | einzelnen Bundesländern variieren die durchschnittlichen Kosten je Fall stark. Am niedrigsten waren die Kosten in Brandenburg mit 3 570 Euro und am höchsten in Hamburg mit 4 628 Euro.   |
| 07. November 2012 | Wissenschaft     | Sachverständigenrat stellt Gutachten 2012/2013 vor     | <p>Der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat sein Jahresgutachten mit dem Titel „Stabile Architektur für Europa – Handlungsbedarf im Inland“ vorgestellt. In Kapitel sieben „Soziale Sicherung: Weiterhin Reformbedarf trotz guter Finanzlage“ fordert der SVR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge hin zu einem einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeitrag</li> <li>• stärkere Nutzung von Selektivverträgen im ambulanten und stationären Sektor</li> <li>• monistische Krankenhausfinanzierung</li> <li>• Anwendung des Wettbewerbsrechts auf die Krankenkassen</li> </ul>   |
| 06. November 2012 | Selbstverwaltung | Personalmangel verschärft sich                         | <p>Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland (VDK) hat in einer repräsentativen Umfrage unter 1 800 VKD-Mitgliedern festgestellt, dass der Mangel an Ärzten und auch Pflegekräften eines der größten Probleme stationärer Gesundheitseinrichtungen ist. Insbesondere wird festgestellt, dass der Ärztemangel in Allgemeinkrankenhäusern mittlerweile eine kritische Marke erreicht hat, wobei gerade kleine Kliniken und Reha-Kliniken sehr stark betroffen sind. Bei den Fachkrankenhäusern und Universitätskliniken ist dagegen eher ein Pflegekräftemangel zu spüren.</p> <p>Der VKD fordert die Politik auf, umgehend einen Gesetzentwurf vorzulegen, der folgende Lösungen vorsieht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Die Kollektivhaftung der Krankenhäuser bei der Ermittlung des Landesbasisfallwertes ist abzuschaffen oder soweit zu modifizieren, dass ein gut geführtes Haus in der Fläche auch ohne Leistungssteigerungen eine gesicherte Finanzbasis hat.</li> <li>• Der neu eingeführte Orientierungswert für Krankenhäuser ist in seiner jetzigen Form eine Fehlkonstruktion. Er muss so gestaltet werden, dass er mindestens eine verlässliche und volle Refinanzierung der Tarifentwicklung gewährleistet.</li> <li>• Angesichts ihrer Letztverantwortung, die die Krankenhäuser vielfach auch in der ambulanten Versorgung von Patienten wahrnehmen müssen, ist nicht nachvollziehbar, dass für den niedergelassenen Bereich in 2013 rund 1,4 Mrd. Euro mehr bereitgestellt werden, während es für den gesamten Krankenhausbereich zusätzliche Finanzmittel nur im unteren dreistelligen Millionenbereich gibt. Auch dies muss korrigiert werden.“</li> </ul> |
| 02. November 2012 | Selbstverwaltung | Krankenhäuser verlangen von Kanzlerin Merkel mehr Geld | Vor dem Hintergrund der Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung fordert der Präsident der DKG, Alfred Dänzer, mit einem offenen Brief an Kanzlerin Angela Merkel und die Bundestagsabgeordneten mehr Geld für die Krankenhäuser.   |



| Termin            | Gremium          | Vorgang   | Legende  |
|-------------------|------------------|---|--|
