

# Krankenhaus-Report

## Krankenhauspolitische Chronik

### 2000 – 2017

---

<b>KHR 2004:</b>	<b>Januar 2000 – Juli 2004</b>
<b>KHR 2005:</b>	<b>August 2004 – Juli 2005</b>
<b>KHR 2006:</b>	<b>August 2005 – Juli 2006</b>
<b>KHR 2007:</b>	<b>August 2006 – Juli 2007</b>
<b>KHR 2008/09:</b>	<b>August 2007 – Juli 2008</b>
<b>KHR 2010:</b>	<b>August 2008 – Juli 2009</b>
<b>KHR 2011:</b>	<b>August 2009 – Juli 2010</b>
<b>KHR 2012:</b>	<b>Juli 2011 – Juli 2010</b>
<b>KHR 2013:</b>	<b>Juni 2012 – Juli 2011</b>
<b>KHR 2014:</b>	<b>Juni 2013 – Juli 2012</b>
<b>KHR 2015:</b>	<b>Juni 2014 – Juli 2013</b>
<b>KHR 2016:</b>	<b>Juni 2015 – Juli 2014</b>
<b>KHR 2017:</b>	<b>Juni 2016 – Juli 2015</b>
<b>KHR 2018:</b>	<b>Juni 2017 - Juni 2016</b>

Krankenhaus-Report 2004 - Kapitel 16

# **Krankenhauspolitische Chronik**

von 2000 bis Juli 2004

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
1. Jan. 2000	GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000		Nach erheblichen Turbulenzen während der parlamentarischen Beratungen tritt das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, das große Prestigeprojekt der bündnisgrünen Gesundheitsministerin Andrea Fischer, in Kraft. Es beginnt die Umsetzungsphase dieses äußerst ambitionierten Reformwerks. Steuerungstechnisch setzt dieses Gesetz noch ganz überwiegend auf der Ebene der Selbstverwaltung an. Bezogen auf den Krankenhausbereich müssen insbesondere folgende Regelungsbereiche umgesetzt werden:
		Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement	Die GKV-Reform 2000 wird von der Bundesregierung (BMG) und der rot-grünen Regierungskoalition im Bundestag vor allem als Qualitätsgesetz verstanden. Das entsprechende Regelwerk wird u. a. im § 137 SGB V mit der Bezeichnung „Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern“ völlig neu geordnet. Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollen von der Selbstverwaltung auf Bundesebene vereinbart werden und für alle zugelassenen Krankenhäuser verpflichtend sein. Die Verträge auf Bundesebene haben neben den verpflichtenden und einrichtungsübergreifenden Maßnahmen auch die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu regeln. Für zugelassene Krankenhäuser, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten, sind Vergütungsabschläge zu vereinbaren. Zur Koordinierung dieser Aktivitäten soll eine Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin geschaffen werden.
		Wirtschaftlichkeit/Ausschuss Krankenhaus	Das System der „Steuerung auf mittlerer Ebene“ über Bundesausschüsse wird auf den stationären Bereich ausgeweitet: Mit analoger Funktion wird neben dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ein Ausschuss Krankenhaus errichtet, der die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Krankenhäusern daraufhin überprüfen soll, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes medizinischer Erkenntnisse erforderlich sind. Dabei geht es sowohl um bisher schon eingeführte als auch um neue Methoden. Sind die genannten Kriterien nicht erfüllt, darf eine Methode nicht oder nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.
		Koordinierungsausschuss, Leitlinien/Wirtschaftlichkeit	Die verbindende Klammer der Bundesausschüsse soll ein „Koordinierungsausschuss“ bilden. Er hat folgende Funktionen: gemeinsame Geschäftsführung der verschiedenen Bundesausschüsse, Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Angelegenheiten, Entwicklung von Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung bei solchen Krankheiten, bei denen Hinweise auf eine unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen (auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien, und zwar jährlich für mindestens zehn Krankheiten). Da die Organisation der neuen Ausschüsse im Gesetz nicht eindeutig und detailliert geregelt war (bzw. wegen der gebotenen Zustimmungsfreiheit nicht werden konnte), dauert es sehr lange, bis die Arbeitsfähigkeit hergestellt ist (konstituierende Sitzung des Koordinierungs-

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
		Koordinierungsausschuss, Leitlinien/Wirtschaftlichkeit	ausschusses am 26. September 2001 und des Ausschusses Krankenhaus am 29. August 2002). Erschwerend wirkt sich auch die ausgesprochen heterogene Interessenlage aus, eine Folge der neu zu integrierenden Krankenhausesseite.
		Integrierte Versorgung	Den Hauptimpuls für die politisch so sehr erwünschte sektorenübergreifende Versorgung sollen die Paragraphen zur integrierten Versorgung bringen (§§ 140a ff. SGB V). Jenseits der kollektiven Verhandlungsstrukturen sollen als Bestandteil der Regelversorgung sektorenübergreifende, integrierte Verträge auch mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von ihnen möglich werden. Schon während der Gesetzgebung zeichnet sich allerdings ab, dass dieses komplizierte Regelungswerk (Budgetbereinigung, Beteiligungsrechte etc.) nicht umsetzbar ist – eine Prognose, die sich auch erfüllt. Es beginnen langwierige und unergiebigere Verhandlungen auf der Selbstverwaltungsebene um die erforderlichen Rahmenvereinbarungen.
		Budgetierung (sektoral statt global), Beitragssatzstabilität	Nachdem die zentrale ökonomische Leitidee dieser Gesundheitsreform, das Globalbudget, in der zustimmungsfreien Fassung der Reform gesetzestechisch nicht realisiert werden konnte, wurde die befristet nur für das Jahr 1999 wiedereingeführte sektorale Budgetierung dauerhaft festgeschrieben und einem genau definierten Regelungsmechanismus unterworfen (Verzicht auf Schätzung). Gemäß dem damit konkretisierten Grundsatz der Beitragssatzstabilität ergibt sich nun die maximale Veränderungsrate aus den bundesdurchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der 2. Hälfte des Vorjahres und der 1. Hälfte des laufenden Jahres (§ 71 SGB V). Für den Krankenhausbereich gibt es eine Reihe von Ausnahmeregelungen: u. a. Veränderungen der Leistungsstrukturen, zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung, Rationalisierungsinvestitionen, Budgetausgleich für Tariflohnsteigerungen.
		Strikt sektorale Vergütungen	Insgesamt wird damit die sektorale Abschottung – entgegen der eigentlichen Intention der Reform – eher noch verstärkt. Die Regelung, dass in einem Sektor Mehrausgaben möglich sein sollen, wenn sie durch nachgewiesene Einsparungen in einem anderen Versorgungsbereich ausgeglichen werden können, hat nur eine Feigenblattfunktion und bleibt ohne Auswirkung.
		Pauschalieren des Entgeltsystems/DRGs	Das durch die 2000er Reform festgelegte wirkmächtigste krankenhaupolitische Thema der nächsten Jahre ist die von Rot-Grün gewollte konsequente Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems auf der Basis von Diagnosis Related Groups (DRGs), und zwar – zunächst – als Auftrag an die Selbstverwaltung.
<b>Rückblick</b>	<b>Gesundheitsstrukturgesetz 1993, 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997</b>	Pflege und Weiterentwicklung des Vergütungssystems	Schon im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG 1993) zählte der parteienübergreifend politisch gewollte Übergang zu einer leistungsorientierten Vergütung im Krankenhausbereich zu einem der als zentral erachteten Reformelemente. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG 1997) wurde die Pflege und Weiterentwicklung dieser Konzeption – ein Mixtum von Fallpauschalen, Sonderent-

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
			gelten, Abteilungspflegesätzen und tagesgleichen Pflegesätzen – der Selbstverwaltung zur Pflege und Weiterentwicklung übertragen (Reformparadigma „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“). Die Weiterentwicklung scheiterte jedoch.
		Auftrag an die Selbstverwaltung	Mit der GKV-Reform 2000 soll dieses Mischsystem abgeschafft und das Leistungsgeschehen durchgängig über Fallpauschalen abgebildet werden (§ 17b KHG). Bis zum 30. Juni 2000 sollen sich die Vertragspartner (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) u. a. auf die Grundstrukturen des neuen Vergütungssystems verständigen (Systementscheidung), und bis zum 31. Dezember 2001 soll die Bewertung der Relativgewichte und der Zu- und Abschläge durch die Selbstverwaltung abgeschlossen sein, damit das neue Vergütungssystem für 2003 – im ersten Jahr noch budgetneutral – umgesetzt werden kann.
		DRG-Systementscheidung durch Selbstverwaltung oder BMG (Ersatzvornahme)	Allerdings ist das Misstrauen der Politik gegenüber der Selbstverwaltung angesichts der bisherigen Erfahrungen so groß, dass die Bundesregierung ermächtigt wird, die Systementscheidung selbst über eine Rechtsverordnung zu treffen, sollte dies der Selbstverwaltung bis zum 30. Juni 2000 nicht gelingen. Damit beginnt der langsame Abschied der Politik von der Steuerungsebene Selbstverwaltung und ihrer Schlichtungsinstrumente (Schiedsstellen). In der Folge droht die Politik immer rigider auch auf anderen Feldern (z. B. Mammographie-Screening) mit der Ersatzvornahme. Die Selbstverwaltung versucht zur Abwehr dieser Option Handlungsfähigkeit zu demonstrieren. Die Vorbereitung der DRG-Einführung bindet erhebliche Ressourcen bei den Akteuren der Selbstverwaltung wie auch bei den einzelnen Krankenhäusern und Krankenkassen. Auch für die Politik besteht weiterer Handlungsbedarf. Sie muss noch die konkreten Rahmenbedingungen für den Einführungsprozess und die Zeit danach gesetzlich regeln.
3. März 2000	Veröffentlichung des BMG (KV 45 für das Jahr 1999)	GKV-Finanzentwicklung	Zur Überraschung vieler Experten steigen die Krankenhausausgaben im Jahr 1999 sehr moderat, bundesweit nur knapp über null Prozent (plus 0,1 Prozent). Sie üben mithin keinen Druck auf die Beitragssätze aus. Im Westen sind die Ausgaben mit minus 0,6 Prozent sogar leicht rückläufig, was das BMG u. a. mit Budgetausgleichen (Rückzahlungen) für Vorjahre mit hohen Zuwächsen begründet. Für die Krankenhäuser im Osten (Ausgabenplus in Höhe von 3,1 Prozent) formuliert die Politik dagegen Handlungsbedarf: Die vorhandenen Einsparpotenziale müssten dort konsequent erschlossen werden.
27. Juni 2000	Vereinbarung der Selbstverwaltung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17b KHG	Systementscheidung für australische DRGs	Unter dem Druck der Ersatzvornahme einigen sich die Selbstverwaltungspartner auf das australische AR-DRG-System als Grundlage für das deutsche Fallpauschalensystem – unter dem wohlwollenden Beifall einer sichtlich erleichterten Bundesregierung. Dabei wird allerdings die Tatsache verdeckt, dass mit dieser Systementscheidung nur der „erste von hundert Schritten“ abgearbeitet ist. Die Vereinbarung enthält die zeitlichen und inhaltlichen

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
27. Juni 2000	Vereinbarung der Selbstverwaltung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17b KHG	Systementscheidung für australische DRGs	Vorgaben für die noch zu leistenden Arbeitsschritte. Die Selbstverwaltungspartner fordern außerdem nach dem budgetneutralen Jahr 2003 eine dreijährige Konvergenzphase. Das BMG signalisiert in diesem Punkt Entgegenkommen.
Sept./Okt. 2000	Vertragswerk der Selbstverwaltung zur Umsetzung des § 137 SGB V (mit Gründung der BQS)	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement	Erneut demonstriert die Selbstverwaltung Handlungsfähigkeit. Zur Umsetzung des § 137 SGB V wird ein umfangreiches Vertragswerk vereinbart und vorgestellt, verbunden mit der Gründung einer „Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)“, die die gemeinsame Organisation und Koordination sicherstellen soll. Die originären Vertragspartner – die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft – haben Einvernehmen mit den zu beteiligten Institutionen Bundesärztekammer und Deutscher Pflegerat hergestellt. Noch offen ist, ob und wie dieses Vertragswerk auch umgesetzt wird.
31. Jan. 2001	Programm der neuen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt	DRG-Einführung bleibt Prestigeprojekt	Nach kurzer Einarbeitungszeit stellt Ulla Schmidt, die sozialdemokratische Nachfolgerin von Andrea Fischer, ihr Arbeitsprogramm vor. In der Krankenhauspolitik ändern sich die Prioritäten nicht, die DRG-Einführung zum 1. Januar 2003 bleibt ein politisches Prestigeprojekt ersten Ranges.
6. März 2001	Veröffentlichung des BMG (KV 45 für das Jahr 2000)	GKV-Finanzentwicklung	Die Krankenhauspolitik kann nicht zuletzt deshalb im Wesentlichen DRG-Politik sein, weil die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich auch im Jahr 2000 ausgesprochen moderat verläuft und von daher keine andere politische Schwerpunktsetzung erforderlich ist. Die Krankenhäuser, deren Ausgaben mit einer Steigerung von 1,4 Prozent unterhalb der Einnahmenentwicklung von plus 1,7 Prozent liegen, werden im Text der entsprechenden Veröffentlichung nicht einmal erwähnt.
27. März 2001	Eckpunkte des BMG zur Reform des Risikostrukturausgleichs	Disease-Management-Programme (DMPs), Versorgungsmanagement	Es zeichnet sich ab, dass die Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) als zentrales Element die Einführung von Disease-Management-Programmen (DMPs) haben wird. Die durch die Verknüpfung mit dem RSA verbundenen massiven ökonomischen Anreize zur Vorbereitung und Durchführung von DMPs führen dazu, dass die Ressourcen der Systembeteiligten sich ganz überwiegend auf die DMP konzentrieren. Andere Aktivitäten im Bereich von Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement und neuen Vertragsformen (Integrierte Versorgung, Vernetzte Arztpraxen etc.) kommen deshalb fast vollständig zum Erliegen. Es beginnt ein zähes Ringen darum, wer welche Rolle bei den DMPs übernimmt (Wer managed die Versorgung?). Zunächst wird die Diskussion von den klassischen „Partnern“ Krankenkassen und Ärzteschaft dominiert, die Krankenhäuser bleiben eher außen vor.
5. u. 10. Mai 2001	DRG-Systemzuschlags-Gesetz in Kraft – InEK gegründet	Finanzierung der DRG-Systementwicklung	Mit diesem Gesetz werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, die Entwicklung und Pflege des auf der Grundlage der australischen DRGs zu schaffenden deutschen Fallpauschalensystems zu finanzieren (§ 17b Abs. 5 KHG). Nur wenige Tage nach dem Inkrafttreten des Gesetzes



Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
			wird das gemeinsame DRG-Institut der Selbstverwaltung – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) – gegründet.
Mai/Juni 2001	Gremiensitzungen der Selbstverwaltung zur Arbeitsplanung der DRG-Einführung	Selbstverwaltung: Krankenkassen gegen Krankenhäuser	Die Selbstverwaltung kann sich nicht mehr auf einen Fahrplan einigen, der die DRG-Einführung zum 1. Januar 2003 sicherstellt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hält einen Systemstart nur noch zum 1. Januar 2004 für möglich. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen unterbreiten einen Zeitplan für eine DRG-Einführung doch noch zum 1. Januar 2003. Dieser Vorschlag wird von der DKG jedoch abgelehnt.
1. Juni 2001	Gesetzentwurf zur Einführung des DRG-Vergütungssystems für Krankenhäuser (Arbeitsentwurf des BMG)	Rahmenbedingungen für DRG-Einführung	Nach langen Vorarbeiten und Abstimmungsprozessen positioniert sich das BMG für die erforderliche Rahmengesetzgebung. Es entscheidet sich für die so genannte kleine Lösung, regelt also nur die Einführungs- und Übergangsphase (zwei Jahre budgetneutral, zwei Jahre Konvergenz), und verzichtet auf die Festlegung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen ab 2007. Der Arbeitsentwurf hält am allgemeinen Einführungstermin 1. Januar 2003 fest. Immer deutlicher wird, dass die DRG-Einführung sehr weitgehend von der Administration des BMG geleistet werden muss, wenn tatsächlich zum 1. Januar 2003 ein Systemstart erfolgen soll.
12. Juli 2001	Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH)	Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	Der EuGH weitet in seiner Entscheidung zur Rechtssache C-157/99 die Kohl/Decker-Rechtsprechung auf den stationären Bereich aus (mitsamt der dort entwickelten Ausnahmeregelungen). Bemerkenswert ist insbesondere die Klarstellung (gegen das Veto des Generalanwalts), dass es sich bei stationären Leistungen um Dienstleistungen im Sinne des EG-Vertrags handelt (Artikel 50).
12. Juli 2001/ 26. Sept. 2001	Fallpauschalengesetz: Referentenentwurf und 1. Lesung im Bundestag	DRG-Optionsmodell – ökonomische Anreize für Frühumsteiger	Das BMG hält zwar am Einführungstermin 1. Januar 2003 fest, aber nicht mehr an der obligatorischen Einführung für alle Krankenhäuser. Stattdessen geht das sogenannte Optionsmodell in die parlamentarischen Beratungen: „Das Vergütungssystem wird auf Verlangen des Krankenhauses zum 1. Januar 2003 eingeführt, ansonsten für alle Krankenhäuser verbindlich zum 1. Januar 2004.“ Krankenhäuser, die die Optionsmöglichkeit nutzen, sollen bevorzugte Einführungsbedingungen erhalten, z. B. einen verbesserten Mindererlösenausgleich (95 statt 60 Prozent). Insgesamt soll es bei der Einführungs- und Übergangsphase von 2003 bis 2007 bleiben.  Zur 1. Lesung wird der Name des Gesetzes leicht modifiziert. Es heißt nun „Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG)“.
10. Okt. 2001	Anhörung zum Fallpauschalengesetz im Gesundheitsausschuss des Bundestages	Selbstverwaltung: Spaltung des Kassenlagers	Die im Gesetzentwurf enthaltene Optionslösung wird nur vom AOK-Bundesverband begrüßt. Die anderen Kassenarten und die DKG lehnen sie ab. Der AOK-Bundesverband fordert den Gesetzgeber auf, die Möglichkeit der Ersatzvornahme durch eine Rechtsverordnung des BMG in den Gesetzentwurf einzubauen, um die absehbaren Verhandlungsblockaden innerhalb der Selbstverwaltung aufzubrechen.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
Nov./ Dez. 2001	<b>Sitzungen des Gesundheitsausschusses des Bundestages: Änderungsanträge zum Fallpauschalengesetz – Verabschiedung im Bundestag</b>	Ersatzvornahme zur DRG-Einführung	Der Entwurf des Fallpauschalengesetzes wird durch eine Fülle von Änderungsanträgen, mit denen gerade auch den Anliegen der Bundesländer Rechnung getragen wird, modifiziert. Die wichtigste Änderung besteht darin, dass das BMG die Forderung der AOK aufgreift und über das Instrument der Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die Verantwortung für die Umsetzung des DRG-Optionsmodells übernehmen kann, wenn die Selbstverwaltung dies nicht leistet. Allerdings muss eine der Vertragsparteien vorher das Scheitern erklärt haben (§ 17b Abs. 7 KHG).
		Mindestmenge/Qualität	Eine weitere wichtige Änderung betrifft die Qualität über die verbindliche Vorgabe von Mindestmengen für planbare Krankenhausleistungen (§ 137 Abs. 1 SGB V). Hierzu soll die Selbstverwaltung einen verbindlichen Katalog vereinbaren. Wenn die erforderliche Mindestmenge nicht erreicht wird, dürfen diese Leistungen von den Krankenhäusern nicht mehr erbracht werden. Über die Ausgestaltung dieser Regelung entsteht in der Folge eine heftige Kontroverse mit einigen Bundesländern. Der Sicherung der Qualität dient auch ein Qualitätsbericht, den alle Krankenhäuser im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichen haben (ebenfals § 137 Abs. 1 SGB V).
		Arbeitszeit	Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes und der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes) werden für das Jahr 2003 zusätzlich 100 Mio. Euro bereitgestellt (§ 6 Abs. 5 BpflV). Eine Erhöhung für das Jahr 2004 im gleichen Umfang wird an eine nachweislich verbesserte Wirtschaftlichkeit geknüpft. Der Arbeitszeitkonflikt wird zunehmend schärfer.
		Sicherstellungszuschlag	Um den Bundesländern die Zustimmung zum FPG zu erleichtern, erhalten sie die Möglichkeit, ergänzende oder abweichende Vorgaben zu den Voraussetzungen der Zuschlagsgewährung zu machen, insbesondere um die Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten zu gewährleisten (§ 17b Abs. 1 KHG).
30. Nov. 2001	<b>Plenarsitzung des Bundesrates</b>	Zustimmung für RSA-Reform mit DMPs	Der Bundesrat stimmt der Reform des Risikostrukturausgleichs zu und sichert damit deren Inkrafttreten zum 1. Januar 2002. Bei der Konzeption der Disease-Management-Programme geht der Gesetzgeber von vornherein noch einen Schritt weiter als bei den DRGs: Die erforderlichen Inhalte werden durch Rechtsverordnung des BMG ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt und die Selbstverwaltung macht – über den Koordinierungsausschuss – hierzu Vorschläge (§ 137 f u. g SGB V). Dabei sind die Fristen für die Selbstverwaltung extrem kurz gesetzt (nur jeweils vier Wochen für die Auswahl der Diagnosen und die Festlegung der Anforderungen an die DMPs).
14. Dez. 2001	<b>2./3. Lesung des FPG im Bundestag</b>	Horst Seehofer und die DRGs	Mit den Stimmen der Koalition wird das FPG verabschiedet. Unter der Führung von Horst Seehofer lehnt die CDU/CSU-Bundestagsfraktion das FPG ab. Seehofer nimmt eine Art Fundamentalopposition gegen den vorgesehenen DRG-Einführungsprozess ein und fordert stattdessen die Rückkehr zur Fallpauschalenbildung „seines“ 2. NOG. Er wird diese Position zu den DRGs bis zur Bundestags-



Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
			<p>wahl aufrechterhalten und wird so zum Hoffnungsträger der Gegner der (fristgerechten) DRG-Einführung.</p> <p>Die Haltung des Bundesrates zum zustimmungsbedürftigen FPG ist zu diesem Zeitpunkt noch nicht klar abzuschätzen.</p>
1. Feb./ 1. März 2002	Plenarsitzungen des Bundesrates	Vermittlungsverfahren zum FPG – Bundesrat stimmt FPG zu	<p>Der Bundesrat lehnt den Gesetzesbeschluss des Bundestages zum FPG ab. Neben den unionsregierten Ländern verweigerten u. a. auch Länder mit großen Koalitionen (Brandenburg, Bremen) dem FPG die Zustimmung. Die Bundesregierung ruft den Vermittlungsausschuss an. Die Verhandlungen gestalten sich sehr schwierig. Nach weiteren Zugeständnissen an die Bundesländer kommt zwar kein einvernehmliches Ergebnis im Vermittlungsausschuss zustande, aber eine Mehrheit im Bundesrat für das FPG.</p> <p>Die Mindestmengenregelung des § 137 SGB V wird entschärft: Die Länder können Ausnahmen vorsehen. Ein weiteres wichtiges Zugeständnis: Bei der Bestimmung des Sicherstellungszuschlags des § 17 b Abs. 1 KHG haben die bundeseinheitlichen Maßstäbe nur noch empfehlenden Charakter, von denen das Land abweichen kann.</p>
		Interessen der Bundesländer	<p>Das Vermittlungsverfahren zum FPG zeigt: Es gibt zu den DRGs keine gemeinsame Position von CDU/CSU-Bundestagsfraktion und unionsregierten Bundesländern. Parteipolitische Aspekte spielen eine untergeordnete Rolle. Die Länder sehen unabhängig von der Parteizugehörigkeit der Landesregierung, dass der DRG-Einführungsprozess letztlich nicht aufzuhalten ist und versuchen deshalb pragmatisch, sich in diesem Prozess eigene Einflussmöglichkeiten zu erhalten.</p>
7. März 2002	Veröffentlichung des BMG (KV 45 für das Jahr 2001)	GKV-Finanzergebnis	<p>Im dritten Jahr hintereinander geht von den Krankenhauskosten kein Druck auf die Beitragssätze aus. Sie liegen mit einer Steigerung von bundesweit 0,9 Prozent rund 0,7 Prozent unter der Einnahmenentwicklung. Die Bundesregierung interpretiert diese Entwicklung als Ergebnis ihrer Krankenhauspolitik. Die Kliniken hätten schon vor der Einführung der DRGs Rationalisierungspotenziale erschlossen. Die DRG-Einführung gilt in dieser Verlautbarung des BMG als eine strukturelle Weichenstellung, die die Versorgungssituation (Qualität) der Patienten verbessert und gleichzeitig Einsparpotenziale erschließt und die Transparenz erhöht. Sie entspricht damit dem Reformparadigma der rot-grünen Gesundheitspolitik.</p>
26. April 2002	Plenarsitzung des Bundesrates zur Approbationsordnung	Ärztliche Ausbildung	<p>Nach mehr als vier Jahren, die seit der Vorlage der Verordnung noch durch die frühere Bundesregierung vergangen waren, macht der Bundesrat den Weg für die Novellierung der Approbationsordnung frei. Vorausgegangen war ein mühsam ausgehandelter Kompromiss zwischen Gesundheits- und Hochschulpolitikern, und zwar durch eine Verknüpfung mit dem Fallpauschalengesetz. Den Kulturressorts wird im FPG die Regelung zugestanden, dass Hochschulambulanzen die Ermächtigung zur ambulanten Versorgung erhalten sollen, sofern Forschung und Lehre betroffen ist (§ 120 SGB V).</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
Mai 2002	Beschluss des Koordinierungsausschusses – Deutscher Ärztetag in Rostock	Disease-Management-Programme	Der Koordinierungsausschuss einigt sich auf die Rahmenvorgaben zum DMP Diabetes mellitus Typ 2, die Grundlage für die erforderliche Rechtsverordnung des BMG. Kurze Zeit später verweigert die verfasste deutsche Ärzteschaft (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung) zumindest vorläufig die Umsetzung der DMPs. Abgelehnt werden insbesondere die Regelungen zum Datenmanagement. Je stärker der Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigungen gegen die DMPs wird, umso mehr steigt die Bereitschaft in der Politik, die Rolle der Krankenhäuser bei der Umsetzung der DMPs aufzuwerten. In diesem Zusammenhang wächst auch zunehmend der Wille im Regierungslager, die Krankenhäuser noch weitergehender für die ambulante fachärztliche Versorgung zu öffnen.
Mai/Juni 2002	Gremiensitzungen der Selbstverwaltung	DRG-Einführung: Selbstverwaltung scheitert	Auch nach dem Inkrafttreten des FPG bleibt die Blockade der Selbstverwaltung in ihrer spezifischen Struktur (AOK-BV gegen die anderen Spitzenverbände der Krankenkassen und die DKG) bestehen. Die DKG kommt intern vor allem durch die privaten Kliniken unter Druck, die unbedingt eine fristgerechte optionale DRG-Einführung zum 1. Januar 2003 wollen. Am 24. Juni erklärt die DKG das Scheitern der Verhandlungen: „Damit die Krankenhäuser am 1. Januar 2003 ein Fallpauschalenmodell auf freiwilliger Basis vorfinden, erklären wir mit dem heutigen Tag gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium das Scheitern der Verhandlungen – so wie es das Gesetz als Konfliktlösungsmechanismus vorsieht.“
		BMG kündigt Ersatzvornahme an	Nach nur wenigen Tagen Bedenkzeit kündigt das BMG an, dass es die erforderlichen Rahmenbedingungen nun selbst schaffen wird. Es beginnt ein Wettlauf mit der Zeit. Bis September 2002 muss die Verordnung fertig sein, damit die Krankenhäuser sich entscheiden können, ob sie am Optionsmodell teilnehmen.
26. Juni 2002	Pressekonferenz mit Horst Seehofer	Krankenhauspolitik im Wahlkampf	Nach seiner schweren Krankheit tritt Horst Seehofer erstmals wieder vor die Berliner Presse und erläutert die gesundheitspolitischen Schwerpunkte im Wahlprogramm der Union. Als eine der Sofortmaßnahmen nach einer für die Union gewonnenen Wahl kündigt er die Novellierung der DRGs an. Er spricht sich entschieden gegen die optionale DRG-Einführung zum 1. Januar 2003 aus. Die Krankenhauspolitik reduziert sich im Wahlkampf im Wesentlichen auf diesen Aspekt.
19. Sept. 2002	Unterzeichnung und Inkrafttreten der DRG-Rechtsverordnung	DRG-Optionsmodell	Trotz heftigsten Widerstands insbesondere der Ärzteschaft und der Ersatzkassenverbände unterzeichnet das BMG – drei Tage vor der Wahl – die den optionalen DRG-Start sicherstellende Verordnung; sie wird am 25. September veröffentlicht. Nach dem knappen Wahlsieg der rot-grünen Regierungskoalition ist auch klar, dass die DRG-Einführung weiterhin hohe Priorität behält. Die spannende und lange offene Frage ist nun, wie viele Krankenhäuser sich für das Optionsmodell entscheiden.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
		Politik demonstriert administrative Handlungsfähigkeit	Der Vorgang ist darüber hinaus von sehr grundsätzlicher Bedeutung. Im Dauerstreit „Staat versus Selbstverwaltung“ hat letztere einen erheblichen Bedeutungsverlust erlitten. Auswirkungen auf die Gestaltung der nächsten Gesundheitsreform sind unverkennbarer: Sie wird staatsnäher konzipiert.
16. Okt. 2002	Koalitionsvereinbarung, Vorschaltgesetzgebung		Da sowohl die Bundesregierung wie die Gesundheitsministerin im Amt bleiben, ist eine Fortentwicklung der bisherigen Politik zu erwarten. Für erhebliche Turbulenzen sorgt der Versuch, mittels einer sogenannten Vorschaltgesetzgebung den finanziellen Spielraum für die Verhandlungen für eine große Gesundheitsreform zu gewinnen. Binnen weniger Wochen soll diese Spargesetzgebung Bundestag und Bundesrat passieren.
7. Nov. 2002	Erste Lesung von Beitragssatzsicherungsgesetz und 12. SGB-V-Novelle im Bundestag	Flächendeckende Kostendämpfung	Die Materie der Vorschaltgesetzgebung wird in zwei Gesetze geteilt: das zustimmungsfreie Beitragssatzsicherungsgesetz und die zustimmungspflichtige 12. SGB-V-Novelle. Die Gesetzentwürfe enthalten im wesentlichen Nullrunden für die Leistungserbringer, Einsparungen im Arzneimittelvertrieb, das Einfrieren der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen auf dem Niveau des Jahres 2002 und eine Anhebung der Versicherungspflichtgrenze.
		Ausnahmeregelung für DRG-Frühumsteiger	Für die beiden großen Prestigeprojekte der Koalition, die DMPs und die DRGs, werden Ausnahmeregelungen geschaffen, die die ökonomischen Anreize zum Einstieg in diese Projekte verstärken. So regelt Artikel 5 des Beitragssatzsicherungsgesetzes, dass die Nullrunde für diejenigen Krankenhäuser nicht gilt, „die nach § 17 b Abs. 4 Satz 7 des KHG das Verlangen mitgeteilt haben, das pauschalierte Entgeltsystem im Jahr 2003 einzuführen“. Von bis zu 530 Krankenhäusern ist mittlerweile die Rede, die zum 31. Oktober ihren Umstieg erklärt haben, mithin von dieser Ausnahmeregelung profitieren würden.
		Verlängerung der DRG-Meldefrist	Vor dem Hintergrund dieser attraktiven Ausnahmeregelung wächst der Druck auf die Politik, die Meldefrist zum DRG-Optionsmodell über den 31. Oktober 2002 hinaus zu verlängern. Ein entsprechender Änderungsantrag (Verlängerung der Meldefrist bis zum 31. Dezember) wird dann auch noch während der Ausschussberatungen eingebracht, und zwar als Ergänzung der zustimmungspflichtigen 12. SGB-V-Novelle.
		Ambulante Weiterbehandlung beim DMP KHK	Im Zuge der Beratungen der Vorschaltgesetze erhalten die Krankenhäuser und die Gewerkschaften die bemerkenswerte – allerdings nur mündliche – Zusage des BMGS, dass ihnen beim nächsten DMP (zu koronaren Herzkrankheiten – KHK) die ambulante Weiterbehandlung ermöglicht werden soll. Dies soll Mehreinnahmen in Höhe von rund 400 Mio. Euro bringen. Offen ist allerdings noch, ob der geltende gesetzliche Rahmen dies überhaupt zulässt.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
20. Dez. 2002	<b>Bundestag: Kanzlermehrheit für Beitragssatzsicherungsgesetz Langwieriges Vermittlungsverfahren zur 12. SGB-V-Novelle</b>		Die Koalition setzt das zustimmungsfreie Beitragssatzsicherungsgesetz gegen den Einspruch des Bundesrates durch. Dagegen geht die 12. SGB-V-Novelle – mit der politisch brisanten Verlängerung der DRG-Meldefrist – in ein langwieriges, weit in das Jahr 2003 hineinreichendes Vermittlungsverfahren. Am Ende wird sich erweisen, dass der Druck der Krankenhauslandschaft auf die Politik einfach zu groß ist – die Verlängerung der DRG-Meldefrist wird durchgesetzt, mit den entsprechenden ökonomischen Konsequenzen.
30. Jan. 2003	<b>Vorlage des Referententwurfs für ein Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG)</b>	DRGs	Schwerpunkte des Gesetzes sind die Ausweitung der Handlungsmöglichkeiten des BMGS zu Ersatzvornahmen ohne Erklärung des Scheiterns durch die Selbstverwaltung sowie flexible Bestimmungen für Leistungen, die noch nicht sachgerecht mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können. Das DRG-Institut InEK soll unter Fach- und Rechtsaufsicht des BMGS gestellt werden.
10. Feb. 2003	<b>Verbändeanhörung zum Fallpauschalenänderungsgesetz</b>	DRGs	Die Selbstverwaltung sieht der eigenen Entmachtung relativ ruhig zu, allein die Kassen wollen die „Ermächtigungskompetenzen“ eingeschränkt sehen. Die Frage der Flexibilität von Vergütungsregeln und Öffnungsklauseln ist der zentrale Streitpunkt - Öffnungen und Flexibilität werden von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Ärzteschaft und vom Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) befürwortet, von den Kassen entschieden abgelehnt.
18. Feb. 2003	<b>Beschluss des Bundesarbeitsgerichts (BAG) zum Arbeitszeitgesetz</b>	Arbeitszeit	Das BAG bestätigt, dass Zeiten des Bereitschaftsdienstes, in denen nicht gearbeitet wird, gemäß Arbeitszeitgesetz (ArbZG) vom 6. Juni 1994 der Ruhezeit zugerechnet werden können. Nach dem so genannten SIMAP-Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 3. Oktober 2000 ist auch Bereitschaftsdienst in Krankenhäusern Arbeitszeit. Das deutsche Arbeitsrecht genüge laut BAG nicht der EG-Arbeitszeitrichtlinie 93/104. Das Gericht kann deutsches Recht nicht aufheben, wohl aber darauf hinweisen, dass eine EG-Richtlinie Umsetzungspflicht begründet. Allerdings sei sie zwischen privaten Arbeitsvertragsparteien nicht anwendbar. Damit ist die Sachlage eindeutig und der Gesetzgeber unter Handlungsdruck. Für die Krankenhäuser bedeutet der Beschluss, sich auf zusätzliche Einstellungen von Ärzten und Pflegepersonal und eine völlig neue Personalorganisation vorzubereiten.
21. Feb. 2003	<b>Einigung der Selbstverwaltung</b>	DRGs	Die DKG und die Spitzenverbände der Kassen einigen sich auf ein Regelwerk zur Weiterentwicklung der DRG-Klassifikation; die Einigung wird sich im Laufe des Jahres als nicht belastbar erweisen, sie scheitert an der teilstationären Versorgung, die nicht vom australischen System übernommen werden kann, da sie ein spezifisch deutsches Phänomen ist.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
25. Feb. 2003	Verhandlung vor dem EuGH in der Rechtssache Norbert Jäger gegen die Landeshauptstadt Kiel	Arbeitszeit	<p>In ihrer schriftlichen Stellungnahme weist die Kommission schlüssig nach, dass Bereitschaftsdienst, den ein Arbeitnehmer in einem Krankenhaus leistet, Arbeitszeit gemäß EG-Richtlinie 93/104 ist und dass das deutsche Arbeitszeitgesetz EU-rechtswidrig ist.</p> <p>Die verschiedenen Bundesregierungen hatten die Richtlinie bisher, wahrscheinlich wegen der finanziellen Konsequenzen für die Häuser der öffentlichen Hand, nur unzureichend umgesetzt.</p> <p>Der Marburger Bund sieht sich in seiner Einschätzung und seinem langjährigen Kampf für eine andere Organisation des Bereitschaftsdienstes bestätigt. Die DKG fordert eine Refinanzierung für ein Schichtmodell – zusätzlicher Bedarf von 27.000 Ärzten und 14.000 Pflegekräften – in Höhe von 1,7 Mrd. € per anno. Sie rechnet mit einem Einkommensverlust für die Ärzte von 1.000 bis 1.500 € im Monat. Man wirft dem BMGS vor, die Evaluierung innovativer Arbeitsmodelle nicht vorangetrieben zu haben. Das BMWA wiederum erklärt, das schriftliche Urteil des EuGH abwarten zu wollen.</p> <p>Kassen und SPD sehen keinen Grund für Mehrkosten in Krankenhäusern, man soll das Problem durch bessere Organisation und Hebung von Effizienzreserven lösen. Die Fronten verhärten sich, es werden Stellungen bezogen, die man nicht aufgeben will.</p>
26. Feb./ 19. März 2003	Bundeskabine verabschiedet FPÄndG, 1. Lesung im Bundestag	DRGs	Der dem Bundesrat und den Regierungsfractionen zugeleitete Entwurf unterscheidet sich wesentlich vom Referentenentwurf im § 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Das BMGS soll ermächtigt werden, in das gesamte Vergütungssystem und nicht nur in Teilbereiche einzugreifen. Bislang ist kein grundsätzlicher Widerstand bei der Union erkennbar.
5. März 2003	Veröffentlichung der KV 45-Zahlen für das Jahr 2002 durch das BMGS	GKV-Finanzergebnis	Im Unterschied zu den drei Vorjahren wachsen die Kosten im Krankenhausbereich wieder stärker als die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen: 3,1 zu 0,5%. Diese vergleichsweise hohe Ausgabenrate wird jedoch vom BMGS nicht problematisiert. Man sei, so Staatssekretär Klaus Theo Schröder, „mit der Feinanalyse noch nicht fertig“.
20. März 2003	Vermittlungsausschuss nimmt Beratungen zur 12. SGB V-Novelle auf	DRGs: Optionsmodell	Drei Monate (!) nach Anrufung des Vermittlungsausschusses von Bundestag und Bundesrat beginnt das Verfahren mit der Einsetzung einer Arbeitsgruppe. Im krankenhauspolitischen Fokus der 12. SGB V-Novelle steht die Verlängerung der Meldefrist für das DRG-Optionsmodell vom 31. Oktober auf den 31. Dezember 2002.
		Keine „Nullrunde“ für alle Krankenhäuser in 2003?	Die Union fordert eine Rücknahme der „Nullrunde“ für alle Krankenhäuser und nicht nur für die Optionskrankenhäuser. Strittig sind auch die anderen Elemente dieser Novelle (z. B. Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel). Die Fronten sind nach wie vor verhärtet.
26./27. März 2003	Regierungsentwurf FPÄndG wird in den Ausschüssen des Bundesrates beraten	DRGs	Von Bayern und Baden-Württemberg werden Änderungsanträge eingebracht. Die Länder sollen zur Bestimmung besonderer, aus dem Vergütungssystem herauszunehmender Einrichtungen ermächtigt werden. Dies findet trotz Unionsmehrheit keine Mehrheit – Sachsen-Anhalt und Hamburg stimmen dagegen.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
		Instandhaltungskosten	Ein weiterer Antrag, jeweils dort, wo es eine Förderung des Landes für Instandhaltungskosten gegeben hat, den Gesamtvergütungsbetrag um 1,1 % anzuheben, wird von den Ausschüssen auch mit den Stimmen der SPD-regierten A-Länder angenommen.
		DRGs: Optionsmodell	Ein Antrag zur rückwirkenden Verlängerung der Optionszeit bis zum 31. Dezember 2002 wird mehrheitlich verabschiedet – ein eindeutiges Signal für die Verhandlungen zur 12. SGB V-Novelle.
27. März 2003	Zweiter Arbeitszeitgipfel von BMGS und betroffenen Verbänden	Arbeitszeit	Auf Einladung von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt findet in Berlin der zweite Arbeitszeitgipfel zum Krankenhausbereich statt. Die Beteiligten sind sich darin einig, das laufende Verfahren vor dem Europäischen Gerichtshof abzuwarten. Kurzfristig sollen Arbeitszeiten und Arbeitsorganisation insbesondere durch Verbesserungen im Bereich der Datenverarbeitung und Kommunikation sowie durch Umsetzen vorhandener Arbeitszeitmodelle verbessert werden, heißt es in der gemeinsamen Erklärung zum Gipfel.
März/ April 2003	GMG: Erste Gesetzentwürfe	Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG):	Mit dem „3. Rohentwurf“ für ein „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG)“ beginnen die eigentlichen Auseinandersetzungen um die konkrete Ausgestaltung der neuerlichen großen Gesundheitsreform. Weitere, zumeist von der politischen Leitung des BMGS unautorisierte Gesetzentwürfe folgen in kurzen Abständen.
		Öffnung der Krankenhäuser / Gesundheitszentren	Der Krankenhausbereich ist von vielen Regelungen massiv betroffen, besondere Brisanz erhält die vorgesehene Öffnung der Krankenhäuser für Teilbereiche der ambulanten Versorgung: Krankenhäuser sollen für spezialisierte fachärztliche Leistungen und im Rahmen von Disease-Management-Programmen geöffnet werden, außerdem in unterversorgten Regionen auch für die normale ambulante Behandlung. Parallel zu den bisherigen Strukturen der ambulanten Versorgung sollen Gesundheitszentren zugelassen und in das neue System der Einzelverträge einbezogen werden.
		Integrierte Versorgung	Die integrierte Versorgung soll forciert, bürokratische Hemmnisse abgebaut und der Abschluss entsprechender Verträge auch durch Anpassung von Vorschriften in anderen Rechtsgebieten erleichtert werden.
		Gleichberechtigung der Facharztschienen?	Insgesamt zielen die ersten Fassungen des GMG darauf, die niedergelassene Facharztschiene zu schwächen und die stationäre zu stärken. Dazu gehört insbesondere der Vorschlag, neu zugelassene Fachärzte nicht mehr in das kollektivvertraglich abgesicherte System zu integrieren (nur noch Einzelverträge). Die niedergelassene ambulante Versorgung soll vor allem vom Hausarztprinzip dominiert werden. Diese Intentionen führen zu massiven Protesten der niedergelassenen Vertragsärzte wie auch der Bundesärztekammer.



Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
		Qualitätssicherung, „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“	Wie schon bei der „2000er Reform“ zählt der Themenkomplex Qualität zu den wesentlichen Reformelementen. Es wird ein grundsätzlich neuer Ansatz verfolgt, indem die entsprechenden Normen von einem staatsnah konzipierten „Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin“ ausgehen sollen. Dieser Ansatz wird von den bisher zuständigen Akteuren der Selbstverwaltung heftig bekämpft. Dies führt dazu, dass die ursprünglich als „Anstalt öffentlichen Rechts“ gefasste Institution in eine von vielen Organisationen getragene Einrichtung mutieren soll, mit unklarem Rechtscharakter. Auch an dieser Konstruktion entzündet sich heftige Kritik.
		Krankenhausplanung/Versorgungsverträge	Ab 2007 soll der Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit den in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern entfallen. Die Zulassung der Krankenhäuser zur Krankenhausbehandlung soll vorrangig durch Versorgungsverträge erfolgen und die Kompetenzen der Länder auf Rahmenvorgaben für diese Versorgungsverträge beschränkt werden. Es versteht sich von selbst, dass die Bundesländer diese Neuordnung der Krankenhausplanung geschlossen ablehnen.
8./9. April 2003	12. SGB V-Novelle: Einigung im Vermittlungsausschuss	DRGs: Optionsmodell	Nach zähen Verhandlungen wird in der Arbeitsgruppe des Vermittlungsausschusses ein Kompromiss gefunden, der anschließend von Bundesrat und Bundestag gebilligt wird: Auch die Krankenhäuser, die sich erst im November und Dezember 2002 für die DRG-Einführung im Jahr 2003 entschieden haben, kommen in den Genuss der Ausnahmeregelung (keine „Nullrunde“ bei den Budgetverhandlungen). Die Union setzt darüber hinaus weitere Ausnahmen von der Nullrunde durch, z. B. für bestimmte Spezialkliniken.
		Signal für den großen Gesundheitskonsens	Insgesamt wird der konstruktive Abschluss dieser Gesetzgebung als Indiz für einen sich anbahnenden großen Konsens bei der Gesundheitsreform gewertet. Dafür stehen bei den Beratungen zur 12. SGB V-Novelle insbesondere die Verhandlungsführer der Union, Horst Seehofer, und der SPD, Gudrun Schaich-Walch.
19./22. Mai 2003	Sondersitzung des Bundestagsausschusses Gesundheit und Soziale Sicherung zum FPÄndG, Verabschiedung im Bundestag	DRGs	BMGS und Regierungsfractionen kommen mir ihren Änderungsanträgen den Wünschen der Länder voll entgegen. Sie versuchen, einen Ausgleich zwischen den Interessen der Krankenhäuser (eine weitere Öffnung des DRG-Systems für geriatrische Zentren, Finanzmittel zur Arbeitszeitverbesserung auch 2004, etc.) und denen der Krankenkassen (Abrechnung der krankenhausesindividuellen Entgelte weiterhin nach den Regeln der Bundespflegegesetzverordnung) zu erzielen. Es gibt zwar keine Mehrheit für die Anträge der Unionsfraktion, aber auch keinen Widerstand der Union, sondern einen einstimmigen Beschluss mit den Änderungen der Koalitionsfraktionen.
18. Juni 2003	1. Lesung des GMG im Bundestag, Entschließungsantrag der Union	Auf dem Weg zu „Lahnstein II“	Franz Müntefering bietet der Opposition gemeinsame Gespräche über eine Gesundheitsreform an. Noch ist offen, ob und wann es zu einem „Lahnstein II“ kommt. Offen ist auch noch, wer auf Seiten der Union der Verhandlungsführer sein wird; Horst Seehofer ist bei der CDU und auch in Teilen der CSU umstritten.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
		Position der Union zur Gesundheitsreform	Gerade noch rechtzeitig zur 1. Lesung positioniert sich die Unionsfraktion mit einem Entschließungsantrag. Sie lehnt die wesentlichen den Krankenhausbereich betreffenden Regelungen des GMG ab: <ul style="list-style-type: none"> <li>– die Einkaufsmodelle,</li> <li>– die Neuregelung von fachärztlicher Zulassung in Verbindung mit der Öffnung von Krankenhäusern für die fachärztliche Versorgung und der Zulassung von Gesundheitszentren mit angestellten Ärzten,</li> <li>– das „Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin“.</li> </ul>
20. Juni 2003	Bundesrat – Beschluss FPÄndG	DRGs	Auch der Bundesrat stimmt dem FPÄndG zu, eine regierungskritische Entschließung von Baden-Württemberg, Hessen, Saarland und Sachsen findet keine Mehrheit.
24. Juni 2003	Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltung	DRGs Rechtsverordnung als Regelvollzug	Die DKG erklärt die Verhandlungen mit der GKV und der PKV über den DRG-Katalog 2004 für gescheitert. Die Partner einigen sich auf 98% aller Abrechnungsbestimmungen, 2% sind offen geblieben. Das führt zwangsläufig zu einer Ersatzvornahme des BMGS – wie schon im Jahr 2002. Die Ersatzvornahme über Rechtsverordnungen wird allmählich zum Regelvollzug bei der DRG-Einführung.
	GMG: „Lohnsteinprozess“ vereinbart	Konsens bei Krankenhausthemen absehbar	Koalition und Opposition verständigen sich auf Konsensgespräche, Verhandlungsführer der Union wird Horst Seehofer. Die Ende Juni/Anfang Juli noch stattfindenden Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Bundestages werden zu Makulatur. Es zeichnet sich früh ab, dass man bei den krankenhaushausrelevanten Aspekten (s. o.) vergleichsweise einfach Konsens finden können – im Unterschied zu den finanzrelevanten Reformteilen (einschließlich Zahnersatz).
22. Juli 2003	GMG: Konsensrunde einigt sich auf Eckpunkte	Weichenstellungen der Reform Qualität	Der Konsens enthält folgende Weichenstellungen (Eckpunktepapier): <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aus dem „Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin“ wird eine von der Selbstverwaltung getragene Stiftung, die ein „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ gründet.</li> </ul>
		Medizinische Versorgungszentren	– Aus den „Gesundheitszentren“ werden „Medizinische Versorgungszentren (MVZ)“, die von zugelassenen Leistungserbringern geführt werden müssen. In ihnen können Freiberufler und unselbständig beschäftigte Leistungserbringer zusammenarbeiten.
		Integrierte Versorgung	– Über die Förderung der Integrierten Versorgung besteht ohnehin Konsens. Wichtig wird dabei vor allem die „Anschubfinanzierung“ (1 Prozent der Krankenhausbudgets und der ärztlichen Vergütung).
		Öffnung	– Die Krankenhäuser werden nur für hochspezialisierte Leistungen und bei Unterversorgung in bestimmten Fachgebieten geöffnet; die niedergelassene Facharztschiene bleibt weitgehend unangetastet.
		Gemeinsamer Bundesausschuss	– Die Arbeit in der gemeinsamen Selbstverwaltung wird neu strukturiert. Die unterschiedlich agierenden Ausschüsse (Krankenhausausschuss, Koordinierungsausschuss etc.) werden in einem „Gemeinsamen Bundesausschuss“ zusammengeführt. Es bleibt offen, ob damit das Problem der allzu sehr sektoriert arbeitenden Selbstverwaltung tatsächlich gelöst wird.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
		Krankenhausbereich als Verlierer?	Der Konsens ist für die Krankenhäuser unter dem Aspekt der Öffnung enttäuschend, auf der anderen Seite werden einige ungeliebte Elemente (z. B. bei der Krankenhausplanung) beseitigt.
11./18. Aug. 9. Sept. 2003	<b>GMG: erster Gesetzentwurf – die FDP steigt aus</b> Aus dem „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz“ wird das „GKV-Modernisierungsgesetz“		Nach Vorlage des ersten Gesetzentwurfs auf der Basis der Eckpunkte steigt die FDP aus dem Konsens aus – für viele nicht überraschend. Weitere Arbeitsentwürfe kursieren, bis am 9. September die 1. Lesung im Bundestag stattfindet.
9. Sept. 2003	<b>Urteil des EuGH</b>	Arbeitszeitgesetz	Der EuGH folgt der Rechtsauffassung der Kommission: Das deutsche Arbeitszeitgesetz ist EU-rechtswidrig. Der zuständige Bundeswirtschafts- und Arbeitsminister Wolfgang Clement erklärt unmittelbar nach dem Urteil in einer Pressemitteilung, die Regierungskoalition werde eine Änderung des Arbeitszeitgesetzes als Artikel an die laufenden Reformen zum Arbeitsmarkt anhängen.
19. Sept. 2003	<b>Änderungsantrag der Regierungsfractionen zum Arbeitszeitgesetz</b>	Arbeitszeitgesetz	Ganz offensichtlich hat man im BMWA mit dem Luxemburger Urteil gerechnet und zieht einen „fertigen“ Änderungsantrag in der Schublade. Arbeitnehmern soll demnach je 24 Stunden eine 11 Stunden zusammenhängende Ruhezeit gewährt werden, die durchschnittliche Arbeitszeit darf pro Sieben-Tage-Zeitraum 48 Stunden nicht überschreiten. Davon kann in Ausnahmefällen im Wege von Rechts- und Verwaltungsvorschriften oder durch Tarifverträge abgewichen werden: bei bestimmten Rahmenbedingungen, die die Krankenhäuser erfüllen müssen und im Rahmen des Opting-Outs. Die DKG weist erneut auf die finanziellen Auswirkungen hin. Der Marburger Bund fordert Änderungen, insbesondere warnt er vor dem Opt-Out-Modell, mit dem Mitarbeiter bei der Einstellung „erpresst“ werden könnten.
22. Sept. 2003	<b>Anhörung des Ausschusses für Wirtschaft und Arbeit zum Änderungsantrag der Regierungsfractionen</b>	Arbeitszeitgesetz	Frank Ulrich Montgomery erklärt, diese Umsetzung des EuGH Urteils lehne der Marburger Bund ab, sie lasse eine tägliche Arbeitszeit weit über 13 Stunden zu, „merkwürdige“ Wahlrechte lehnt er ab. Die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände fordert eine Übergangsregelung bis zum Jahr 2009. Die Unionsfraktion hat eigene Anträge vorgelegt, in denen eine wöchentliche Arbeitszeit von 48 Stunden mit Mindestruhezeit von 11 Stunden in 24 Stunden und ein Ausgleich innerhalb von 4 Monaten festgeschrieben werden soll. Auch Marburger Bund und DKG haben eigene Modelle vorgelegt. Die DKG verweist darauf, dass einem Mehrbedarf von 15.000 Ärzten nur 1.700 arbeitslos gemeldete Mediziner gegenüber stehen.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
22./24./ 26. Sept. /17. Okt. 2003	<b>GMG: Abschluss in Bundestag und Bundesrat</b>	Integrierte Versorgung	Nach einer kurzfristig anberaumten Anhörung werden noch eine Fülle von Änderungsanträge beschlossen. Dabei wird u. a. die Anschubfinanzierung bei der integrierten Versorgung dahingehend modifiziert, dass diese Mittel nicht von den Krankenkassen als zusätzliche Finanzreserve einbehalten werden können – diese Korrektur hatten Krankenhäuser und Vertragsärzte nachdrücklich gefordert. Nach der 2. und 3. Lesung im Bundestag am 26. September stimmt auch der Bundesrat am 17. Oktober dem GMG zu.
26. Sept./ 22. Okt. 2003	<b>2. und 3. Lesung des Änderungsantrages der Regierungsfractionen Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat</b>	Arbeitszeitgesetz	Der Bundestag verabschiedet das Gesetz mit der Mehrheit der Regierungskoalition. Der Bundesrat ruft mit Unionsmehrheit den Vermittlungsausschuss mit dem Ziel der Aufhebung des Gesetzesbeschlusses im Gesamtpaket mit den Reformen zum Arbeitsmarkt an.
13. Okt. 2003	<b>BMGS unterzeichnet Krankenhausfallpauschalenverordnung für 2004 (KFPV 2004)</b>	DRGs	Die Verordnung wird notwendig, weil die Selbstverwaltung zur Fortentwicklung des DRG-System für das nächste Jahr keine Einigung erzielt (s. o.). Der neue DRG-Katalog umfasst insgesamt 824 Fallgruppen. Gegenüber der Version 2003 werden über 400 Gruppen neu definiert und netto ca. 160 zusätzliche Gruppen eingeführt. Die Relativgewichte, entscheidend für den Zahlbetrag, sind deutlich gespreizter. Anlage 3 enthält einen abschließenden Katalog von 18 Fallgruppen, die gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHG nicht mit dem Fallpauschalenkatalog zu vergüten sind. Außerhalb des DRG- Systems bleiben weiterhin die teilstationären Leistungen. Anlage 4 definiert 24 Zusatzentgelte. Insgesamt werden mit der KFPV 2004 erstmals deutsche Versorgungsstrukturen im Krankenhausbereich abgebildet. Zwei Monate nach der KFPV 2004 wird auch eine Verordnung für Besondere Einrichtungen unterschrieben. Die „Fallpauschalenverordnung Besondere Einrichtungen (FPVBE 2004)“ wird am 19. Dezember 2003 vom BMGS unterzeichnet. Auch hierzu konnte die Selbstverwaltung keine Einigung erzielen.
Nov. 2003	<b>Erste Hinweise auf Kurskorrekturen in Brüssel</b>	Arbeitszeit	Die Kommission will überprüfen, ob die Richtlinie 93/104 noch praktikabel ist. Das Opt-Out ist in Großbritannien zum Regelfall geworden, sie steht deshalb im Zentrum der Überprüfung, weiterhin die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und die der Bereitschaftsdienste. Es soll ein Meinungsbild im Parlament und in den Mitgliedsstaaten erstellt werden. Steht eine Rückverlagerung der Definitionskompetenz an? Für eine Überarbeitung der Richtlinie wird mit ein bis zwei Jahren gerechnet. Sollte Bereitschaftsdienst als Ruhezeit gewertet, aber Regelungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie eingebaut werden, wäre das Problem für die Krankenhäuser nur verschoben.
16. Dez. 2003	<b>Einigung im Vermittlungsausschuss</b>	Arbeitszeitgesetz	Länder und Bund einigen sich mit einer Übergangsfrist auf die Änderung des Arbeitszeitgesetzes.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
1. Jan. 2004	Neues Arbeitszeitrecht tritt in Kraft	Arbeitszeitgesetz	Es beginnen heftige Auseinandersetzungen, für wen die Übergangsfrist gelten soll: für alle Häuser (DKG) oder nur für die, die schon nach den Vorgaben der Arbeitszeitrichtlinie beschäftigt haben (Marburger Bund).
4. Feb. 2004	Vertrag der Selbstverwaltung	Mindestmengen	Die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat einigen sich auf eine Mindestmengenvereinbarung. Die Vertragspartner versuchen dem Grundsatz, dass die Menge der erbrachten Leistung deren Qualität beeinflussen kann, Rechnung zu tragen. In einem Katalog haben sie sich auf fünf Leistungsbereiche, bei denen dieser Zusammenhang hergestellt werden kann, verständigt. Dieser umfasst Lebertransplantationen, Nierentransplantationen, komplexe Eingriffe an der Speiseröhre und der Bauchspeicheldrüse sowie die Stammzelltransplantationen. Werden die festgelegten Mindestmengen von einem Krankenhaus voraussichtlich nicht erreicht, darf dieses die entsprechende Leistung vom 1. Januar 2004 an nicht mehr anbieten. Die Auswahl der Leistungskomplexe erfolgt unter Berücksichtigung evidenzbasierter Untersuchungen sowie durch Vorschläge von Experten. Sachlich begründete Ausnahmen, z. B. beim Aufbau einer neuen Krankenhausabteilung, sind ebenfalls vertraglich geregelt. Um eine Unterversorgung der Patienten zu vermeiden, sind Ausnahmen von der Vereinbarung durch die Krankenhausplanungsbehörden der Länder möglich.
2. März 2004	Veröffentlichung des BMGS (KV 45 für das Jahr 2003)	GKV-Finanzergebnis	Im Krankenhausbereich verlief die Ausgabenentwicklung im Jahr 2003 mit plus 1,8% nach Angaben des BMGS „sehr moderat“. Die Probleme liegen vor allem auf der Einnahmenseite (minus 0,26 % im Vergleich zum Vorjahr).
31. März 2004	Frühlingsfest der DKG	DRGs	Der Präsident der DKG, Wolfgang Pföhler, fordert eine Novelle des Fallpauschalengesetzes. Ulla Schmidt sagt zu, dass man dies ernsthaft prüfen will, und zeigt sich offen für Nachjustierungen.
11. Mai 2004	Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Besetzung Krankenhaus	Qualitätssicherung / Wirtschaftlichkeit	Der in den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) integrierte Krankenhausausschuss bleibt im Schatten des GBA in seiner für die vertragsärztliche Versorgung zuständigen Besetzung. Auch die Veröffentlichung von ersten Beschlüssen zur Bewertung einiger stationär angewandter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird kaum wahrgenommen: Die Protonentherapie bleibt bei bestimmten Indikationen Leistung der GKV, die Hyperbare Sauerstofftherapie grundsätzlich nicht. Der GBA-Krankenhausausschuss orientiert sich stark an den Arbeiten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS).

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
21. Mai 2004	Neuer EBM verabschiedet	Ambulantes Operieren	Ab 1. Januar 2005 werden ärztliche Leistungen mit einem neuen „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ vergütet. Mit dem EBM 2000plus erhalten Ärzte und Kassen ein transparentes Bewertungssystem, das einzelne Leistungen zu Komplexen zusammenfasst. Auch verschiedene Krankenhausleistungen, wie beispielsweise das ambulante Operieren, werden künftig nach dem neuen EBM abgerechnet.
Bis Juni 2004		Arbeitszeit	Faktisch herrscht bis auf einige kleine Evaluationen und Expertenrunden Stillstand, man wartet die Brüsseler Entscheidungen ab. Inzwischen haben auch dort einige Expertenrunden stattgefunden, die einzelnen Länder haben ihre Stellungnahmen abgegeben. Noch sind nicht alle Meinungsbilder erstellt, sodass eine Prognose nicht möglich ist. Auch bei den Tarifverhandlungen bewegt sich zum Ärger des Marburger Bundes fast nichts.
28. Mai 2004	Referentenentwurf für ein 2. Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG)	DRGs	Wesentliche Inhalte: Verlängerung der Konvergenzphase um ein Jahr, Abflachung des Einstiegswinkels auf 15 %, 25 %, 30 %, zusätzliche Berücksichtigung prospektiv vereinbarter Leistungen ab 2005, Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte Tumor und Geriatrie, Korrekturmöglichkeit für Landesbasisfallwerte, keine Genehmigungspflicht durch die Länder, pauschalierte Aufwandsentschädigung bei repräsentativer Krankenhausstichprobe, Legaldefinition für teilstationäre Leistungen.
11. Juni 2004	Bundesrat stimmt Gesetz zur Änderung der Bundesärztleistungsordnung zu	Arzt im Praktikum	Die dem Medizinstudium nachgelagerte Phase „Arzt im Praktikum“ (AiP) wird zum 1. Oktober 2004 abgeschafft. Eingeleitet wurde diese Abschaffung bereits mit dem GMG. Dort wurden die Bundespflegegesetzverordnung und das Krankenhausentgeltgesetz geändert, um die Mehrkosten der AiP-Abschaffung aufzufangen.
29. Juni 2004	Unionsantrag zur „Versorgungssicherheit für Patientinnen und Patienten durch sachgerechte Fallpauschalen“ – Positionierung zum 2. FPÄndG	DRGs	Die Union wendet sich gegen einen 100%-DRG-Ansatz, 20–30% der Leistungen könnten nicht sachgerecht durch DRGs abgebildet werden, insbesondere in Uniklinika und Häusern der Maximalversorgung. Sie will keine Verlängerung der Konvergenzphase und keine Abflachung des Einstiegswinkels – dahinter steht die Befürchtung, dass dann auch im ambulanten Bereich die Budgetierungsphase verlängert werden müsste.
29. Juni 2004	Verbändeanhörung zum 2. FPÄndG	DRGs	Alle Verbände lehnen es ab, en passant den Bereich „teilstationär“ budgetierungsfähig zu machen – man will die Schnittstellen gesondert definieren. Die Kassen wollen keine Verlängerung der Konvergenzphase und keine Abflachung des Einstiegswinkels, die DKG will dagegen beides. Umstritten ist auch der Landesbasisfallwert (LBW), die Uniklinika wollen differenzierte LBW, Bayern und Rheinland-Pfalz haben sich schon dafür ausgesprochen. Die Kassen wollen einen technischen Landesbasisfallwert, der auch die unwilligen Häuser ins neue System „transferiert“.



Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
12. Juli 2004	Spitzenverbände der Krankenkassen kündigen Verträge	Ambulantes Operieren	Die Spitzenverbände der Krankenkassen kündigen den Vertrag zum ambulanten Operieren zum 31. Dezember 2004. Mit der Einführung des EBM 2000plus zum nächsten Jahr ist eine Überleitung der 115b-Vereinbarungen nach den Vorgaben des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabs notwendig geworden. Einer Vertragsergänzung mit dem Ziel, bis zum 1. Januar 2005 einen neuen Katalog erarbeitet zu haben, will die DKG nicht zustimmen. Gekündigt werden zwecks Aktualisierung auch die Vereinbarungen zur Qualitätssicherung und der Vertrag zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen.
19. Juli 2004	Gemeinsame Erklärung von Krankenkassen, Marburger Bund und DKG	Arzt im Praktikum	Marburger Bund, Spitzenverbände der Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft einigen sich im BMGS auf eine gemeinsame Erklärung „Für eine konfliktfreie Umwandlung von Arzt-im-Praktikum-Stellen in Assistenzarztstellen“ zum 1. Oktober 2004. Die Finanzierung wurde bereits im GMG geregelt, die Mehrkosten 2004, jährlich 29.000 pro Stelle und Jahr, können als Zuschläge außerhalb des Budgets noch 2005 geltend gemacht werden. Ab 2007 werden sie in den Basisfallwert eingerechnet. Die Krankenkassen sollen für die Refinanzierung der Kosten „Sorge tragen“.
28. Juli 2004	Bundeskabinett beschließt Regierungsentwurf des 2. FPÄndG	DRGs	Die Bundesregierung leitet formell die parlamentarischen Beratungen zum 2. FPÄndG ein. Sie sollen am 26. November 2004 ohne Vermittlungsverfahren im Bundesrat abgeschlossen sein. Der Referentenentwurf wird mit Ausnahme der Streichung der Legaldefinition für teilstationäre Leistungen nur marginal verändert. Änderungen an der Konvergenzphase selbst werden in Aussicht gestellt, wenn der DRG-Katalog für das Jahr 2005 vorliegt. Damit wird dieser Auftrag der Selbstverwaltung mit dem 2. FPÄndG verknüpft. Im Begleitschreiben des BMGS zur Kabinettsbefassung heißt es dazu: „Die Ausgestaltung von Einzelheiten der Konvergenzphase wird im weiteren parlamentarischen Verfahren vor dem Hintergrund des voraussichtlich Ende August vorliegenden neuen Fallpauschalen-Katalogs für das Jahr 2005 und der dann vorliegenden neuen Erkenntnisse hinsichtlich der erreichten Verbesserungen bei einer leistungsgerechten Abbildung von Krankenhausleistungen zu überprüfen sein.“
		Katalog für 2005: Scheitert die Selbstverwaltung erneut?	Damit konzentriert sich die Aufmerksamkeit auf die Vorlage des DRG-Katalogs durch das InEK (geplant zum 25.8.) und die Positionierung der Selbstverwaltung zu diesem Katalog (bis zum 16.9.).

Krankenhaus-Report 2005 - Kapitel 13

# **Krankenhauspolitische Chronik**

von August 2004 bis Juli 2005

Termin	Vorgang	Leitbegriff	
August 2004	Berichte, es werde in Brüssel über eine Änderung der Arbeitszeitrichtlinie nachgedacht	Arbeitszeit – EU-Richtlinie	Es heißt, man werde Sonderregelungen für das Gesundheitswesen erlassen, welche die EuGH-Entscheidung aushebeln. Die Tarifverhandlungen in Deutschland hängen fest.
Ab Aug. 2004	Heftige Reaktionen auf ein Urteil des Bundessozialgerichts	Finanzierung von klinischen Prüfungen/ Innovationen	<p>Das Bundessozialgericht hat in einem Urteil vom 22. Juli 2004 grundsätzliche Feststellungen zu klinischen Prüfungen mit nicht zugelassenen Arzneimitteln im Rahmen stationärer Krankenhausbehandlungen im Hinblick auf die Erstattungsfähigkeit in der GKV getroffen. Danach ist die stationäre Krankenhausbehandlung eines Versicherten nicht von der GKV zu vergüten, solange sie der klinischen Prüfung eines nicht zugelassenen Arzneimittels dient, ohne dass es darauf ankommt, ob die Arzneimittelstudie dabei im Vordergrund der Behandlung steht oder nicht.</p> <p>Krankenhäuser, Ärzte und Pharmaindustrie warnen vor den erheblichen negativen Auswirkungen für die Gesundheitsforschung in Deutschland. Sie weisen darauf hin, dass das Urteil im Widerspruch zu § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes stehe.</p>
17. Aug. 2004	G-BA: Veröffentlichung der Bundesauswertung 2003 zur externen stationären Qualitätssicherung und Beschluss zur Annahme weiterer Anträge zu Mindestmengen	Qualitätssicherung/ Mindestmengen	<p>Der G-BA beschließt, die Vereinbarung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in zugelassenen Krankenhäusern und den Vertrag über die Beauftragung der BQS zur Entwicklung und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in Krankenhäusern zu übernehmen.</p> <p>Weiterhin Beschluss zur Beratung von Mindestmengen nach § 137c SGB V für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Koronarchirurgische Eingriffe</li> <li>– Knie-TEP Behandlung von VLBW-Neugeborenen in neonatalen Intensivseinheiten</li> <li>– PTCA</li> <li>– Elektive OPs bei Bauchaortenaneurysma.</li> </ul> <p>Das Mindestmengenthema bleibt strittig. In der Folge wird z. B. bei Knie-TEP nur ein Zusammenhang von Qualität und Menge festgestellt, ohne eine Annäherung bei den konkreten Zahlen zu erzielen.</p>
3. Sept. 2004	Verhandlung BMGS – Selbstverwaltung	e-card/ Telematik	Die Selbstverwaltung soll bis zum 1.10. die Solution Outline vorlegen. Sie erklärt, dass sie den Termin nicht einhalten wird – das BMGS droht mit Ersatzvornahme.
9. Sept. 2004	Krisengipfel im BMGS	e-card/ Telematik	Die Leistungserbringer sind sich uneins: ABDA und KZBV wollen eine Kartenlösung, DKG, KBV und Kassen eine Serverlösung, die DKG beharrt auf einer gesetzlich verankerten Refinanzierung.
16. Sept. 2004	Einigung der Selbstverwaltung auf Fallpauschalenkatalog	DRGs	Erstmals einigen sich Krankenkassen und Krankenhäuser auf den jährlich anzupassenden Fallpauschalenkatalog. Das BMGS lobt die Selbstverwaltung und diese die guten Vorarbeiten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Dadurch liege eine leistungsgerechtere Abbildung von Krankenhausleistungen vor, was die deutschen Kostenverhältnisse insgesamt besser widerspiegele.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	
16. Sept. 2004	Einigung der Selbstverwaltung auf Fallpauschalenkatalog	DRGs	Keine Einigung wird allerdings erzielt über: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Definition besonderer Einrichtungen</li> <li>– Finanzierung von Ausbildungsstätten</li> <li>– Ausbildungsvergütungen.</li> </ul> <p>Hier ist das Ministerium gefordert.</p>
21. Sept. 2004	G-BA: Empfehlungen zu DMP Asthma und COPD	Disease-Management-Programme	Dies ist der 5. Beschluss zu DMP als Grundlage für eine Rechtsverordnung des BMGS, die Voraussetzung für eine Zulassung zur Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich ist.
22. Sept. 2004	BMGS einigt sich mit der Selbstverwaltung	e-card/Telematik	Tests sollen mit Karte und Server gefahren werden, die DKG erhält eine gesetzliche Refinanzierungsregelung.
23. Sept. 2004	Pressekonferenz Ulla Schmidt und Horst Seehofer	e-card/Telematik	Die GMG-Konsenspartner geben eine neue Konsenslinie für die Zeitschiene bekannt: Die e-card soll ab dem 01.01.2006 sukzessiv eingeführt werden.
24. Sept. 2004	Stellungnahme des Bundesrates zum 2. FPÄndG	DRGs	Im Vorfeld der Plenarsitzung hatten intensive Beratungen von A- und B-Ländern stattgefunden, und man hatte sich weitgehend auf eine gemeinsame Linie geeinigt. Der Bundesrat fordert in seiner Stellungnahme: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Streckung der Konvergenzphase um zwei Jahre</li> <li>– Einstiegswinkel 10%/20%/20%/25%/25%</li> <li>– Kappungsgrenze 1%.</li> </ul>
Oktober 2004	Die Kommission leitet dem EU-Parlament und dem Ministerrat einen Richtlinienentwurf zu	Arbeitszeit – EU-Richtlinie	Der Entwurf beinhaltet, dass Bereitschaftsdienste nicht mehr automatisch als Arbeitszeit gewertet werden. Es wird eine dritte Kategorie eingeführt. Die DKG begrüßt den Entwurf, der Marburger Bund lehnt ihn vehement ab.
1. Okt. 2004	Bericht der „high level group“ für die Sozialpolitik	Europäische Sozialpolitik	Gesundheitspolitischer Inhalt: Sozialpolitik soll im Gleichklang mit Wirtschaftspolitik entwickelt werden, Reform der sozialen Sicherungssysteme und die Entwicklung eines europäischen Sozialmodells.
	G-BA erhebt Klage gegen die Bundesrepublik Deutschland	Erstattung/Finanzierung von Innovationen, Nutzenbewertung	Am 11. Mai 2004 hatte der G-BA die Protonentherapie nach § 137c SGB V von der Erstattungsfähigkeit ausgeschlossen, weil zwei Studien an zehn Patienten keine verbesserte Wirksamkeit der Protonenbehandlung nachgewiesen hatten. Die DKG hatte sich bei dem Beschluss enthalten, weil nach ihrer Auffassung ein Ausschluss nicht möglich sei, wenn Wirksamkeit und Nutzen mangels Studien nicht belegt seien. <p>Das BMGS hatte den Beschluss mit Schreiben vom 22. Juli 2004 beanstandet. Erst bei Nachweis, „dass eine Methode nicht für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung allgemein anerkannter Standards erforderlich ist“, dürfe der Ausschluss erfolgen. „Das Fehlen des Erlaubnisvorbehalts – im Gegensatz zur vertragsärztlichen Versorgung – kennzeichne die vom Gesetzgeber so gewollte innovationsfreundliche Regelung für den akutstationären Bereich“ (Zitat Beanstandungsbegründung).</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	
1. Okt. 2004	G-BA erhebt Klage gegen die Bundesrepublik Deutschland	Erstattung/Finanzierung von Innovationen, Nutzenbewertung	<p>Gegen diese Beanstandung klagt der G-BA. In seiner Klagebegründung schreibt er: „Der Kläger wehrt sich gegen die Beanstandung eines Richtlinienbeschlusses (Ausschluss der Protonentherapie für die Indikation Ästhesioneuroblastom nach § 137c SGB V) durch das BMGS als Aufsichtsbehörde. Im Rechtsstreit wird die Frage zu entscheiden sein, ob Methoden vom Kläger nach § 137c SGB V ausgeschlossen werden können, wenn keine hinreichenden Belege für deren Wirksamkeit bestehen. Er ist damit von grundlegender Bedeutung für den Kläger und seine Trägerverbände.“</p> <p>Die unterschiedlichen Positionen sind klar: Der G-BA will auch eine negative Evidenzbasierung rechtlich absichern lassen, das BMGS und die DKG bestreiten dies und wollen innovationsfreundliche Regelungen für den stationären Sektor.</p> <p>Dies ist Teil der Auseinandersetzung um den Modus der Evidenzbasierung und die unterschiedliche Behandlung von Innovationen im stationären und ambulanten Sektor (Verbotsvorbehalt versus Erlaubnisvorbehalt) – ein Dauerbrenner für Selbstverwaltung und Politik.</p>
12. Okt. 2004		Disease-Management-Programme	<p>Im August 2004 hatte sich der einmillionste Patient in ein DMP eingeschrieben. Einsparerfolge und eine verbesserte Versorgung seien nachgewiesen. Ulla Schmidt fordert einen Morbi-RSA. Die DMP werden als großer Erfolg gefeiert.</p>
20. Okt. 2004	Fachveranstaltung „AOK im Dialog“	Integrierte Versorgung	<p>Die AOK habe, so Hans Jürgen Ahrens, schon 50 IV-Verträge abgeschlossen. Über 200 000 Patienten kämen in den Genuss optimierter Versorgungsmodelle.</p>
22. Okt. 2004	Gespräch BMGS – Selbstverwaltung	e-card/ Telematik	<p>Überraschend lehnt das BMGS den zuvor mühsam von der Selbstverwaltung gefundenen Konsens ab. Man benötige eine funktionsfähige Arbeitsplattform mit BMGS, Wissenschaft und Industrie. Fristsetzung und Androhung einer Ersatzvornahme.</p>
	2. FPÄndG: Verabschiedung im Bundestag	DRGs	<p>Bei der Verabschiedung im Bundestag mit den Stimmen der Koalition sendet Staatssekretärin Marion Caspers-Merk deutliche Signale an die B-Länder, schnell Gespräche aufzunehmen. Änderungen bezogen auf die Kapazitätsgrenze und den Kinderkrankenhausbereich werden ausdrücklich in Aussicht gestellt. Mögliche Einigungslinien habe man mit den SPD-geführten Ländern vorbesprochen. „Wir wissen, dass eine Einigung mit den Ländern relativ nahe ist.“</p> <p>Keine Signale kommen während der Debatte hingegen von der Unionsfraktion, die das Gesetz weitgehend ablehnt. Die FDP wiederum signalisiert trotz Ablehnung Gesprächsbereitschaft.</p> <p>Am Gesetzentwurf selbst werden im Bundestag keine Änderungen vorgenommen. Das Verfahren konzentriert sich nun ganz auf die Arbeitsgruppe des Vermittlungsausschusses.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	
28. Okt. 2004	Pressekonferenz der DKG	Verzögerte Zahlungen der Krankenkassen/ Liquiditätsprobleme der Krankenhäuser	Deutsche Krankenhäuser haben im Durchschnitt 1,3 Mio. € Außenstände, diese seien seit 2002 um 75% gestiegen, 95% der Krankenhäuser klagen über verzögerte Zahlungen, sie erhielten die Zahlungen oft erst nach Jahren und seien dadurch auch existenziell gefährdet. Besonders auffällig seien die BKKs, die Knappschaft, die IKKs und kleinere Ersatzkassen. Die Kassen wollten ihre Liquiditätsprobleme auf die Krankenhäuser abwälzen. Man benötige vielleicht sogar eine gesetzliche Regelung.
	Überraschende Einigung des BMGS mit der Selbstverwaltung	e-card/ Telematik	Inhalte der Einigung: Ein gemeinsames F&E-Vorhaben, die Selbstverwaltung legt ein Papier für eine Betriebsorganisation mit einem qualifizierten Mehrheitsprinzip vor, sie soll Anfang Dezember gegründet werden. Es wird ein Gesetzgebungsverfahren zur Verankerung der Gesellschaft und der Refinanzierungsregelung eingeleitet.
2. Nov. 2004	G-BA: Ergebniskonferenz zu Qualitätsdaten der Krankenhausbehandlung	Qualitätssicherung	Die BQS legt dem G-BA die Daten der externen Qualitätssicherung vor. Der G-BA kommentiert, man sei auf einem guten Weg zur Qualitätsverbesserung.
5. Nov. 2004	2. FPÄndG: Bundesrat ruft Vermittlungsausschuss an	DRGs	Der Bundesrat nimmt im sog. zweiten Durchgang zum 2. FPÄndG Stellung und ruft erwartungsgemäß den Vermittlungsausschuss an – mit dem Ziel der Überarbeitung des Gesetzesbeschlusses des Bundestages. Aus Zeitnot, aber auch, um keinen neuen Konsens zwischen den Ländern herstellen zu müssen, haben die Ausschüsse die Position des ersten Durchgangs beibehalten.
16. Nov. 2004	G-BA: Beschluss zur externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser	Qualitätssicherung	Der G-BA beschließt, auf ein Testat der Wirtschaftsprüfer zur „Sollstatistik“ zu verzichten. Das Testat wird durch eine Konformitätserklärung der Krankenhausleitung in Verbindung mit einem angemessenen Stichprobensystem ersetzt.
24. Nov. 2004	2. FPÄndG Konsens im Vermittlungsausschuss  Beschlussfassung in Bundestag und Bundesrat	DRGs	Der Vermittlungsausschuss billigt das Ergebnis der Arbeitsgruppe: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fünf Jahre Konvergenzphase</li> <li>– Einstiegswinkel: 15%, 20%, 20%, 20%, 25%</li> <li>– Kappung auf fünf Jahre: 1%, 1,5%, 2%, 2,5%, 3%</li> <li>– Grundlohnentwicklung geht vollständig an die Krankenhäuser</li> <li>– Für den Landesbasisfallwert eine Regelung, bei der die Länder beteiligt sind</li> <li>– Innovationskomponente enthalten, aber an Qualitätskriterien gebunden.</li> </ul> <p>In dieser Form stimmen Bundestag und Bundesrat dem Gesetz zu. Es tritt zum 1. Januar 2005 in Kraft.</p> <p>Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt den Ausgang dieser Gesetzgebung. Heftige Kritik gibt es dagegen von den Krankenkassen, die eine weitere Aushöhlung des DRG-Systems beklagen.</p>