| 02. November 2012 | Selbstverwaltung | Krankenhäuser verlangen von Kanzlerin Merkel mehr Geld                          | <p>Aus dem Brief:</p> <p>„(...) Wir weisen darauf hin, dass die Krankenhäuser durch die von der Koalition beschlossenen Kürzungen in Milliardenhöhe zu den Überschüssen beitragen. In den Jahren 2013 und 2014 werden den Krankenhäusern nochmals 750 Mio. Euro abverlangt. (...) Ohne die gesetzlich verfügten Kürzungen hätten die Krankenhäuser mehr finanzielle Mittel zur Verfügung, die für Personal, Qualitätsverbesserungen und Infektionsprävention dringend gebraucht werden. (...) Unsere Krankenhäuser können nicht länger akzeptieren, mit fortgesetzten Kürzungen für noch höhere Überschüsse im System bluten zu müssen. Bitte bedenken Sie: Jede zusätzliche Geburtsleistung und jede zusätzliche Krebsbehandlung wird bei unseren Krankenhäusern um 25 Prozent gekürzt, während Krankenkassen mit Beitragsrückerstattungen und medizinisch nicht notwendigen Leistungsversprechen Werbung betreiben. (...)“</p>   |
| 29. Oktober 2012  | Gesetzgebung     | Ersatzvornahme zur Einführung eines pauschalierenden Psychiatrie-Entgeltsystems | <p>Das BMG legt einen Referentenentwurf für eine „Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013“ (PEPP) vor. Mit der Verordnung werden der PEPP-Entgeltkatalog sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen für 2013 durch Ersatzvornahme für die optierenden Krankenhäuser in Kraft gesetzt.</p> <p>Hintergrund:</p> <p>Im August 2012 haben der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung eine Entwurfsfassung des PEPP-Entgeltkatalogs abgestimmt. Nach ausführlichen Beratungen der Selbstverwaltungsgremien konnten die Entwurfsfassungen nicht konsentiert werden. Am 05.10.2012 hat die DKG das Scheitern der Verhandlungen zum PEPP-Entgeltkatalog gegenüber dem BMG erklärt. Verschiedenste psychiatrische Fachgesellschaften und Verbände sowie Patientenorganisationen haben sich ebenfalls gegen die Einführung des PEPP-Katalogs ausgesprochen.</p> <p>Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr wird am 19.11.2012 die Verordnung unterschreiben.</p> <p>Aus der Pressemitteilung:</p> <p>„(...) Das neue Entgeltsystem wird die Transparenz über das Leistungsgeschehen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen verbessern. Durch das neue Entgeltsystem wird perspektivisch die Möglichkeit geschaffen, Versorgungsstrukturen zu analysieren und zu optimieren. Mit dem neuen Entgeltsystem wird der Weg hin zu mehr Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen eröffnet. Einrichtungen, die aufwändige Leistungen erbringen, sollen diese auch besser vergütet bekommen als Einrichtungen mit weniger aufwändigen Leistungen. (...)“</p> |

| Termin           | Gremium          | Vorgang  | Legende   |
|------------------|------------------|--|---|
| 29. Oktober 2012 | Selbstverwaltung | Regelungen zur Behandlung von Blutern vereinbart | <p>Der GKV-Spitzenverband, die DKG und der Verband der privaten Krankenversicherung haben sich auf das Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das kommende Jahr verständigt.</p> <p>Aus der gemeinsamen Pressemitteilung:</p> <p>„Der DRG-Katalog wurde vom Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) fortgeschrieben. Verhandlungsgegenstand auf Spitzenverbandesebene war vor allem die Vergütung bei der Behandlung mit Blutgerinnungsfaktoren – ein extrem konfliktäres Thema auf Orts- und Landesebene. Hier konnte erstmals eine bundesweite Lösung getroffen werden, wobei künftig zwischen zwei Zusatzentgelten (...) unterschieden wird: (...)“</p> <p>Der Fallpauschalensystemkatalog 2013 enthält 1 187 DRGs (2012: 1 193) und 155 Zusatzentgelte (2012: 150). Im Mittelpunkt der Weiterentwicklung standen die Bereiche Gefäßchirurgie, minimalinvasive Herzklappeneingriffe, Eingriffe an der Wirbelsäule, Abdominalchirurgie und Eingriffe an Haut und Unterhaut.</p>   |
| 25. Oktober 2012 | Wissenschaft     | 15,4 Mio. durchgeführte Operationen              | <p>Das Statistische Bundesamt informiert, dass im Jahr 2011 rund 49 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren bei vollstationär im Krankenhaus behandelten Patienten durchgeführt wurden (im Vergleich zum Vorjahr + 4,2 Prozent). Diese unterteilen sich in Operationen (15,4 Millionen), nichtoperative therapeutische Maßnahmen (13,1 Millionen) und diagnostische Maßnahmen (9,8 Millionen). Die meisten Operationen entfielen auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen mit Operationen am Darm, die Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk sowie endoskopische Operationen an den Gallengängen. Bei Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren standen Operationen im Zusammenhang mit der Geburt im Vordergrund.</p>  |
| 20. Oktober 2012 | Wissenschaft     | 2030 fehlen eine Million Fachkräfte              | <p>Laut der Studie „Fachkräftemangel im Gesundheitswesen“ von PricewaterhouseCooper (PwC) und des Wirtschaftsforschungsinstitut (Wifo) steht das Gesundheitssystem vor dem Kollaps. Bereits bis zum Jahr 2020 fehlen 56 000 Ärzte und 140 000 Pflege- und nichtärztliche Fachkräfte, bis 2030 sind es über 950 000 Fachkräfte. Ursache hierfür ist vor allem der demografische Wandel. Gleichzeitig scheiden altersbedingt viele Fachkräfte aus, ohne dass entsprechender Nachwuchs zur Verfügung steht.</p> <p>„Der Fachkräftemangel ist bei Weitem größer als wir das befürchtet haben. Tun wir nichts, werden sich die Wartezeiten beim Hausarzt bis 2030 verdoppeln. In den Krankenhäusern werden die Schwestern dann durchschnittlich 60 Stunden in der Woche arbeiten müssen, wenn die Versorgungsqualität nicht absinken soll“, erläutert Harald Schmidt, Partner und Gesundheitsexperte bei PwC. Um den drohenden Fachkräftemangel zu vermeiden bzw. abzumildern, wird in der Studie empfohlen, die Strukturen effizienter und die Arbeitsbedingungen attraktiver zu gestalten.</p> |

| Termin               | Gremium          | Vorgang  | Legende  |
|----------------------|------------------|--|--|
| 12. Oktober 2012     | Politik          | Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser | <p>Auf Antrag des Landes Bayern hat der Bundesrat eine EntschlieÙung zur „Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser“ (BR-Drs. 432/12) angenommen. Darin wird die Bundesregierung zur Vorlage eines Gesetzesentwurfs aufgefordert, der bei Leistungssteigerungen die Berücksichtigung der MehrleistungsabschläÙe für die Jahre 2013/2014 im Landesbasisfallwert abschafft und die stärkere Beachtung der tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser sicherstellt.</p> <p>Zur Begründung führt der Bundesrat aus, dass das Versorgungsniveau in Krankenhäusern in Deutschland hervorragend sei – sowohl in der Grundversorgung als auch in der Spitzenmedizin. Die Leistungsfähigkeit der Kliniken wird jedoch zunehmend gefährdet durch eine seit Jahren auftretende Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben. Auftretende Kostensteigerungen werden von den Vergütungen für die Krankenhausleistungen nicht mehr hinreichend gedeckt. Allein für das Jahr 2012 ergibt sich bundesweit eine Finanzierungslücke von rund 900 Mio. Euro.</p>  |