Termin	Vorgang	Leitbegriff	
2. Dez. 2004	<b>Änderung des Apothekengesetzes: 1. Lesung im Bundestag</b>	Arzneimittelversorgung in Krankenhäusern	<p>Mit dem zustimmungspflichtigen und von der Bundesregierung als besonders eilbedürftig bezeichneten Gesetz soll den Vorschriften über den freien Warenverkehr (Artikel 28 bis 30 des EG-Vertrages) Rechnung getragen werden: Künftig sollen auch Anbieter aus anderen EU-Mitgliedstaaten in diesem speziellen Marktsegment tätig werden dürfen. Im Interesse des Allgemeinwohls unverzichtbare Anforderungen an die zwischen dem Krankenhaus und der versorgenden Apotheke zu schließenden Verträge werden gesetzlich geregelt. Die Versorgungsverträge bedürfen der Genehmigung durch die Länder.</p> <p>Während BMGS-Staatssekretärin Marion Caspers-Merk die Eilbedürftigkeit der Gesetzesberatungen mit dem Hinweis auf ein drohendes Vertragsverletzungsverfahren der EU gegen die Bundesrepublik begründet, fordert die Union, den Gesetzentwurf zurückzuziehen und auf das EuGH-Urteil zu warten.</p> <p>Die DKG begrüßt den Gesetzentwurf, hält in gleichzeitig jedoch für nicht weitgehend genug. Sie fordert die Erlaubnis für Krankenhausapotheken zur Arzneimittelversorgung ambulanter Patienten sowie von Pflegeeinrichtungen und Heimen.</p> <p>ABDA und Bundesverband Klinik- und Heimversorgender Apotheker lehnen den Gesetzentwurf insgesamt aus grundsätzlichen Erwägungen ab, halten ihn wegen seines fehlerhaften Grundansatzes nicht einmal für nachbesserungsfähig.</p>
21. Dez. 2004	<b>G-BA: Beschluss zum § 116b SGB V</b>	Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung	<p>Gegen die Deutsche Krankenhausgesellschaft beschließt der G-BA eine Richtlinie gemäß § 116b SGB V „Ambulante Behandlung im Krankenhaus“. Die DKG sieht durch diese Richtlinie die rechtlichen Möglichkeiten des § 116b eingeschränkt – über das Instrument der OPS-Verschließung. Das BMGS teilt die Auffassung der DKG und beanstandet die Richtlinie. Eine Lösung des Konflikts soll im Rahmen der Verfahrensordnung gesucht werden.</p>
11. Jan. 2005	<b>Selbstverwaltung gründet die Betriebsgesellschaft gematik</b>	e-card/ Telematik	<p>Im Beisein von Ulla Schmidt wird die Gründung bekannt gegeben: „gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte gGmbH“.</p>
18. Jan. 2005	<b>G-BA: Beschluss zu strukturierten Behandlungsprogrammen</b>	Disease- Management- Programme	<p>Der G-BA legt sein weiteres Vorgehen für neue strukturierte Behandlungsprogramme fest. Die Fachöffentlichkeit soll informiert werden und hat die Möglichkeit, sich mit Stellungnahmen am Beratungsprogrammen zu beteiligen. Die Vorschläge müssen anhand eines differenzierten Fragenkatalogs eingereicht und begründet werden.</p>
24. Jan. 2005	<b>DAK und BfA schließen Rahmenvereinbarung zur Integrierten Versorgung</b>	Integrierte Versorgung	<p>DAK und BfA unterzeichnen eine Rahmenvereinbarung zur vernetzten Versorgung. Die Teilnahme von Versicherten an der Integrierten Versorgung während der Rehabilitation wird damit erheblich erleichtert. Die Versicherten erhalten für die Teilnahme von der DAK einen Bonus.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	
8. Feb. 2005	Vorstellung des 1. Qualitätsberichts DMP der KV Nordrhein	Disease-Management-Programme	Zwei Jahre nach Einführung der ersten DMP zieht die KV Nordrhein Bilanz: Die Qualitätsziele seien erreicht. 70% der in Frage kommenden Facharztgruppen und in den unterschiedlichen DMP insgesamt 144 stationäre Facheinrichtungen hätten teilgenommen.
16. Feb. 2005	G-BA: Beschluss zur Verordnungsfähigkeit von künstlicher Ernährung für ambulant betreute Patienten	Konkretisierung des Leistungskatalogs	Die Einschränkung der Verordnungsfähigkeit von enteraler Ernährung hat auch direkten Einfluss auf den stationären Sektor, da bestimmte Behandlungen nicht mehr ambulant verordnet werden können. Das BMGS signalisiert, dass es den Beschluss nicht genehmigen wird und droht eine Ersatzvornahme an.
24. Feb. 2005	1. Lesung des Gesetzentwurfs zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen	e-card/ Telematik	Die Organisationsstrukturen der gematik und die Absprachen mit der Selbstverwaltung sollen rechtlich abgesichert werden. Das Gesetz ist zustimmungspflichtig und soll noch vor der Sommerpause abgeschlossen werden.  Die Selbstverwaltung hat massive Bedenken gegen den Entwurf, insbesondere gegen die Finanzierung zu ihren Lasten von durch das BMGS beauftragte F&E-Vorhaben. Auch die Industrie und einige Juristen melden Kritik an. Diese werden in der Anhörung am 9. März 2005 zum Ausdruck gebracht.  Einzig die DKG begrüßt den Gesetzentwurf, der die von ihr gewünschte Refinanzierungsregelung enthält.
2. März 2005	Veröffentlichung des BMGS (KV 45 für das Jahr 2004)	GKV-Finanzergebnis	Wie schon im Vorjahr verläuft die Ausgabenentwicklung des Krankenhausbereichs im Jahr 2004 sehr moderat – mit + 1,5% ca. 0,2% über der unverändert schwachen Einnahmenentwicklung. In der politischen Bewertung dieses Finanzergebnisses geht das Ministerium auf die Krankenhäuser nicht ein. Insgesamt ist dieses Jahr für die GKV von einem beträchtlichen Überschuss (ca. 4 Mrd. Euro) aufgrund der Einsparungen des GMG geprägt.
11. März 2005	BMGS legt Verordnungsentwurf für besondere Einrichtungen vor	DRGs	Der Referentenentwurf für eine Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser 2005 (FPVBE 2005) führt zu heftigen Reaktionen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Streitpunkt ist, dass die Palliativmedizin, die stationäre Behandlung von Parkinson- und MS-Erkrankten aus der Vergütung durch Fallpauschalen genommen werden soll. Das BMGS sieht dies als notwendig an, weil die Behandlung dieser sensiblen Patientengruppen mit einer Fallpauschalenvergütung nicht ausreichend abgedeckt werden kann. Die Krankenkassen sehen darin eine weitere Aushöhlung des Fallpauschalensystems, während die DKG und die Bundesärztekammer die Verordnung begrüßen. Die Verordnung tritt am 19. Mai in Kraft.
14. März 2005	Übergabe der Lösungsarchitektur der Fraunhofergesellschaften an Ulla Schmidt	e-card/ Telematik	Das BMGS zeigt sich zufrieden, die Selbstverwaltung hält die Architektur für überarbeitungsbedürftig und insuffizient.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	
15. März 2005	Beschluss des G-BA	Verfahrensordnung/Nutzenbewertung/Innovation	<p>Nach langen Beratungen beschließt der G-BA die Grundlagen seiner eigenen Arbeit: die Verfahrensordnung. Wie schon bei der Richtlinie zum § 116b ist es eine Kampf-abstimmung: Krankenkassen und KBV gegen DKG.</p> <p>Hauptstreitpunkte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unterlagen der Evidenzstufe 1 als gebotener Regelfall bei der Nutzenbewertung von Behandlungsmethoden.</li> <li>2. Weitgehende Gleichbehandlung von Innovationen im stationären und ambulanten Sektor (Kollision mit § 137c SGB V – Verbotsvorbehalt für stationären Sektor).</li> </ol> <p>Das BMGS signalisiert schon kurz nach dem Beschluss, dass es die Verfahrensordnung in dieser Form nicht genehmigen wird. Es folgt ein vom BMGS und dem G-BA Vorsitzenden Rainer Hess geprägter Verhandlungsmarathon.</p>
18. März 2005	Erweitertes Bundesschiedsamt	Ambulantes Operieren	<p>Nach ergebnislosen Verhandlungen setzt das Bundesschiedsamt einen neuen Vertrag fest, der ab dem 1. April 2005 ohne weiteres Unterschriftenverfahren der beteiligten drei Parteien wirksam wird.</p> <p>Die Verhandlungen auf der Ebene der Selbstverwaltung sind vor allem wegen der Sachkosten im Zusammenhang des EBM gescheitert.</p>
12. April 2005	Gesellschafterversammlung gematik	e-card/Telematik	<p>Sie beschließt einstimmig, die Architektur bis zur Ausschreibungsreife weiterzuentwickeln und zu verschlanken. Im 4. Quartal 2005 sollen Tests in ausgewählten Regionen starten.</p>
13. April 2005	Bundesregierung erweitert 14. AMG-Novelle	Finanzierung von klinischen Prüfungen/Innovationen	<p>Das BMGS greift die Kritik am Urteil des Bundessozialgerichts auf und passt das entsprechende Recht an. Die Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) und 5 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung) der 14. AMG-Novelle stellen klar, dass bei klinischen Studien mit Arzneimitteln im Rahmen stationärer Behandlungen die allgemeinen Krankenhausleistungen weiterhin von den Krankenkassen zu finanzieren sind. Das Gesetz gehört zu den letzten, die vor dem Ende der Legislaturperiode den Bundesrat passieren.</p>
Mitte/Ende April 2005	Telematikgesetz in Bundestag und Bundesrat	e-card/Telematik	<p>Ohne größere Änderungen passiert der Gesetzentwurf Bundestag und Bundesrat.</p>
20. April 2005	Vermittlungsergebnis bei Änderung des Apothekengesetzes	Arzneimittelversorgung in Krankenhäusern	<p>Nachdem der Bundesrat dem Gesetzesbeschluss des Bundestages die Zustimmung verweigert, kommt es zu einem Vermittlungsverfahren. Nach einigem Hin und Her einigt sich die Arbeitsgruppe des Vermittlungsausschusses: Das Regionalprinzip fällt. Stattdessen sollen die Krankenhäuser in einem Gesamtkontext einen Vertrag mit einer Apotheke (Krankenhausapotheke oder krankenhauserverorgende Apotheke) abschließen, der die Gesamtversorgung regelt. Eine Delegation in Subunternehmen oder die Vergabe von Teilaufträgen soll nicht möglich sein. Also: Die Versorgung soll aus einer Hand erfolgen. Diese Verträge müssen bestimmten Kriterien genügen, die im Einzelnen gesetzlich festgelegt werden (für Notfallversorgung, Belieferung, Beratung und anderes).</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	
20. April 2005	Vermittlungsergebnis bei Änderung des Apothekengesetzes	Arzneimittelversorgung in Krankenhäusern	Bundestag und Bundesrat stimmen diesem Konsens zu. Das Gesetz tritt in Kraft.
26. April 2005	Übersicht über Verträge zur Integrierten Versorgung	Integrierte Versorgung	Die Registrierungsstelle hat erstmals eine Übersicht veröffentlicht, die unter anderem die derzeit geltenden und gemeldeten Verträge zur Integrierten Versorgung zusammenfasst. Danach hatten die Krankenkassen am 31.03.2005 über 600 Verträge geschlossen mit voraussichtlich insgesamt zwei Millionen teilnehmenden Versicherten. Die Auswertungen werden jeweils zum Ende eines Quartals aktualisiert und veröffentlicht.
11. Mai 2005	Beschluss des EU-Parlaments	Arbeitszeit – EU-Richtlinie	Bereitschaftsdienst soll weiterhin als Arbeitszeit gewertet werden, allerdings können die Mitgliedstaaten die Bereitschaftsdienste in eine aktive und eine inaktive Phase unterteilen.
18. Mai 2005	Qualitätssicherung im Krankenhaus erweitert	Qualitätssicherung	Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 17.05.2005 beschlossen, dass ab 2006 die Leistungen Lebertransplantation und Leberlebendspende sowie Nierentransplantation und Nierenlebendspende in das Verfahren der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V einbezogen werden.
20. Mai 2005	Verordnung „vorläufige Landesbasisfallwerte 2005“ in Kraft getreten	Landesbasisfallwerte	Das BMGS hat die „Verordnung zur Bestimmung vorläufiger Landes-Basisfallwerte im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (KFPV 2005)“ am 18.05.2005 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Festgelegt sind neben den vorläufigen Landesbasisfallwerten auch Regelungen für den Budgetausgleich bei Abweichungen des vorläufigen von dem vereinbarten Landesbasisfallwert.
	Verordnung „Besondere Einrichtungen 2005“ in Kraft getreten	Besondere Einrichtungen	Die „Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2005 (FPVBE 2005)“ ist am 19.05.2005 in Kraft getreten, einen Tag nach Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt.
31. Mai 2005	AOK stellt Auswertung von DMP-Verlaufsdaten vor	Disease-Management-Programme	<p>Die AOK hat inzwischen die Verlaufsdaten von 200 000 Versicherten in DMP. Die Daten von 1 000 sind ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität.</p> <p>Die Zahl der eingeschriebenen Versicherten belaufe sich auf nahe 2 Mio., allein bei der AOK auf 850 000 Versicherte. Über 50 000 Ärzte seien beteiligt.</p> <p>Die AOK hat eine Studie in Auftrag gegeben, die die Regelversorgung mit der Versorgung in DMP vergleichen soll. Die Studie hat eine Laufzeit von zwei Jahren und man rechnet mit einer Auswertungszeit von einem weiteren Jahr. Als wichtigen „Schub“ für die DMP wird die RSA-Anbindung gesehen.</p>
2./3. Juni 2005	Beratung der Arbeitsminister der EU über die Neufassung der Arbeitszeitrichtlinie	Arbeitszeit – EU-Richtlinie	Die Tendenz läuft zu arbeitgeberfreundlichen Regelungen, insbesondere für das Gesundheitswesen, da fast alle Staaten in diesem Segment Probleme mit dem Urteil des EuGH haben.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	
6. Juni 2005	Klage der DKG	Ambulantes Operieren	Die DKG reicht Klage gegen den Beschluss des erweiterten Bundesschiedsamtes vom 18. März 2005 ein.
21. Juni 2005	G-BA: Beschluss zur Behandlung Brustkrebs	Disease-Management-Programme	Der G-BA hat aktualisierte Empfehlungen für die Behandlung von Brustkrebs zur Änderung der DMP-Rechtsverordnung beschlossen. Inhalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Konkretisierung der Befundinhalte</li> <li>– Konkretisierung des operativen Vorgehens</li> <li>– Präzisierung der Ziele und Inhalte der Nachsorge</li> <li>– Präzisierung der Schmerztherapie</li> <li>– Berücksichtigung der Rehabilitation</li> <li>– Diskussion neuer Therapiekonzepte.</li> </ul>
23. Juni 2005	DKG kündigt Vertrag	Ambulantes Operieren	Die DKG kündigt den vom Bundesschiedsamt festgesetzten Vertrag zum 1. Juli 2006.
12. Juli 2005	Gespräch Vertreter G-BA im BMGS	Verfahrensordnung/Nutzenbewertung/Innovation	<p>Unter Moderation des BMGS und des G-BA Vorsitzenden Rainer Hess einigen sich die unterschiedlichen Parteien im G-BA. Die Kompromisslinie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Evidenzstufe 1 als Voraussetzung zur Genehmigung einer Methode ist so relativiert, dass alle damit leben können, bleibt aber die maßgebliche Zielgröße. Es wird nicht mehr darauf abgestellt, dass im Regelfall die Evidenzstufe 1 vorliegen muss.</li> <li>2. Der § 137c SGB V, der Verbotsvorbehalt für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Krankenhäusern, wird erhalten. Die Möglichkeit, dass die Krankenhäuser bestimmte Methoden nur noch im Rahmen von Studien anwenden können, ist vom Tisch. Wird im G-BA ein Antrag gestellt, eine Methode in Krankenhäusern auszuschließen, für die es noch keinen Evidenznachweis gibt, setzt der Bundesausschuss das Verfahren für eine bestimmte Zeit aus. Die Krankenhäuser können in dieser Zeit durch Studien die Evidenz der Methode nachweisen. Die Kassen erstatten weiter. Allerdings müssen Krankenhäuser bestimmten Anforderungen der Struktur- und Ergebnisqualität nachkommen.</li> </ol> <p>Damit die Verfahrensordnung rechtsgültig werden kann, muss das BMGS noch im Detail bekannt geben, in welcher Fassung es die Verfahrensordnung genehmigen wird.</p>
20. Juli 2005	Grundsatzpositionen der gematik	e-card/Telematik	Sie hat in dem Grundsatzpapier u. a. beschlossen, dass die Anbindung der Anwender in den einzelnen Sektoren durch die jeweiligen Spitzenorganisationen verantwortet wird, d. h. dass sie die Schnittstellen besetzen. Die gematik kündigt außerdem an, dass die Auswahlkriterien zur Bestimmung der künftigen Testregionen erst Mitte September definiert und veröffentlicht werden sollen. In offiziellen Stellungnahmen erklären Vertreter des BMGS und der gematik, man sei damit noch voll im Plan. Hinter den Kulissen ist zu erfahren, dass die Auswahl der Testregionen so eminent politisch sei, dass man das Ergebnis der Bundestagswahl abwarten wolle.

Krankenhaus-Report 2006 - Kapitel 15

# **Krankenhauspolitische Chronik**

von August 2005 bis Juli 2006

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
1. Aug. 2005	<b>DKG veröffentlicht Positionspapier „Leistungswettbewerb fördern – Sektorengrenzen stärker abbauen“</b>	Krankenhauspolitische Programmatik	<p>Wolfgang Pföhler erläutert im Vorfeld der Bundestagswahl die wichtigsten Forderungen der DKG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abkopplung von den Lohnkosten</li> <li>• Abbau von Wachstumshemmnissen.</li> </ul> <p>Konkret für den Krankenhausbereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlungsfreiheit nach Einweisung</li> <li>• Gleiche Wettbewerbsbedingungen ambulant und stationär für neue Versorgungskonzepte</li> <li>• Integrierte Dienstleistungszentren mit Verantwortung in einer Hand</li> <li>• Vertragspartnerschaft – Verbesserung der Strukturen der Selbstverwaltung</li> <li>• Ermöglichung zweiseitiger Verträge für 116b, Zulassungsanspruch für Krankenhäuser nach 115b</li> <li>• Regelung für teilstationäre Leistungen</li> <li>• Verlängerung der Übergangsregelung Arbeitszeitgesetz.</li> </ul> <p>Jörg Robbers ergänzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endgültigen Rahmen für das DRG-System setzen.</li> <li>• Verbesserung der integrierten Versorgung.</li> </ul>
17. Aug. 2005	<b>Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Knie-TEPs</b>	Qualitätssicherung/Mindestmengen	<p>Nach langen Auseinandersetzungen wird eine Mindestmenge für Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEPs) festgelegt. Demnach darf die Knie-TEP nur in solchen Krankenhäusern durchgeführt werden, die mindestens 50 solcher Eingriffe pro Jahr vorweisen können. Die Mindestmenge für Knie-TEPs betrifft erstmals eine große Zahl von Operationen. Vorher wurden Mindestmengen nur bei sehr komplexen Operationen, z. B. Transplantationen vorgegeben.</p>
9. Sept. 2005	<b>Marburger Bund wird eigenständige Ärztegewerkschaft/Loslösung von ver.di</b>	Tarifauseinandersetzungen Ärzte/Entgelt/Arbeitszeit	<p>Auf seiner 108. Hauptversammlung entzieht der Marburger Bund der Gewerkschaft ver.di die Vollmacht, auch für Ärzte Tarifverhandlungen zu führen. Der MB reagiert damit auf eine in Aussicht gestellte Zustimmung ver.di zu einem Angebot der Arbeitgeber, das für angestellte und beamtete Ärzte Einkommensverluste mit sich bringen würde. Der MB will fortan als einzige Ärztegewerkschaft Deutschlands eigenständig Tarifverträge abschließen.</p> <p>Dem Bedeutungszuwachs des MB folgt ein enormer Zuwachs an Mitgliedern (zum Zeitpunkt der Trennung 80.000 Mitglieder).</p>
13. Sept. 2005	<b>Selbstverwaltung stellt DRG-Katalog 2006 vor</b>	DRGs	<p>Die Selbstverwaltung ist zufrieden mit dem Ergebnis. Zum zweiten Mal hat sie eine Einigung über den Katalog erreicht und so eine Ersatzvornahme des Ministeriums verhindert.</p> <p>Die Erstellung eines konsentierten Katalogs wird langsam zur Routine. Die Arbeiten des InEK dazu werden von allen als hervorragend geschätzt.</p> <p>Drei Teilvereinbarungen werden geschlossen: DRG-System 2006, Abrechnungsbestimmungen und Kodierrichtlinien.</p> <p>Für die überwiegende Zahl der teilstationären Leistungen konnte keine zufrieden stellende Lösung gefunden werden. Die Selbstverwaltungspartner haben den Grundstein zur Verbesserung der Kalkulationsgrundlagen für die nächsten Jahre gelegt.</p>



Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
20. Sept. 2005	Das BMGS kündigt eine Rechtsverordnung an und erlässt sie	e-card/ Telematik	<p>Zum weiteren Einführungsprozess der elektronischen Gesundheitskarte kündigt das BMGS eine Rechtsverordnung an.</p> <p>Es macht der gematik dezidierte Vorgaben zu Vorarbeiten, die für die Verordnung benötigt werden.</p> <p>Unterschiedliche Verordnungsentwürfe werden in Umlauf gebracht und kontrovers diskutiert. Die Endfassung wird mit Datum vom 2.11.05 veröffentlicht und in Kraft gesetzt.</p>
26. Sept. 2005	G-BA stellt neue Verfahrensordnung vor	Nutzenbewertung/ Innovation	<p>Die langen Auseinandersetzungen der Partner der Selbstverwaltung sind erst einmal beendet. Doch der grundsätzliche Dissens – Zulassung neuer Methoden (Erlaubnisvorbehalt ambulant/Verbotsvorbehalt stationär) – schwelt weiter.</p> <p>Rainer Hess erklärt, er werde Klage gegen die Ersatzvornahme des Ministeriums zur „enteralen Ernährung“ einreichen. Mit dieser Klage sollen auch grundsätzliche Fragen und unterschiedliche rechtliche Einschätzungen von G-BA und BMGS gerichtlich geklärt werden.</p>
19. Okt. 2005	Pressekonferenz des Marburger Bundes	Tarifaueinandersetzungen Ärzte/Entgelt/ Arbeitszeit	<p>Der Marburger Bund betreibt das neue Geschäft eigenständiger Tarifverhandlungen unter seinem kämpferischen Vorsitzenden Frank Ulrich Montgomery sehr engagiert. Das Verhältnis zur VKA (Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände) verschlechtert sich immer mehr. Mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (Tdl) werden Gespräche aufgenommen.</p> <p>Forderungen des MB:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhung der Grundvergütung um 30%</li> <li>• Rücknahme der Kündigungsregelungen Weihnachts- und Urlaubsgeld</li> <li>• Vollständige Vergütung sämtlicher Arbeitsleistungen wie Überstunden und Bereitschaftsdienste</li> <li>• Abschaffung kurzfristiger Beschäftigungsverhältnisse</li> <li>• Abbau bürokratischer Tätigkeiten.</li> </ul>
2. Nov. 2005	Pressekonferenz der DKG „Dringender Handlungsbedarf für zukünftige Koalitionsregierung: Ab dem 1. Januar 2006 Personalnotstand in Kliniken“	Arbeitszeit	<p>Jörg Robbers erklärt für die DKG, die Kliniken könnten weder das Problem des personellen noch des finanziellen Mehrbedarfs lösen. Wenn die Übergangsregelung nicht verlängert werde, bestehe ein Mehrbedarf von 27 000 Ärzten, die es auf dem deutschen Arbeitsmarkt nicht gebe. Es müsse eine Lücke von 1 Mrd. € geschlossen werden, dazu bedürfe es einer gesetzlichen Regelung. Dies führe ebenso zu einem Ökonomisierungszwang. Die Mehrkosten könnten nicht durch alternative Arbeitszeitmodelle aufgefangen werden. Der TVöD entschärfe die Probleme nicht. Die Übergangsfrist müsse um zwei Jahre verlängert und der Mehraufwand refinanziert werden.</p> <p>Man hoffe, dass im nächsten Jahr in Europa die Diskussion um die Veränderung der Arbeitszeitrichtlinie abgeschlossen sein werde.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
2. Nov. 2005	Pressekonferenz des Marburger Bundes „Zur Kampagne der Krankenhausträger, die Einführung des verbesserten Arbeitszeitgesetzes zu blockieren“	Arbeitszeit	Frank Ulrich Montgomery wirft der DKG vor, sie habe „abgewirtschaftet“. Sie habe die letzten zwei Jahre missbraucht, um gar nichts zu tun. Ein Drittel der Krankenhäuser hätte neue Arbeitszeitmodelle eingeführt, weitere 20 % hätte weitergehende Lösungen gefunden. Der MB gehe von einem Mehrbedarf von 6 000 bis 7 000 Ärzten aus, die DKG-Zahl von 27 000 wäre nur realistisch, wenn keine neuen Modelle eingeführt würden. Der finanzielle Mehrbedarf läge bei 500 bis 700 Mio. € und 700 Mio. € würden schon von der Politik bereitgestellt.
9. Nov. 2005	Änderung des Arbeitszeitgesetzes  Bundesrat – Gesetzesantrag des Landes Bayern	Arbeitszeit	Das Land Bayern bringt einen Gesetzesentwurf zur Änderung des Arbeitszeitgesetzes in die Beratungen des Bundesrates ein. Inhalt des Antrags: Die Übergangsvorschrift im § 25 Arbeitszeitgesetz (ArbZG) soll um zwei Jahre verlängert werden. Begründung: Würde die Übergangsregelung nach geltendem Arbeitszeitgesetz zum 30.12.2005 auslaufen, müssten Schichtmodelle eingeführt werden, die einen erheblichen zusätzlichen Personalbedarf erfordern würden. Dieser könne aber insbesondere in vielen Pflegeeinrichtungen wegen fehlender finanzieller Mittel und fehlendem Ärztenachwuchs nicht gedeckt werden.
11. Nov. 2005	Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD	Krankenhauspolitische Programmatik	<p>Nach zähem, aber zügigem Ringen wird der Koalitionsvertrag geschlossen.</p> <p>Ulla Schmidt bleibt Gesundheitsministerin, in einem verkleinerten Ministerium (das „alte“ BMG mit Kranken- und Pflegeversicherung), also nicht mehr das große Sozialministerium der letzten Legislaturperiode.</p> <p>Die große Koalition will vor allem eine Finanzierungsreform der Kranken- und Pflegeversicherung auf den Weg bringen. Im Koalitionsvertrag beabsichtigte, direkt für die Krankenhäuser relevante Vorhaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlängerung der Übergangsregelung im Arbeitszeitgesetz um ein Jahr. Bereitschaftsdienst = Arbeitszeit.</li> <li>• Der Einsatz osteuropäischer Arbeitnehmer bleibt reglementiert.</li> <li>• Verlängerung der Ansubfinanzierung für die integrierte Versorgung in Höhe von bis zu 1 % um ein Jahr bis zum 1.1.2008.</li> <li>• Spätestens 2008, also am Ende der Konvergenzphase, soll der ordnungspolitische Rahmen für die weitere Verwendung der DRGs festgelegt werden.</li> <li>• Die Methode zur DRG-Kalkulation wird dahingehend überprüft, ob Pflegeaufwand und Kosten der Weiterbildung angemessen abgebildet werden.</li> <li>• Für die Disease-Management-Programme wird ein einheitlicher Rahmen geschaffen.</li> <li>• Zur Sicherung der Versorgung in den neuen Bundesländern wird der Ausbau der IV und von MVZ gefördert.</li> <li>• Es soll geprüft werden, welche Hindernisse beseitigt werden müssen, um flexible Vertragsformen zur Überwindung der Trennung ambulant/stationär durchzusetzen.</li> </ul>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
11. Nov. 2005	Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD	Krankenhauspolitische Programmatik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wird die Möglichkeit für Ärzte geschaffen, gleichzeitig in der ambulanten und stationären Versorgung tätig zu sein.</li> <li>• Die Vergütung ambulanter Leistungen und die von niedergelassenen Ärzten werden vergleichbar ausgestaltet – eine Pauschalvergütung ergänzt durch Einzelvergütungen für spezielle Leistungen.</li> <li>• Es wird geprüft, wie die belegärztliche Versorgung mit dem DRG-System kompatibel gemacht werden kann.</li> <li>• Für beihilfeberechtigte Privatversicherte wird eine Behandlungspflicht für wahlärztliche Leistungen zu abgesenkten Gebührensätzen geschaffen.</li> <li>• Die Rechtssicherheit von Patientenverfügungen wird gestärkt.</li> </ul>
14. Nov. 2005	Änderung des Arbeitszeitgesetzes  Bundesrat – Empfehlungen der Ausschüsse	Arbeitszeit	Die Ausschüsse empfehlen die Einbringung des Gesetzentwurfs in den Bundestag – nur im Gesundheitsausschuss kommt eine entsprechende Mehrheit nicht zustande. Er weist auf die Behandlung in den Koalitionsverhandlungen hin. Dort hat man eine Übergangsregelung nur um ein Jahr – und nicht um zwei Jahre – vorgesehen. Es ist unklar, ob der Bundesrat am 25.11. tatsächlich die Einbringung beschließt oder ob er dies in Hinblick auf die angekündigte Gesetzesinitiative der Bundesregierung unterlässt.
25. Nov. 2005	Änderung des Arbeitszeitgesetzes  Beschluss des Bundesrates	Arbeitszeit	<p>Der Bundesrat beschließt, den Gesetzentwurf in den Bundestag einzubringen.</p> <p>Grundlage ist der Antrag der Länder Bayerns und Sachsen-Anhalt. Die im 1. Antrag Bayern auf zwei Jahre verlängerte Übergangsfrist wird damit auf ein Jahr verkürzt. Damit entspricht der Antrag der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Verlängerung.</p> <p>Wolfgang Böhmer, Ministerpräsident Sachsen-Anhalt, begründet den Antrag vor dem Bundesratsplenum. Man wolle die Änderungen möglichst in einem Jahr umsetzen, die vollständige Umsetzung in einem Jahr hält er dagegen für unrealistisch. Zudem müsse man abwarten, wie sich der EU-Ministerrat zur Änderung der Eu-Arbeitszeitrichtlinie verhalte.</p>
1. Dez. 2005	Änderung des Arbeitszeitgesetzes  Bundestag – 1. Lesung des Gesetzentwurfs der Fraktionen von CDU/CSU und SPD	Arbeitszeit	<p>Im Artikel 5 des „Entwurfs eines fünften Gesetzes zur Änderung des Dritten Sozialgesetzbuches und anderer Gesetze“ wird die Frist vom 31.12.2005 auf den 31.12.2006 verschoben.</p> <p>Aus der Begründung: „In der Zwischenzeit sind in verschiedenen Branchen Tarifabschlüsse auf Basis neuen Rechts erfolgt. In einigen Bereichen ist dies noch nicht gelungen. Mit der Verlängerung der Übergangsfrist um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2006 erhalten die Bereiche, in denen noch keine Vereinbarungen getroffen wurden, mehr Zeit für den Abschluss entsprechender Regelungen.“</p> <p>BMG und Politiker der Koalition betonen, dies sei die letzte Verlängerung der Übergangsfrist.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
12. Dez. 2005	<p><b>Änderung des Arbeitszeitgesetzes</b></p> <p><b>Bundestag – Anhörung im Ausschuss für Arbeit und Soziales</b></p>	Arbeitszeit	<p>Für die DKG vertritt der designierte HGF Georg Baum die Auffassung, es sei nicht möglich, das Arbeitszeitgesetz umzusetzen, bevor nicht flächendeckend Tarifverträge abgeschlossen wären. Denn viele notwendige Regelungen müssten dazu von den Tarifpartnern vereinbart werden.</p> <p>Baum und Frank Ulrich Montgomery, der die Verlängerung erneut heftig kritisiert, bezweifeln jeweils die Zahlen des anderen. Der Sachverständige der BÄK, Friedrich Hesenauer, die Sachverständigen des DGB und der Einzelsachverständige Andreas Crusius, Vizepräsident der BÄK, unterstützen den Marburger Bund voll und ganz in seiner Argumentation.</p> <p>Hartmut Seifert, Sachverständiger der Hans-Böckler-Stiftung, erklärt, es gebe keine validen Zahlen, nur „anekdotische Empirie“ – alle Zahlen seien Schätzungen via Lohnzusatzkosten. Überprüft werden müsse die Arbeitsorganisation in den Krankenhäusern. Betriebe wie Flughäfen hätten eine noch viel stärkere Belastung und dort habe sich gezeigt, dass man mit entsprechenden Modellen durchaus die Arbeitszeit anpassen könne.</p> <p>Offensichtlich hat die SPD große Probleme, der Verlängerung der Übergangsphase um ein Jahr zuzustimmen. Der Unionsabgeordnete Ralf Brauksiepe ruft seinen neuen Kollegen aus der SPD zu, sie sollten doch nicht ihren eigenen Gesetzentwurf miesmachen. Max Straubinger (CSU) fragte als Einziger nach den Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit.</p>
13. Dez. 2005	<p><b>Große Koalition startet mit Kostendämpfung: Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz</b></p>	Finanzierung Arzneimittelversorgung	<p>Mit einem „Vorschaltgesetz“ zur Gesundheitsreform will die Bundesregierung ein Defizit im Jahr 2006 verhindern, um in Ruhe die Gesundheitsreform vorzubereiten. Auch die Krankenhäuser werden in dieser Gesetzgebung getroffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umstellung der Bezugsgröße der gesetzlichen Budgetveränderungsrate von Mitglied auf Versicherten zwecks Korrektur der Harz IV-Effekte.</li> <li>• Erfassung der Krankenhausapotheken vom generellen Verbot der Naturalrabatte bei Arzneimitteln.</li> </ul> <p>Beide Neuregelungen kritisiert die DKG heftig.</p>
14. Dez. 2005	<p><b>Änderung des Arbeitszeitgesetzes</b></p> <p><b>Abschluss der Beratungen in Bundestag und Bundesrat</b></p>	Arbeitszeit	<p>Der Gesetzentwurf wird gemäß „Beschlussempfehlung und Bericht“ angenommen. Nach der 2. und 3. Lesung am 15.12. und dem Durchgang im Bundesrat am 21.12. tritt das Gesetz am 1.1.2006 in Kraft. Die Übergangsregelung wird um ein Jahr verlängert.</p>
15. Dez. 2005	<p><b>BMG startet Testphase mit Labortests</b></p>	e-card/Telematik	<p>BMG-Staatssekretär Klaus Theo Schröder und Vertreter der gematik verkünden den Beginn der Testphase. In den Labortests sollen Funktionalität, Interoperabilität, Kompatibilität, Stabilität und Sicherheit der einzelnen Komponenten geprüft werden.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
15. Dez. 2005	BMG startet Testphase mit Labortests	e-card/Telematik	Alle acht Regionen, die sich für die 10 000er Tests beworben haben, werden auch daran teilnehmen: Bremen, Bochum/Essen, Flensburg, Heilbronn, Ingolstadt. Löbau/Zittau, Trier und Wolfsburg. Öffentlich wird diese Entscheidung erst am 3.1.2006 bekannt gegeben. Die Länder einigen sich im Februar auf eine zeitliche und inhaltliche Staffelung. Sie bilden einen operativen Projektverbund und klinken sich in das Projektbüro der gematik ein.
19. Dez. 2005	Pressekonferenz der KBV und des Berufsverbandes der niedergelassenen Hämatologen und internistischen Onkologen	Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen	Andreas Köhler stellt die Vereinbarung der KBV mit der Sana-Gruppe vor. Der zunehmende Wettbewerb müsse auf Chancengleichheit beruhen, das sei aber nicht gegeben. Die niedergelassenen hochspezialisierten Vertragsärzte müssten ihre Medizintechnik selbst bezahlen, während die Krankenhäuser durch die duale Finanzierung subventioniert würden. Dennoch seien niedergelassene Ärzte in der Regel nur halb so teuer wie Krankenhäuser. Angestellte Krankenhausärzte würden zudem häufiger einweisen als niedergelassene Ärzte. Die fachärztliche Schiene sei nicht der Kostentreiber. Sie habe auch das höhere Niveau. Es sei deshalb aus medizinischen wie wirtschaftlichen Gründen falsch, die fachärztliche Versorgung an die Krankenhäuser zu binden. KBV und BHNO wollen jetzt juristisch gegen den § 116b SGB V vorgehen. Ein Gutachten von Hänlein und Barth im Auftrag des BHNO, so Stephan Schmitz, Vorsitzender der BHNO, habe gezeigt, dass der § 116b in materieller Hinsicht verfassungswidrig sei. Der § 116b greife in den Artikel 12 Abs. 1 des Grundgesetzes ein, der die Berufsfreiheit regelt.  Die Diskussion um den § 116b geht weiter und gewinnt an Schärfe.
20. Dez. 2005	Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Protonentherapie	Nutzenbewertung/Innovation	Am Beispiel der Protonentherapie wird das Problem der Erstattung teurer Innovationen „durchgespielt“. Der G-BA befasst sich jeweils mit einzelnen Indikationen.  Am 20.12.05 beschließt der G-BA, dass Protonentherapie bei zerebralen arteriovenösen Malformationen Leistung der GKV bleibt.  In früheren Beschlüssen wollte der G-BA die Protonentherapie für die Indikationen Mammakarzinom und Aesthesioneuroblastom ausschließen, war aber an der Beanstandung des BMG gescheitert. Der G-BA hatte daraufhin Klage eingereicht, da er Methoden auch im stationären Bereich ausschließen will, wenn keine hinreichenden Belege für deren Wirksamkeit bestehen (mangelnde Evidenzbasierung). Das BMG betonte dagegen die innovationsfreundliche Regelung des Verbotsvorbehalts im Krankenhaus.  Im Oktober 2005 bekommt der G-BA in erster Instanz beim Sozialgericht Köln Recht. Dagegen geht das BMG in Berufung.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
22. Dez. 2005	Pressekonferenz des G-BA zur Fortbildungspflicht von Krankenhausärzten, zur Strukturqualitätsvereinbarung für die Zuweisung von Früh- und Neugeborenen und zur Datenvalidierung in der externen stationären Qualitätssicherung	Qualitätssicherung	<p>Jeder Krankenhausarzt ist ab dem 1.1.2006 verpflichtet, sich im Rahmen von durch die jeweilige Landesärztekammer zertifizierten Angeboten fortzubilden. In fünf Jahren sind mindestens 250 Fortbildungspunkte abzuleisten. Die Fortbildungspflicht wird zu Jahresanfang 2011 überprüft. Zwei Drittel der Fortbildungen müssen fachspezifisch abgeleistet werden. Die Kontrolle erfolgt durch den ärztlichen Direktor des jeweiligen Krankenhauses sowie durch die Landesärztekammer.</p> <p>Verabschiedet wird auch eine Strukturqualitätsvereinbarung für eine Zuweisung von Früh- und Neugeborenen, die ein Krankenhaus erfüllen muss. Sie basiert nicht auf Mindestmengen, sondern auf überprüfbaren Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität.</p> <p>Für die Datenvalidierung wird ein Verfahren vereinbart: Mit einer statistischen Prüfung werden Auffälligkeiten ermittelt. In der Folge soll in einem strukturierten Dialog eine qualitative Dokumentationsverbesserung erreicht werden. Parallel dazu wird es eine Stichprobenprüfung per Zufallsprinzip geben, bei der unauffällige Daten mit Qualitätssicherungsdokumentationen verglichen werden. Die Kombination dieser beiden Methoden soll die Wirksamkeit der stationären Qualitätssicherung verbessern.</p>
17. Jan. 2006	BMG erarbeitet Eckpunkte für ein Vertragsarztrechtsänderungsgesetz VÄndG)	Liberalisierung der ärztlichen Tätigkeit/Integrierte Versorgung/MVZ	<p>Im VÄndG sollen einige Punkte des Koalitionsvertrags gesetzlich realisiert werden, u. a. zur integrierten Versorgung, zum Risikostrukturausgleich und zur ärztlichen Vergütung (Fristverlängerungen), aber auch sehr umstrittene, z. B. für die Neuordnung der ärztlichen Vergütung (Angleichung EBM/GOÄ).</p> <p>Doch zunächst müssen die Eckpunkte in der Koalition abgestimmt werden, damit der Gesetzentwurf ohne weitere Abstimmungsprozesse das parlamentarische Verfahren durchlaufen kann.</p> <p>Für den Krankenhausbereich ist die Liberalisierung der ärztlichen Tätigkeit von höchstem Interesse, gerade zur Überwindung der Sektorengrenzen (Öffnung für die ambulante Versorgung). Dies ist auch deshalb wichtig, weil die Honorare für die belegärztliche Tätigkeit im Zuge der EBM-Reform in bestimmten Bereichen eingebrochen sind und Teile der Belegärzte aus dieser Honorierungssystematik ausbrechen wollen.</p> <p>Die Union lehnt wesentliche Teile des Eckpunktepapiers entschieden ab. Eine mühsame, höchst kontroverse Auseinandersetzung beginnt. Nicht zuletzt aus diesem Grund werden die Abstimmungen und Entscheidungen auf Fraktionsführungsebene gezogen und damit zunächst einmal auf Eis gelegt. Man verständigt sich schließlich darauf, neben der Änderung des Vertragsarztrechts nur die Punkte, die aufgrund von Fristen geregelt werden müssen, in Angriff zu nehmen.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
27. Jan. 2006	Pressekonferenz des Marburger Bundes zum aktuellen Stand der Tarifeinansetzungen	Tarifeinansetzungen Ärzte/Entgelt / Arbeitszeit	<p>Frank Ulrich Montgomery greift die DKG wegen ihrer Argumentation massiv an. Sie sei absurd. Er wirft der DKG Unkenntnis, wenn nicht sogar Täuschung vor. Die Real-löhne der Ärzte seien um 7% gesunken, dagegen bei den anderen Beschäftigten im Krankenhaus um 6% gestiegen.</p> <p>Er könne sich drei Grundmuster für einen neuen Tarifvertrag vorstellen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einen Vertrag um den alten BAT herum</li> <li>2. Einen aus dem TVöD zu entwickelnden Vertrag</li> <li>3. Optimal wäre ein eigener Mustervertrag.</li> </ol> <p>Es sei unmöglich gewesen, weiter mit ver.di zusammenzuarbeiten, da die Gewerkschaft dem MB kein eigenes Tarifverhandlungs- und Unterschriftenrecht eingeräumt habe. Bei ver.di seien nur ca. 1 000 Ärzte organisiert.</p> <p>Die Mitgliederzahl des MB habe sich von 80 000 auf 100 000 erhöht. Nachdem die TdL jetzt verhandeln wolle, unterliege man zunächst der Friedenspflicht, d. h. keine weiteren Streiks. Der erste abgeschlossene Vertrag werde eine Matrix für alle anderen Verträge sein.</p>
6. Feb. 2006	Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens (IQWiG) zu Mindestmengen bei Knie-TEPs	Qualitätssicherung/Mindestmengen	<p>Für Knie-TEPs sei zwar ein statistischer Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnisqualität der Eingriffe anhand deutscher Versorgungsdaten nachweisbar. Ein allgemeingültiger Schwellenwert für eine Mindestmenge, ab dem sich die Qualität der Ergebnisse entscheidend verbessert, ließe sich daraus aber – wie zu erwarten – nicht ableiten. Zum einen sei die Aussagekraft der bisher verfügbaren Daten zu gering. Zum anderen seien die Ergebnisse widersprüchlich: Je nach Qualitätsindikator stelle sich die Relation zwischen der Fallzahl und dem Ergebnis ganz verschieden dar.</p> <p>Weitere Arbeiten des IQWiG zum Thema Mindestmenge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung eines Prognosemodells zur Ermittlung der Auswirkungen von Schwellenwerten auf die Versorgung (Vorbericht 14.6.2006)</li> <li>• Zusammenhang zwischen Menge der Leistungen und Ergebnisqualität für die PTCA (Vorbericht 6.2.2006)</li> <li>• Zusammenhang zwischen Menge der Leistungen und Ergebnisqualität für die Indikation Elektiver Eingriff Bauchaortenaneurysma (Vorbericht 9.1.2006)</li> <li>• Entwicklung und Anwendung von Modellen zur Berechnung von Schwellenwerten bei Mindestmengen für die Koronarchirurgie (Vorbericht 24.4.2006).</li> </ul>
17. Feb. 2006	Bundestag verabschiedet Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz	Finanzierung Arzneimittelversorgung	<p>Die DKG kann sich mit ihrer Kritik nicht durchsetzen, es bleibt bei der Umstellung der Veränderungsrate und dem generellen Verbot der Naturalrabatte. Hinzu kommt die Vorschrift, dass die Krankenhäuser bei der Entlassung Arzneimittel anwenden sollen, die auch in der niedergelassenen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind.</p> <p>Zum AVWG gibt es zwar anschließend noch ein Vermittlungsverfahren, doch der Bundestag setzt sich durch. Das Gesetz tritt unverändert in Kraft.</p>



Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
3. März 2006	Veröffentlichung des BMG (KV 45 für das Jahr 2005)	GKV-Finanzergebnis	<p>Das Jahr 2005 schließt wie 2004 mit einem Überschuss ab, allerdings nur noch in einer Höhe von 1,8 Mrd. Euro. Die Wirkung der letzten großen Reform (GMG) lässt nach.</p> <p>Im Vergleich zu den Vorjahren steigen die Krankenhausausgaben wieder stärker an (+ 3,3% je Mitglied). Das BMG problematisiert diese Entwicklung allerdings nicht. Auch die aktuell höheren Zuwachsraten änderten nichts daran, dass sich die Wirtschaftlichkeit in den Krankenhäusern seit Einführung der DRGs entscheidend verbessert habe.</p>
16. März 2006	Start der Streiks in den Unikliniken – Pressekonferenz des Marburger Bundes	Tarifauseinandersetzungen Ärzte/Entgelt/Arbeitszeit	<p>98,4% der abstimmenden Klinikärzte an Universitätskliniken und Landeskrankenhäusern sprechen sich für einen Streik aus.</p> <p>MB-Verhandlungsführer Lutz Hammerschlag zum Scheitern der Verhandlungen. Der MB habe der TdL angeboten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhung von 38,5- auf eine 42-Stunden-Woche</li> <li>• Individuelle flexible Wochenarbeitszeiten im gesetzlichen Rahmen</li> <li>• Möglichkeit des Opt-outs</li> <li>• Entgegenkommen bei der Umsetzung Bereitschaftsdienst.</li> </ul> <p>Der MB habe dafür eine 30%ige Lohnerhöhung verlangt.</p> <p>Die TdL habe das Flexibilisierungsangebot angenommen, aber nur einen Lohnausgleich von einer fiktiven 40-Stunden-Woche auf eine 42-Stunden-Woche zahlen wollen. Das hätte für die Ärzte ein reales Einkommensminus bedeutet.</p> <p>Die TdL sei an diesem Punkt nicht verhandlungsbereit gewesen, man habe nicht mehr Geld. Danach habe der MB das Scheitern der Verhandlungen erklärt.</p>
3. April 2006	Pressekonferenz des Marburger Bundes zum aktuellen Stand der Streiks	Tarifauseinandersetzungen/Arbeitszeit	<p>Der Streik wird als voller Erfolg gewertet. Von den 22 000 Klinikärzten incl. Beamten an Universitätskliniken und Landeskrankenhäusern hätten 10 000 gestreikt. Montgomery erklärt, es hätten vertrauliche Gespräche mit Christian Wulff und Hartmut Möllring stattgefunden. Die dort gemachten Zusagen hätten sich in den Sondierungsgesprächen nicht wiedergefunden.</p> <p>Er frage sich, warum er mit der Politik überhaupt rede, wenn sie sich hinterher nicht an die Zusagen halte.</p> <p>In den Kliniken werde Druck auf junge Ärzte ausgeübt, was gegen das Streikrecht verstöße. Die DKG werde schon nervös, weil die Streiks langsam erlösrelevant würden. Deshalb würde der Streik dort intensiviert, wo er besonders erlösrelevant sei. Gleichzeitig werde man die nicht bezahlten Überstunden en bloc einklagen. Das würde mehrere 100 Mio. € ausmachen.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
10. April 2006	Vertragsarzt-rechtsände-rungsgesetz (VÄndG)  Referenten-entwurf des BMG	Liberalisierung der ärztlichen Tätigkeit/Integrierte Versorgung/MVZ	Der Entwurf ist von den wesentlichen, mit der Union strit-tigen Punkten bereinigt. Noch nicht geklärt sind die un-terchiedlichen Positionen zu den MVZ.  Die DKG begrüßt die im Gesetzentwurf vorgesehene Re-gelung, dass Ärzte parallel sowohl in Krankenhäusern als auch in MVZ arbeiten können.  Dies erleichtert die Anbindung von MVZ an Krankenhäu-ser und die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten.
8. Mai 2006	Vertragsarzt-rechtsände-rungsgesetz (VÄndG)  Verbändean-hörung im BMG	Liberalisierung der ärztlichen Tätigkeit/Integrierte Versorgung/MVZ	Kontrovers werden diskutiert: die Verschiebung der Ver-gütungsreform für niedergelassene Ärzte, die Verschie-bung der Einführung des Morbi-RSA, berufsrechtliche Fragen, einige Maßnahmen zur Vermeidung von Unter-versorgung.
17. Mai 2006	Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) – Fall Watts	Auslandsbe-handlung/ Dienstleistungs-freiheit	Die Verpflichtung, die Kosten von Krankenhausbehand-lungen in einem anderen Mitgliedstaat zu übernehmen, gilt auch für einen nationalen Gesundheitsdienst, der der-artige Behandlungen kostenfrei erbringt. Der britische National Health Service kann daher einem Patienten die Genehmigung für eine Behandlung im Ausland nur dann unter Berufung auf das Bestehen einer Wartezeit für eine Krankenhausbehandlung im Wohnstaat versagen, wenn er nachweist, dass dieser Zeitraum nicht den in Anbe-tracht des Gesundheitszustands und des klinischen Be-darfs des Betroffenen medizinisch vertretbaren zeitlichen Rahmen überschreitet.
17. Mai 2006	Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesaus-schusses zu DMP und Krebserkran-kungen bei Kindern und Jugendlichen	Disease-Management-Programme Qualitätssiche-rung	Der G-BA beschließt, dem BMG die Empfehlung auszu-sprechen, die DMP miteinander zu verzahnen. Die Stan-dardtherapien der jeweils anderen Programme sollen als Module eingearbeitet werden. Die DMP bisheriger Prä-gung seien nicht komplex genug, da 50% der Chroniker multimorbid seien. Auch weitere chronische Krankheiten sollten in bestehenden Programmen berücksichtigt werden. Dies sei sinnvoller, als für jede chronische Krankheit ein gesondertes Programm aufzulegen.  Der G-BA beschließt außerdem verbindliche Qualitäts-standards für die Versorgung von Kindern und Jugendli-chen mit Krebserkrankungen. Die Qualität der erforderlichen Behandlungen soll durch gezielte Zuwei-sungen in spezialisierte Krankenhäuser gewährleistet werden. Vertreter des G-BA und der DKG betonen, dies sei besser, als mit Mindestmengen zu operieren.
18. Mai 2006	Pressekonfe-renz von VUD und MB zur aktuellen Streik-situation	Tarifauseinan-deretzungen Ärzte/Entgelt/Arbeitszeit	Seit Montag dieser Woche hätten die Streiks eine neue Qualität, so Rüdiger Strehl, Vorstandsvorsitzender des Ver-bandes der Unikliniken (VUD). Ein Nachholprogramm wie in den letzten sieben Wochen funktioniere nicht mehr. Man steuere in eine echte Versorgungslücke, die Schwerstkran-kenversorgung stehe vor dem Zusammenbruch  Ein Problem bei den Verhandlungen sei, dass auch mit ver.di noch verhandelt werde – ein Abschluss mit dem MB werde Folgekosten im nicht-ärztlichen Bereich nach sich ziehen.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
18. Mai 2006	Pressekonferenz von VUD und MB zur aktuellen Streik-situation	Tarifaufeinandersetzungen Ärzte/Entgelt/Arbeitszeit	<p>Folge man den Forderungen des MB, dann habe man ein Problem mit den beamteten Ärzten, die erste Besoldungsstufe für beamtete Ärzte liege dann niedriger als die von Anfängern. Die Mehrkosten könnten nicht aufgefangen werden – Umstellung auf DRG, steigende Energiekosten und höhere Personalkosten – man wisse nicht, wie das finanziert werden soll.</p> <p>Wenn die TdL glaube, dass einheitlich verhandelt werden müsse, dann solle sie auch sagen, wo das Geld herkommen soll. Die Politik müsse sich Gedanken um die Refinanzierung machen. Auch Forschung und Lehre sei gefährdet, schon hätten die ersten Studenten Klage eingereicht.</p> <p>Jörg Siewert, stellv. Vorstandsvorsitzender des VUD, stellt einen Vermittlungsvorschlag vor, der einen Kompromiss zwischen MB und TdL darstellt: Junge Klinikärzte sollten künftig schon nach zwei Jahren statt nach drei Jahren in die nächste Besoldungsstufe wechseln.</p> <p>Der VUD fordert die Einbindung der Klinikdirektoren in die Verhandlungen. Die Bundesländer hätten zu unterschiedliche Bedingungen. Die Tarifhoheit müsse an die einzelnen Länder oder an die Kliniken übertragen werden. In den aktuellen Verhandlungen unterhielten sich die Partner über das Geld Dritter.</p> <p>Montgomery am selben Tag: Der Streikwille sei ungebrochen. In dieser Woche seien 12 000 Ärzte an Universitätskliniken und Landeskrankenhäusern im Ausstand. Der MB sei in alle Richtungen gesprächsbereit, an einem Wettbewerb von Einzelverträgen sei man nicht interessiert.</p>
19. Mai 2006	Verordnungen zu Landesbasisfallwerten und für Besondere Einrichtungen treten in Kraft	DRGs	Baden-Württemberg und Niedersachsen einigen sich noch vor Inkrafttreten der Verordnungen bei den Landesbasisfallwerten. Die Verordnung hat damit in diesen Ländern keine Gültigkeit.
24. Mai 2006	Vertragsarzt-rechtsänderungsgesetz (VÄndG)  Kabinettsbeschluss	Liberalisierung der ärztlichen Tätigkeit/Integrierte Versorgung/MVZ	Das VÄndG wird nur als Regierungsentwurf eingebracht – eine Paralleleinbringung durch die Regierungsfractionen findet nicht statt. Damit verschieben sich die parlamentarischen Beratungen im Bundestag in den Herbst.
31. Mai 2006	Bundesrat Entschließungsantrag Schleswig-Holsteins	DRGs	Nach diesem Antrag soll so schnell wie möglich die Einführung eines bundeseinheitlichen Fallwerts vorbereitet werden. In der von der Bundesregierung projektierten Anschlussgesetzgebung soll sichergestellt werden, dass unmittelbar nach Auslaufen der landesweiten Konvergenzphase eine bundesweite Konvergenzphase mit dem Ziel eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts beginnt.

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
11. Juni 2006	Sitzung der Arbeitsminister der EU-Mitgliedstaaten	Arbeitszeit	<p>Die Arbeitsminister der EU-Mitgliedstaaten können sich nicht auf eine Änderung der Arbeitszeitrichtlinie einigen. In der entscheidenden Frage des Opt-outs kann keine Einigkeit erzielt werden.</p> <p>Es bleibt bei der geltenden Arbeitszeitrichtlinie.</p>
16. Juni 2006	Marburger Bund und TdL verständigen sich auf einen Tarifvertrag für Ärzte in Unikliniken und Landeskrankenhäusern	Tarifauseinandersetzungen Ärzte/Entgelt/Arbeitszeit	<p>Nach 13-wöchigen Streiks schließen der Marburger Bund und die Tariftgemeinschaft deutscher Länder einen Tarifvertrag. Montgomery hat damit sein oberstes Ziel erreicht: den ersten eigenständigen Tarifvertrag für Ärzte.</p> <p>Ver-di hatte einige Wochen zuvor mit der TdL einen Tarifvertrag abgeschlossen – auch für Ärzte –, bei dem sich die Ärzte schlechter stehen als beim Tarifvertrag des MB.</p> <p>Das ist die letzte Rechtfertigung für die Aufgabe der Tariftgemeinschaft mit ver.di. Die TdL hatte eine Zeit lang versucht, mit Hinweis auf den mit ver.di abgeschlossenen Tarifvertrag keine weiteren Verhandlungen mehr mit dem MB zu führen. Diese Verhandlungstaktik war auf den massiven Widerstand des MB gestoßen – und letztlich gescheitert.</p> <p>Der Verband der Universitätsklinika ist höchst zufrieden damit, dass die Streiks beendet sind, hält den Tarifvertrag allerdings für antiquiert. Der Verband fordert noch einmal dazu auf, die Tarifhoheit auf die Uniklinika und die Landeskrankenhäuser zu übertragen.</p> <p>Die VKA ruft dazu auf, die kommunalen Krankenhäuser nicht zu bestreiken. Der TdL-Abschluss sei für die kommunalen Krankenhäuser nicht zu finanzieren.</p> <p>Der MB zum Verhandlungsstand mit der VKA:</p> <p>„Am 9. Juni hat der Marburger Bund (MB) die 5. Tarifverhandlungsrunde mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) für die 70 000 Ärzte in den 700 kommunalen Krankenhäusern abgebrochen.“</p>
20. Juni 2006	<p>MB erklärt Scheitern der Verhandlungen mit der VKA</p> <p>Deutliche Mehrheit der Ärzte für Streiks</p> <p>Streiks beginnen</p>	Tarifauseinandersetzungen Ärzte/Entgelt / Arbeitszeit	<p>Die große Tarifkommission des Marburger Bundes erklärt die Verhandlungen mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände für gescheitert.</p> <p>Am 24.6. gibt der Marburger Bund bekannt, dass 91,4% der Ärzte, die abgestimmt haben, für Streiks votiert haben.</p> <p>Die Streiks beginnen am 26.6.</p>
21. Juni 2006	<p>Bundesrat Gesundheitsausschuss</p> <p>Entschließungsantrag des Landes Schleswig-Holstein</p>	DRGs	<p>Der Gesundheitsausschuss beschließt fast einstimmig, die Beratung des Antrags zu vertagen. Noch seien die Meinungsbildungsprozesse in den Ländern nicht abgeschlossen. Das BMG will keine Festlegungen vor allgemeinen Diskussionen über den ordnungspolitischen Rahmen. Das Thema wird Gegenstand der GMK in Dessau.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
27. Juni 2006	Pressekonferenz des Marburger Bundes „Ärztestreiks an kommunalen Krankenhäusern für bessere Arbeitsbedingungen“	Tarifauseinandersetzungen Ärzte/Entgelt/ Arbeitszeit	<p>Montgomery: Die Streiks an kommunalen Krankenhäusern seien erfolgreich eingeleitet. Insgesamt würde eine zweistellige Zahl von Kliniken bestreikt. Die Streiks seien eskalationsfähig, aber völlig überflüssig. Die VKA hätte nur den TdL Vertrag übernehmen müssen. Die VKA versuche, den gleichen Weg wie die TdL zu gehen, und „die habe sich schon eine blutige Nase geholt“. Jetzt müsse eine Matrix für alle Kliniken geschaffen werden, damit Ärzte gleiche Rahmenbedingungen vorfinden würden.</p> <p>Schon breche die Arbeitsgeberfront ein, es gebe aus verschiedenen Ländern Angebote für Vorabverträge, so mit dem Stuttgarter Bürgermeister Murawski, der für die Stuttgarter Kliniken ein Angebot gemacht habe.</p> <p>Die DKG habe sich mit ihren öffentlichen Äußerungen ins Abseits gestellt. Der MB verstehe nicht warum; die DKG sei doch keine Verhandlungspartei.</p>
30. Juni 2006	Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in Dessau	DRGs	<p>Die GMK beschließt, Anfang 2007 eine Sonder-GMK in Berlin zur „Zukunft der Krankenhausversorgung“ zu veranstalten. Eines der Themen: der ordnungspolitische Rahmen nach Auslaufen der Konvergenzphase. Diese Vorgehensweise ist mit der Regierungskoalition abgestimmt (s. u.).</p>
4. Juli 2006	„Eckpunkte der Koalition zu einer Gesundheitsreform 2006“	Finanzierung: allgemein, dual, monistisch DRGs Integrationsversorgung Öffnung für die ambulante Versorgung Hochspezialisierte Leistungen	<p>Nach langen Verhandlungen stellen die Chefunterhändler die Eckpunkte für die nächste große Gesundheitsreform vor. Der Krankenhausbereich steht zwar nicht im zentralen Reformfokus, ist aber an vielen Punkten relevant betroffen, u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonder-GMK für die Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens nach Auslaufen der Konvergenzphase; „Klärung“ des Umstieg der dualen auf eine monistische Krankenhausfinanzierung</li> <li>• Zusammenarbeit zwischen ambulante und stationärem Sektor verbessern, vergleichbare Vergütungen schaffen</li> <li>• Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen als „erweiterte integrierte Versorgung“, Anschubfinanzierung analog zur integrierten Versorgung</li> <li>• Integrierte Versorgung fortführen, Anschubfinanzierung verlängern („solange die Vergütungen über Budgets erfolgen“), Ausrichtung auf bevölkerungsbezogene Flächendeckung</li> <li>• „Sanierungsbeitrag“ für die GKV in Höhe von 1 % der Budgets</li> <li>• Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege verbessern: u. a. durch Entlassungsmanagement, Optimierung der häuslichen Krankenpflege.</li> </ul> <p>Die Eckpunkte stoßen in der Krankenhauslandschaft auf heftige Kritik. Die DKG berechnet Mindereinnahmen von 1,25 Mrd. Euro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 500 Mio. Euro – 1-Prozent-Sanierungsbeitrag</li> <li>• 500 Mio. Euro – Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung</li> <li>• 250 Mio. Euro – neue Anschubfinanzierung für hochspezialisierte Leistungen.</li> </ul> <p>Hinzu kämen die Belastungen infolge der Streiks. Die DKG wendet sich auch gegen die Fondskonstruktion (mit Zusatzbeitrag), da sie zu Unterfinanzierung führe.</p>

Termin	Vorgang	Leitbegriff	Legende
7. Juli 2006	<p><b>Vertragsarzt-rechtsänderungsgesetz (VÄndG)</b></p> <p><b>Stellungnahme des Bundesrates im 1. Durchgang</b></p>	<p>Liberalisierung der ärztlichen Tätigkeit/Integrierte Versorgung/MVZ</p>	<p>Der Bundesrat beschließt zu diesem zustimmungspflichtigen Gesetzentwurf ein umfangreiches Änderungspaket. Die Länder wollen vor allem ihre Zuständigkeiten bei der Gestaltung des Arztrechts erhalten.</p>
17. Juli 2006	<p><b>MB und VKA brechen Verhandlungen ab</b></p> <p><b>VKA lehnt Schlichtungsverfahren ab</b></p>	<p>Tarifauseinandersetzungen Ärzte/Entgelt/Arbeitszeit</p>	<p>Die Tarifverhandlungen zwischen Marburger Bund und der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände werden abgebrochen, der MB verschärft erneut seine Streikmaßnahmen. Die Streikfront des VKA ist jedoch schon in Auflösung begriffen. Nach Angaben des MB hätten schon 30 Krankenhäuser einen Vorvertrag angeboten oder abgeschlossen, mit teilweise besseren Vergütungen als mit TdL Abschluss. Montgomery wirft der VKA eine fahrlässige Umgangsweise mit dem Flächentarifvertrag vor, den es zu erhalten gelte – auch im Interesse des MB.</p> <p>Die Entscheidungsgremien der VKA entscheiden sich am 25.7. gegen ein Schlichtungsverfahren, das der MB angeboten hatte. VKA-Verhandlungsführer Otto Foit: Mit dem bisher vorgelegten Angebot an den Marburger Bund seien bereits die Grenzen des finanziell Machbaren überschritten. Und VKA-Präsident Thomas Böhle: In dieser Situation würde ein Schlichterspruch, der zwangsläufig teuer würde, die Kliniken komplett überfordern. Der MB kündigt daraufhin an, die Streikmaßnahmen weiter zu verschärfen.</p>
18. Juli 2006	<p><b>Beschluss des G-BA zu Insulinanaloga</b></p>	<p>Einsatz und Finanzierung von Innovationen</p>	<p>Der G-BA beschließt, bis auf wenige Ausnahmefälle die kurzwirksamen Insulinanaloga von der Erstattungsfähigkeit auszuschließen, da sie erheblich teurer als Humaninsuline seien und gegenüber diesen keinen hinreichend nachgewiesenen Zusatznutzen hätten. Nach diesem Beschluss, den das BMG innerhalb von zwei Monaten beanstanden kann, soll entgegen der ursprünglichen Planung keine Übergangsregelung gewährt werden. Nach Wirksamwerden dieses Beschlusses müssten die meisten mit Insulinanaloga versorgten Patienten auf Humaninsulin umgestellt werden. Der GBA erklärt, dass erstmals aufgrund einer Nutzenbewertung des IQWiG, der der GBA gefolgt sei, ein Medikament als nicht mehr erstattungsfähig eingestuft werde, es sei eine „Einstiegsentscheidung“. Der GBA betont, dass die Insulinanaloga dann wieder erstattungsfähig wären, wenn die Preise auf das Niveau der Humaninsuline abgesenkt würden (also um etwa 30 %). Die betroffenen Patientenverbände reagieren mit heftiger Kritik auf die Entscheidung des G-BA und fordern das BMG auf, sie zu beanstanden.</p> <p>Diese Entscheidung hätte massive Auswirkungen für die Krankenhäuser: Eine Einstellung mit innovativen Insulinanaloga wäre im Krankenhaus nicht mehr angezeigt. Generell zielen die Versuche des G-BA, immer früher neue Methoden zu bewerten und ggf. aus der Erstattung zu nehmen, auf eine Einschränkung ihres Einsatzes auch in den Krankenhäusern.</p>

Krankenhaus-Report 2007 - Kapitel 14

# **Krankenhauspolitische Chronik**

Juli 2007 - August 2006



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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



Krankenhaus-Report 2008/09 - Kapitel 14

# **Krankenhauspolitische Chronik**

Juli 2008 - August 2007

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
25. Juli 2008	<b>Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal</b>	SPD-Länder werden von Ulla Schmidt auf Kurs gebracht Unionsländer sehen keinen erneuten Abstimmungsbedarf	Die rheinland-pfälzische Sozialministerin Malu Dreyer „interpretiert“ den (einstimmigen) Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz: Die Einigung sei wegen der Unionsländer leider nur auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner möglich gewesen, dies sei aber nicht als „Beleg gegen den umfassenderen Gesetzentwurf des BMG zu verstehen“ . Die Vorsitzende der GMK, Gitta Trauernicht (Schleswig-Holstein), nimmt den bislang inoffiziellen Referentenentwurf zum Anlass, ein erneutes „Abstimmungsgespräch mit den GMK-Mitgliedern“ zu suchen. Es soll am 25. August in Berlin stattfinden. Die Unionsländer werden wahrscheinlich nicht teilnehmen.  Die Unionsländer sagen jedoch ab. Im Auftrag der Unionsländer schreibt Baden-Württembergs Sozialministerin Monika Stolz an Gitta Trauernicht, dass derzeit keine weiteren Abstimmungsgespräche erforderlich seien. In Plön habe man sich nach langwierigen Verhandlungen einstimmig auf einen eindeutigen Beschluss verständigt, den es nun umzusetzen gelte. Erst wenn der GMK-Beschluss umgesetzt und ein Gesetzentwurf der Bundesregierung (!) offiziell zugestellt sei, werde zu entscheiden sein, ob und in welchem Rahmen weitere Abstimmungsgespräche erforderlich seien. Da das Kanzleramt die Befassung dieses Referentenentwurfs im Bundeskabinett (inklusive der vorausgehenden Ressortabstimmung) verweigert, also ein Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht in Sicht ist, ist die Krankenhausgesetzgebung nun auf Bundes- wie auch auf Landesebene festgefahren.
23. Juli 2008	<b>Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal</b>	Presseseminar GKV-Spitzenverband	Der GKV-Spitzenverband bezieht in einem Pressegespräch ausführlich und eindeutig Position: eine Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen und ein Sonderprogramm Pflege seien überflüssig. Die Länder sollten ihren Investitionsverpflichtungen nachkommen. Der Wettbewerb müsse durch selektive Verträge gestärkt werden. Die Versorgung der Patienten sei im kommenden Jahr auch ohne Krankenhausreform gesichert – deshalb lieber keine Reform als eine schlechte. DKG und Bundesärztekammer reagieren mit heftiger Kritik: Der GKV-Spitzenverband erkenne offensichtlich nicht den Ernst der Lage in den Krankenhäusern. Er solle mit dafür sorgen, ausreichende Finanzmittel bereitzustellen.
22. Juli 2008	<b>Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal</b>	Inoffizieller Referentenentwurf BMG	Das BMG lässt den bislang inoffiziellen Referentenentwurf für ein „Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz – KHRG“ durchsickern, ohne ein förmliches Stellungnahmeverfahren mit Verbänden und anderen Ressorts der Bundesregierung einzuleiten. Der Entwurf enthält, wie von Ulla Schmidt angekündigt, neben der konsentierten DRG-Technik kontroverse Regelungen, die gegen Unionsländer und Kanzleramt nicht durchsetzbar sind: Neuregelung Investitionsfinanzierung und Angleichung Landesbasisfallwerte. Auf das Reformelement Selektive Verträge hatte das BMG schon auf der letzten GMK verzichtet. Enthalten sind dafür Module des Sonderprogramms Pflege, eine Refinanzierung der Tarifsteigerungen – allerdings ohne konkrete Zahlen zu nennen. Das Kanzleramt verweigert diesem Referentenentwurf die Befassung im Bundeskabinett. Es besteht auf einer „kleinen Krankenhauslösung“ ohne die mit den Unionsländern strittigen Themen.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
9. Juli 2008	<b>Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal</b>	Abstimmungsgespräch Bundeskanzleramt – Unionsländer  Gutachten Monopolkommission  Positionspapier Arbeitgeberverbände	Nach der GMK in Plön ist der Ausgang des Projekts Krankenhausgesetzgebung offener denn je. Angela Merkel stellt sich demonstrativ auf die Seite der Unionsländer, die nur eine „kleine Krankenhauslösung“ wollen, jetzt sogar ganz ohne Ausrichtung auf einen Bundesbasisfallwert. Dagegen hält Ulla Schmidt am Kernstück ihres ordnungspolitischen Rahmens, der Neuordnung der Investitionsfinanzierung, fest und will einen entsprechenden Gesetzentwurf vorlegen. Sie beruft sich auf das gemeinsam mit der Unionsfraktion verhandelte Eckpunktepapier. Die wiederum verweist auf den Vorbehalt, dass die Länder zustimmen müssten. Unterstützung erfährt Schmidt von der Monopolkommission der Bundesregierung, die sich in ihrem aktuellen Gutachten für Monistik und selektive Verträge ausspricht. Auch die Arbeitgeberverbände sprechen sich für mehr Wettbewerb aus.
4. Juli 2008	<b>Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal</b>	Antrag der Länder Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen für eine Entschliebung des Bundesrates	Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen bringen ihren schon seit einiger Zeit bekannten Entschliebungsantrag zur Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser mit doppelter Zielrichtung – Aufhebung Sanierungsbeitrag/Refinanzierung Tarifsteigerungen – in den Bundesrat ein. Dazu Bayerns Sozialministerin Christa Stewens kämpferisch: „Die Länder sind sich einig: Ein klares ‚Ja‘ zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser und eine deutliche Absage zu Änderungen des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung. Der gestrige Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz ist ein Erfolg für Bayern. Denn die ordnungspolitischen Vorstellungen des Bundes hätten die Länderplanungskompetenz massiv ausgehöhlt. Der Bund darf dieses Votum der Länder nicht einfach ignorieren. Drohgebärden, die finanzielle Entlastung der Krankenhäuser an die ordnungspolitischen Vorstellungen zu knüpfen, bedeuten eine unzulässige Knebelung der Länder – zu Lasten der Patientenversorgung.“
3. Juli 2008	<b>Gesundheitsfonds/Morbi-RSA</b>	Das BVA legt ein Berechnungsverfahren für den neuen Risikostrukturausgleich fest	Mit 2-tägiger Verzögerung gibt das Bundesversicherungsamt das maßgebliche Berechnungsverfahren für die künftige Mittelverteilung bekannt. Dazu Josef Hecken, Präsident des BVA: „Mit dieser Festlegung steht das Gerüst für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Für das zweite Halbjahr bleibt zwar noch einiges zu tun. Ich bin jedoch sicher: Der Gesundheitsfonds kann pünktlich zum 1. Januar 2009 starten.“
3. Juli 2008	<b>Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal</b>	Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz	Der Versuch Ulla Schmidts, die beiden Themenkomplexe Ordnungspolitischer Rahmen/ Krankenhausfinanzierung und Finanzsituation Krankenhäuser/Pflegepersonal zusammenzubinden, scheitert. Die Länder lassen nicht mit sich über Investitionsfinanzierung und Selektive Verträge reden. Das Thema Bundesbasisfallwert wird einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe anvertraut. Auch Ulla Schmidts Sonderprogramm Pflege, so wie von ihr öffentlich dargestellt, stockt.  Die Problemanalyse der Länder weist die Verantwortung dem Bund zu: „Die deutschen Krankenhäuser befinden sich seit Jahren in einer schwierigen Situation: Insbesondere durch steigende Personalkosten infolge der Tarifabschlüsse öffnet sich die Schere zu den Einnahmen wegen der bestehenden Deckelung immer weiter.“