| 10./11. Oktober 2012 | Selbstverwaltung | Ausgaben 2012 und 2013 werden voraussichtlich gedeckt    | <p>Nach Angaben des GKV-Schätzerkreises ist 2012 mit Beitragseinnahmen in Höhe von 188,7 Mrd. Euro (inkl. des Bundeszuschusses von 13,8 Mrd. Euro) und geschätzten Ausgaben von 181,6 Mrd. Euro zu rechnen. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen betragen 185,4 Mrd. Euro. Daraus resultiert ein Überschuss in Höhe von rund 3,2 Mrd. Euro, die der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zufließen.</p> <p>Für das Jahr 2013 werden Einnahmen in Höhe von 191,8 Mrd. Euro und Ausgaben von 190,2 Mrd. Euro (inkl. des Bundeszuschusses in Höhe von 11,9 Mrd. Euro) erwartet. „Der für das Jahr 2013 geschätzte im Vergleich zur Veränderungsrate 2012 höhere Ausgabenanstieg von 4,7 Prozent resultiert insbesondere aus einzelnen Regelungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, des Psych-Entgeltgesetzes, den vorgesehenen Veränderungen bei der Arzneimittelpreisverordnung, der aktuellen Einigung über die vertragsärztlichen Honorare und einer Grundlohnrate von rund 2 Prozent, die in einigen Vertragsbereichen Grundlage für Vergütungs- und Preisvereinbarungen ist, sowie dem Orientierungswert im Krankenhausbereich bei weiterhin erwartbaren Mengensteigerungen.“</p> |
| 28. September 2012   | Selbstverwaltung | Unterschiedliche Auffassung zum Orientierungswert        | <p>Nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes hat das Statistische Bundesamt einen Orientierungswert für das Jahr 2013 zu veröffentlichen. Der Orientierungswert soll die Veränderungsrate ablösen, die bislang das Preisniveau für stationäre Krankenhausleistungen begrenzt hat.</p> <p>Der Orientierungswert, der die durchschnittliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten für den Zeitraum des zweiten Halbjahres 2011 und des ersten Halbjahres 2012 gegenüber dem Vorjahreszeitraum wiedergibt, beträgt 2,00 Prozent. Methodisch fließen in die Berechnung des Orientierungswertes ausschließlich Ergebnisse bereits vorhandener Statistiken wie z. B. vierteljährliche Verdiensterhebung, ausgewählte Preisstatistiken und Kostennachweise der Krankenhäuser ein.</p>  |

| Termin             | Gremium          | Vorgang   | Legende  |
|--------------------|------------------|---|--|
| 28. September 2012 | Selbstverwaltung | Unterschiedliche Auffassung zum Orientierungswert                     | <p>Da der durch das Statistische Bundesamt ermittelte Orientierungswert knapp unterhalb der vom BMG ermittelten Veränderungsrate von 2,03 Prozent liegt, bildet der vom Statistischen Bundesamt errechnete Wert automatisch den Veränderungswert. Eine Verhandlung auf Bundesebene erübrigt sich. Alfred Dänzer, Präsident der DKG, erklärt zur Veröffentlichung des Orientierungswertes: „Der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert für die Kosten der Krankenhäuser ist mit 2,0 Prozent weit weg von der tatsächlichen Kostenbelastung, die die Krankenhäuser aktuell und im nächsten Jahr haben werden. Hier zeigt sich die Schwäche des Konzeptes. Der Wert ist vergangenheitsbezogen. Dessen Erfassungszeitraum endet genau dort, wo die massive Kostenbelastung der Krankenhäuser aktuell begonnen hat. Dass der erstmalig ermittelte Kostenorientierungswert auch noch unterhalb der Grundlohnrate liegt, kann überhaupt nicht nachvollzogen werden. (...)“</p> <p>In der Presseerklärung formuliert die DKG folgende Erwartungen an die Regierungskoalition:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Krankenhäuser brauchen wie im Jahr 2012 auch 2013 eine Tarifaufgleichsrate. Denn schon heute stehen die Tarifverträge mit Steigerungsraten weit über dem Kostenorientierungswert fest.</li> <li>• Von dem extrem niedrigen Kostenorientierungswert dürfen nicht auch noch auf der Landesebene Abzüge für Leistungsentwicklungen vorgenommen werden.</li> <li>• Die 2010 zur Sanierung der GKV installierten Kürzungen in Form von 25%igen Mehrleistungsabschlägen, die den Kliniken 250 Mio. Euro entziehen, müssen für 2013 beendet werden.</li> </ul> <p>Die Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes enthält u. a. folgende Passage: „Mit den Zahlen des Statistischen Bundesamtes liegen nun unzweifelhafte Berechnungen vor, die als neutrale Basis für alle weiteren Gespräche und Verhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen dienen können.“</p> |
| 13. September 2012 | Rechtsprechung   | BSG bestätigt Mindestmengen für Kniegelenk-Totalendoprothesen         | <p>Das BSG hat zu der Festlegung von Mindestmengen für die Leistung Kniegelenk-Totalendoprothese die wesentlichen Elemente der Rechtsauffassung des G-BA bestätigt. Der 3. Senat des BSG hat den Revisionsantrag des G-BA als begründet angesehen und zugleich die Klage einer Klinik gegen diese Mindestmengenregelung an die Vorinstanz – das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg – zurückgewiesen (Az. B 3 KR 10/12 R). Unter Berücksichtigung der BSG-Rechtsauffassung kommt es beim LSG zu einer neuen Verhandlung, bei der insbesondere zu klären ist, ob die Mindestmenge mit 50 Operationen pro Jahr angemessen ist.</p>  |
| 05. September 2012 | Qualität         | Die meisten Behandlungsfehler betreffen Knie- und Hüftgelenk-arthrose | <p>Die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung haben im Jahr 2011 12 686 Behandlungsfehlervorwürfe begutachtet. An Krankenhäuser richten sich 8 509 Behandlungsfehlervorwürfe. In rund 32,1 Prozent der Fälle hat sich ein Behandlungsfehler bestätigt. „Viele Vorwürfe bedeuten aber nicht automatisch viele Behandlungsfehler“ so Frau Prof. Astrid Zobel, Leitende Ärztin Sozialmedizin des MDK</p>  |

| Termin             | Gremium          | Vorgang   | Legende   |
|--------------------|------------------|---|---|
| 05. September 2012 | Qualität         | Die meisten Behandlungsfehler betreffen Knie- und Hüftgelenksarthrose                             | Bayern. „Die chirurgischen Fächer Orthopädie/Unfallchirurgie und die Allgemeinchirurgie werden am häufigsten mit Behandlungsfehlervorwürfen konfrontiert, gefolgt von Zahnmedizin und Gynäkologie.“ Bezogen auf die Krankheiten stellen die Gutachter fest, dass die meisten Behandlungsfehler die Kniegelenks- und Hüftgelenksarthrose betreffen. Bei den operativen Eingriffen passieren die meisten Fehler beim Hüftgelenksersatz, der Wurzelspitzenresektion und dem Kniegelenksersatz.   |
| 31. August 2012    | Selbstverwaltung | 300 Mio. Euro Personalkostenhilfe für Krankenhäuser   | Nach dem Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) haben der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine finanzielle Personalkostenhilfe zu vereinbaren. Im Ergebnis sollen 50 Prozent der nicht durch Vergütungssteigerungen (Grundlohnrate) gedeckten Personalkosten durch eine Tarifausgleichsrate refinanziert werden. Die Selbstverwaltungspartner haben sich auf ein zusätzliches Volumen von ca. 300 Mio. Euro geeinigt. Die Finanzierung erfolgt über eine Anpassung der Landesbasisfallwerte.  |
| 24. August 2012    | Wissenschaft     | 2011 beträgt die Verweildauer 7,7 Tage  | Basierend auf vorläufigen Berechnungsergebnissen präsentiert das Statistische Bundesamt folgende Krankenhauskenzzahlen für das Jahr 2011: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der Krankenhäuser: 2 041 (2010: 2 064)</li> <li>• Anzahl der Betten: 502 000 (2010: 503 000)</li> <li>• Fallzahl: 18,3 Mio. Fälle (2010: 18,0 Mio. Fälle)</li> <li>• durchschnittliche Verweildauer: 7,7 Tage (2010: 7,9 Tage)</li> <li>• Bettenauslastung: 77,3 (2010: 77,4 Prozent)</li> </ul>  |
| 01. August 2012    | Gesetzgebung     | Bundeskabinett beschließt Gesetzentwurf zum Assistenzpflegebedarf in Rehabilitationseinrichtungen | Das „Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (AssPflBedRG)“ knüpft an das bestehende Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus an (in Kraft seit 30.07.2009). Es sieht für pflegebedürftige behinderte Menschen bereits die Möglichkeit einer Assistenzpflege bei stationärer Krankenhausbehandlung vor, soweit sie ihre Pflege durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte nach den Vorschriften des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch im Arbeitgebermodell sicherstellen.<br><br>Der Deutsche Bundestag wird am 09.11.2012 und der Bundesrat am 14.12.2012 abschließend dem Gesetz zustimmen. Das Gesetz tritt zum 01.01.2013 in Kraft. Zu diesem Zeitpunkt entfällt die Praxisgebühr, deren Streichung mit diesem Gesetz geregelt wird. |
| 06. Juli 2012      | Gesetzgebung     | Pauschalierendes Vergütungssystem auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik               | Der Bundesrat hat dem „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz)“ zugestimmt. Der Vermittlungsausschuss wurde nicht angerufen, damit kann die Einführungsphase am 01.01.2013 beginnen.<br><br>Zeitliche Umsetzung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2013–2014: Freiwillige Einführung des Entgeltsystems</li> <li>• 2015: Verpflichtende Einführung des Entgeltsystems</li> </ul>   |

| Termin        | Gremium          | Vorgang   | Legende  |
|---------------|------------------|---|--|
| 06. Juli 2012 | Gesetzgebung     | Pauschalierendes Vergütungssystem auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2017–2021: Umstellung der krankenhauses-individuellen Basisentgeltwerte an landesweit geltende Basisentgeltwerte (Konvergenzphase)</li> </ul> <p>Außerdem sind im Psych-Entgeltgesetz Finanzierungshilfen für somatische Krankenhäuser in Höhe von 280 Millionen Euro geregelt. Dies betrifft insbesondere einen Tarifausgleich im Jahr 2012, die Einführung eines anteiligen Orientierungswertes und einen gemeinsamen Forschungsauftrag zur Analyse, Bewertung und Entwicklung von Lösungsstrategien der Mengendynamik im Krankenhaus.</p>  |
| 02. Juli 2012 | Gesetzgebung     | BMG legt Referentenentwurf für Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz vor         | Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und registergesetz – KFRG) werden Reichweite, Strukturen und Qualität der Krebsfrüherkennung verbessert und zudem sollen flächendeckend klinische Krebsregister eingerichtet werden. Nach dem Entwurf sollen die Länder die klinischen Krebsregister einrichten, die Betriebskosten sind von der gesetzlichen Krankenversicherung in Form einer fallbezogenen Krebsregisterpauschale zu finanzieren.  |
| 02. Juli 2012 | Selbstverwaltung | Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer nimmt weiter ab                     | In Deutschland erfolgt die Finanzierung der Krankenhäuser nach dem Prinzip der „dualen Finanzierung“. Danach finanzieren die Bundesländer die Investitionskosten und die Krankenkassen die Betriebskosten. Die Investitionsmittel der Bundesländer lagen im Jahr 2011 bei 2,67 Mrd. Euro. Im Vergleich zum Jahr 2001 ist das Investitionsvolumen kontinuierlich um mehr als 20 Prozent gesunken (2001: 3,39 Mrd. Euro). Die Krankenhausaussgaben der Krankenkassen sind allerdings im gleichen Zeitraum um 33 Prozent (+ 15 Mrd. Euro) gestiegen. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Johann-Magnus v. Stackelberg, dazu: „Die mangelnde Beteiligung der Bundesländer an der Investitionsfinanzierung stellt auch die Grundprinzipien der Krankenhausplanung infrage“. |