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
3. Juli 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz	<p>Die bestehende Problematik kann nur dadurch gelöst werden, dass den Krankenhäusern für ihre Leistungen auskömmliche Erlöse gezahlt werden. Dies würde die Krankenhäuser auch in die Lage versetzen, in eigener Verantwortung die Situation der Pflege zu verbessern.“</p> <p>Entsprechend fallen die einzelnen Forderungen im einstimmigen GMK-Beschluss aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>„1. Die GMK fordert insbesondere angesichts der erheblichen Tarifsteigerungen ab 2007 unverzüglich gesetzlich zu regeln, dass die steigenden Kosten der Krankenhäuser angemessen und auskömmlich finanziert werden:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Wegfall des seit 2007 erhobenen Sanierungsbeitrages der Krankenhäuser in Höhe von 0,5 % des Rechnungsbetrages ab 01.01.2009.</li> <li>b. Angemessene Erstattung der über der Grundlohnsteigerung liegenden Tariferhöhung.</li> <li>c. Zusätzliche Pauschale zur Stärkung der Pflege ohne bürokratischen Aufwand.</li> </ol> </li> <li>2. Zur Realisierung einer bundesweiten Konvergenz der Basisfallwerte wird eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingerichtet, die kurzfristig die Analyse der Entwicklung der Landesbasisfallwerte gem. GMK-Beschluss vom Dezember 2007 vornimmt und Vorschläge für die Verfahren zur Konvergenz vorlegt, um 2010 beginnend bis 2015 das Ziel eines einheitlichen Bundesbasisfallwertes zu erreichen.</li> <li>3. Die Länder nehmen darüber hinaus ihre Verantwortung in der Investitionsförderung wahr. Dabei ist auch die Investitionsförderung der Hochschulkliniken zu berücksichtigen.“</li> </ol> <p>DKG und Bundesärztekammer verstärken als Reaktion auf diesen Beschluss den Druck auf Bund und Länder.</p> <p>BÄK: „Die Zukunft der Krankenhäuser droht zwischen den widerstreitenden Interessen des BMG und der Länderminister zerrieben zu werden. Die Krankenhausfinanzierung muss deshalb Chefsache werden. Jetzt ist die Kanzlerin gefordert!“</p> <p>DKG: „Dass die Länder sich zu ihrer Verantwortung für die Finanzierung der Investitionen der Krankenhäuser bekennen, reicht alleine nicht. Der Ankündigung müssen höhere Mittelbereitstellungen folgen.“</p> <p>Für den neuen GKV-Spitzenverband ist der GMK-Beschluss ein Kompromiss, der allein die Beitragszahler belaste, während die Bundesländer bei einer vagen Selbstverpflichtung blieben. Dies sei kein Weg, um die stationäre Versorgung in Deutschland weiterzuentwickeln. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten sei im kommenden Jahr auch ohne eine Krankenhausreform gesichert, es bestehe kein zwingender Gesetzgebungsbedarf.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
2. Juli 2008	<b>Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung</b>	EU-Kommission beschließt den Entwurf einer „Richtlinie über die Ausübung von Patientenrechten bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung“	<p>Nach mehreren Anläufen beschließt die Kommission diesen Richtlinienentwurf im Rahmen eines europäischen Sozialpakets. Schwerpunkte des Entwurfs sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsetzung des Patientenrechts, Gesundheitsdienstleistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen</li> <li>• Entwicklung europäischer Referenznetze</li> <li>• Technologiefolgenabschätzung</li> <li>• Verstärkung der Gesundheitstelematik (gemeinsame Formate und Standards)</li> </ul> <p>Die Behandlungsfreiheit im Krankenhaus bleibt eingeschränkt. Die Mitgliedstaaten können Regelungen beschließen, die unter bestimmten Bedingungen eine Vorabgenehmigung erforderlich machen. Dafür müssten aber transparent belegbare Gründe angegeben werden. Die DKG begrüßt die geplante Regelung weitgehend, lehnt aber die Zusammenführung in europäische Referenznetze ab.</p>
1. Juli 2008	<b>Selbstverwaltung – Organisationsstrukturen gesetzliche Krankenkassen</b>	GBA in neuer Formation – Spitzenverband Bund übernimmt seine Aufgaben	<p>Zwei zentrale Elemente der Organisationsreform des GKV-WSG werden umgesetzt:</p> <p>Der GBA setzt seine Arbeit in einer neuen, stärker hauptamtlich und gestrafften Struktur fort. Der Spitzenverband Bund übernimmt die Funktionen der „alten“ Spitzenverbände. Beinahe demonstrativ benennt er sich um: Er will nicht mehr „Spitzenverband Bund“, sondern „GKV-Spitzenverband“ heißen.</p>
27. Juni 2008	<b>Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – DRGs/Technische Änderungen – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal</b>	Gemeinsames Eckpunktepapier von BMG und Koalitionsfraktionen	<p>BMG und Koalitionsfraktionen verständigen sich auf einen „Entwurf zu Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“ und stellen das Papier den Ländern als Grundlage für die Verhandlungen in Plön (GMK) zu.</p> <p>Die Zustimmung der Union zu diesem Papier steht allerdings unter dem Vorbehalt, dass auch die Länder diesem Konzept zustimmen.</p> <p>Mit diesen Eckpunkten macht das BMG erhebliche Abstriche an eigenen Positionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• weiterhin starke Stellung der Länder bei den Investitionen</li> <li>• Selektivverträge nur als Modellvorhaben</li> <li>• Bundesbasisfallwert als „Bundesbasisfallwertkorridor“</li> </ul> <p>Tariflohnsteigerungsausgleich und Sonderprogramm Pflege bleiben finanziell unbestimmt.</p>
27. Juni 2008	<b>Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal</b>	Ulla Schmidt auf einem Parlamentarischen Frühstück der Landesvertretung Schleswig-Holstein (Vorsitzland GMK)	<p>Ulla Schmidt rückt von ihrer Ankündigung ab, 50 % der nicht von der Grundlohnentwicklung gedeckten Tarifsteigerungen zu refinanzieren. Auch das Sonderprogramm Pflege beziffert sie nicht mehr konkret. Man müsse das Wünschenswerte vom Machbaren unterscheiden. Augenscheinlich gewinnt die Lohnnebenkostenproblematik zumindest vordergründig wieder erheblich an Bedeutung. Immer konkreter und höher erscheint der Beitragsatzbedarf zur Fondseinführung – und immer geringer die Rückendeckung durch Unionsfraktion und Kanzleramt.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
25. Juni 2008	Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ vor der Bundespressekonferenz	<p>Der Zusammenschluss aus DKG, ver.di, Deutschem Städtetag, MB, BÄK, dbb, VKD, VKA und Deutschem Pflegerat fordert u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ende der Budgetdeckelung</li> <li>• Ausgleich für steigende Sachkosten und</li> <li>• Refinanzierung der tarifbedingten Lohnsteigerungen</li> </ul> <p>An Aktionen sind u. a. eine Demonstration in Plön anlässlich der GMK und eine Großdemonstration am 25.9. vor dem Brandenburger Tor geplant.</p>
19. Juni 2008	Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Ulla Schmidt präzisiert die Vorschläge vom Ärztetag im Mai 2008	<p>Im Vorfeld der Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer „forciert“ Ulla Schmidt die Verhandlungen für die Krankenhausgesetzgebung. Sie kündigt ein Programm mit dreijähriger Laufzeit an – 21 000 zusätzliche Pflegekräfte sollen eingestellt werden. Sie schlägt zur Refinanzierung der jüngsten Tarifsteigerungen vor, dass die Krankenkassen bis zu 50 % des Betrags übernehmen, der über den Budgetzuwachsen läge. Die Unionsfraktion stellt sich nicht offen dagegen, weist aber darauf hin, dass die Verhandlungen in der Koalition noch nicht abgeschlossen sind. Der Vorstoß Schmidts sei nicht abgestimmt. DKG und Pflegeverbände begrüßen die Ankündigung Ulla Schmidts. Die Spitzenverbände der Krankenkassen weisen auf die Konsequenzen für die Beitragssätze hin.</p>
18. Juni 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages der Anträge von Grünen, FDP und Linken	<p>Es ist nicht die erwartete und angekündigte große Stunde der Opposition, die eine Regierungskoalition in der Krankenhauspolitik vorführen wollte. Ihre Sachverständigen können die Probleme nicht adäquat auf den Punkt bringen.</p> <p>Aber auch die Koalition ist nicht bissig genug – sonst hätte am Ende der Anhörung die Erkenntnis stehen können, dass der Handlungsbedarf vielleicht doch nicht so groß ist.</p> <p>Im Ergebnis werden die meisten krankenhauspolitischen Themen eher lustlos abgearbeitet. Tenor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Grundlohnbindung ist nicht zeitgemäß.</li> <li>• Der Sanierungsbeitrag ist abzuschaffen.</li> <li>• Die wirtschaftliche Situation sei 2006/2007 noch einigermaßen erträglich gewesen, ab 2008 wg. der Tarif- und anderer Kostensteigerungen aber nicht mehr hinnehmbar.</li> <li>• Verschärfend wirke sich besonders die Förderquote der Länder aus, die ständig zurückgehe (schleichende Monistik).</li> <li>• Der Ansatz, prioritär vorhandene Überkapazitäten abzubauen zu wollen, sei nicht zielführend.</li> <li>• Die Problemlage existiere tendenziell trägerübergreifend.</li> <li>• Besonderer Handlungsbedarf bestehe beim Pflegepersonal.</li> </ul>
10. Juni 2008	Vertragsparteien auf Bundesebene	eGK	<p>Die Vertragsparteien einigen sich im Bundesschiedsamt auf die Eckpunkte für eine Vereinbarung über die Finanzierung der Kosten, die den Krankenhäusern bei der Umsetzung der von der gematik beschlossenen flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (Release 0) entstehen.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
9. Juni 2008	Arbeitszeit	EU-Ministerrat einigt sich auf Kompromiss zur Arbeitszeitrichtlinie	<p>Nach jahrelangen Auseinandersetzungen verabschiedet der Ministerrat einen Kompromiss zur Änderung der Arbeitszeitrichtlinie. Der Kompromiss muss noch ausformuliert und vom Europäischen Parlament gebilligt werden:</p> <p>Die Möglichkeit zum opt-out soll erhalten bleiben und der Bereitschaftsdienst wird in eine aktive und eine inaktive Zeit unterteilt.</p> <p>Ob und wie das deutsche Recht an eine eventuell veränderte Richtlinie angepasst wird, lässt der zuständige Minister Olaf Scholz noch offen.</p> <p>Heftig kritisieren Marburger Bund und Bundesärztekammer die Entscheidung.</p> <p>Die DKG begrüßt sie grundsätzlich, fürchtet aber, dass diese „Korrektur“ zu spät kommt.</p> <p>Der Marburger Bund startet am 2. Juli eine Kampagne gegen eine Revision der europäischen Arbeitszeitrichtlinie.</p>
4. Juni 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Ulla Schmidts Rede auf dem Hauptstadtkongress in Berlin	Ulla Schmidt: Sie nenne kein Datum mehr für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Man habe ihr zu oft nicht die Wahrheit gesagt, sodass sie sich auf die Aussagen anderer in dieser Frage nicht mehr verlasse.
29. Mai 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – DRGs/Technische Änderungen – Finanzsituation Krankenhäuser/Pflegepersonal	BMG und Koalitionsfraktionen beginnen mit den Verhandlungen zur Krankenhausgesetzgebung	<p>Zunächst will man sich auf gemeinsame Eckpunkte verständigen.</p> <p>Das BMG legt zum Auftakt einen nach Abstimmungsprozessen mit den Ländern aktualisierten Gesetzentwurf der technischen Änderungen sowie eine Art Themenliste („Punktationspapier“) für die Eckpunkte vor. Sie enthält neben der schon lange bekannten Themenagenda des BMG auch die Punkte von Schmidts Ankündigungen auf dem Ärztetag (Refinanzierung von Tariflohnerhöhungen, Sonderprogramm Pflegepersonal, Wegfall Sanierungsbeitrag).</p> <p>Einige Tage später ist eine aktualisierte Fassung des Punktationspapiers auf dem Markt, ergänzt um den Punkt Weiterbildung.</p>
23. Mai 2008	Arztentlastende Strukturen/ Neue Aufgabenteilung Gesundheitsberufe	Beschluss des Ärztetages in Ulm	Der Ärztetag spricht sich entschieden gegen Modellvorhaben aus, die „auf Arztersatz und Aufweichung des Facharztstandards in Diagnostik und Therapie hinauslaufen“. Dagegen befürwortet der Ärztetag eine Delegation in der medizinischen Versorgung an Gesundheitsfachberufe unter der Voraussetzung der „therapeutischen Gesamtverantwortung des Arztes“.
22. Mai 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Beschluss des Ärztetages in Ulm	<p>Wie schon im Jahr zuvor in Münster lehnt der Ärztetag die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte unter den gegebenen Rahmenbedingungen ab. Er fordert eine Neukonzeption auf Grundlage des von der BÄK vorgelegten Positionspapiers.</p> <p>Die Stimmung in der Diskussion um die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist emotional aufgeputscht und von den „Besonnenen“ nur schwer wieder einzufangen.</p>



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
22. Mai 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Beschluss des Ärztetages in Ulm	Zunächst findet in Ulm sogar ein radikaler Antrag (Antrag Nr. 12) eine hauchdünne Mehrheit. In diesem Antrag wird ein vollständiger Stopp der Einführung einer Telematikplattform gefordert. Damit hört die Diskussion aber nicht auf. Erst nachdem das in der BÄK für die Telematik zuständige Vorstandsmitglied Franz-Joseph-Bartmann einwirft, dass mit diesem Beschluss auch das Positionspapier der BÄK hinfällig ist, tritt die Versammlung erneut in die Debatte ein. Der Antrag 12 wird entschärft und dann mit großer Mehrheit angenommen.
20. Mai 2008	Finanzsituation Krankenhäuser/ Pflegepersonal – Integrierte Versorgung	Ulla Schmidt auf dem Deutschen Ärztetag Initiative Bundesländer/ Bundesrat	<p>In ihrer Rede auf der Eröffnungsveranstaltung des Ärztetages in Ulm stellt Ulla Schmidt niedergelassenen Ärzten, Pflegekräften und Krankenhäusern eine Verbesserung ihrer finanziellen Situation in Aussicht, bewegt sich dabei aber weitgehend auf der Ebene geltenden Rechts:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehr Honorar für die niedergelassenen Ärzte, aber über die dafür vorgesehenen Verhandlungen in der Selbstverwaltung</li> <li>• Mehr Geld für die Krankenhäuser – durch eine bessere Grundlohnentwicklung und das gesetzlich vorgesehene Auslaufen von Sanierungsbeitrag und Vorwegabzug für die Integrationsversorgung</li> <li>• Neu (aber ohne „Details“): Refinanzierung eines Anteils der tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerungen und ein Programm zur Förderung von Neueinstellungen von Pflegekräften nach dem Vorbild des Programms zur Förderung innovativer Arbeitszeitmodelle</li> </ul> <p>Gesondert hervorzuheben: Nur in einem kleinen Satz des BMG-Papiers wird das Ende der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung festgehalten – und damit letztlich dieses gesundheitspolitische Prestigeprojekt insgesamt in Frage gestellt: „Der Vorwegabzug von 1 % für die Anschubfinanzierung zur Förderung Integrierter Versorgungsverträge endet ebenfalls am 31. Dezember 2008.“</p> <p>Parallel dazu bereiten Bayern und Nordrhein-Westfalen eine Bundesratsinitiative mit dem doppeltem Ziel vor: 1. Aufhebung Sanierungsbeitrag. 2. Möglichkeit, steigende Kosten (insbesondere wg. der Tarifabschlüsse) zu refinanzieren.</p> <p>Die Gesundheitsministerkonferenz in Plön will am 2.7. einen gleichlautenden Beschluss fassen und die Bundesregierung dementsprechend zum Handeln auffordern.</p>
18. Mai 2008	Tarifpolitik	Hauptversammlung des Marburger Bundes	<p>Der MB verstärkt den Druck auf die kirchlichen Arbeitgeber. Er fordert sie auf, umgehend Tarifverhandlungen aufzunehmen. Protest- oder Kampfmaßnahmen werden aber nicht beschlossen.</p> <p>Rudolf Henke: Der Nachholbedarf in den kirchlichen Häusern werde immer größer. Man müsse jetzt zu Lösungen kommen. Fach- und Oberärzte würden kirchliche Kliniken meiden. Diese Art Streik könnten keine kirchlichen Leitlinien verhindern. Sie könnten jederzeit mit dem MB einen Tarif vereinbaren. Das werde das tarifpolitische Hauptthema in der 2. Hälfte des Jahres 2008 sein.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
13. Mai 2008	Gesundheitsfonds/Morbi-RSA	BVA gibt RSA-relevante Krankheiten bekannt	<p>Das BVA gibt bekannt, welche Krankheiten ab dem 1.1. 2009 im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.</p> <p>Wie hoch die Zuweisungen für die einzelne Krankenkasse sein werden, könne jedoch erst nach der Festlegung der weiteren Details des Berechnungsverfahrens ermittelt werden. Von besonderer Bedeutung seien hierbei die für die einzelnen Krankheiten noch zu bestimmenden Aufgreifkriterien, die im weiteren Verfahren festgelegt würden und durch die letztlich definiert werde, ab welcher Schwelle Krankheiten berücksichtigungsfähig seien.</p> <p>Bis zum 1. Juli 2008 würden diese Festlegungen erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Festlegung der auf Grundlage dieser Krankheiten zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen</li> <li>• Festlegung des Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen</li> <li>• Bestimmung des Regressionsverfahrens zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren</li> <li>• Bestimmung des Berechnungsverfahrens zur Ermittlung der Risikozuschläge</li> </ul> <p>Gegenüber der Fassung der Krankheitsliste vom 27.3. sollen keine wesentlichen Änderungen vorgenommen worden sein (z. B. taucht Dekubitus nicht mehr in der Liste auf).</p>
2. Mai 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Positionspapier der Bundesärztekammer zur elektronischen Gesundheitskarte/Telematik als Beschlussvorlage für den Ärztetag in Ulm	<p>Laut Pressemitteilung der BÄK sollen die „Positionen zum Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen“ als Beratungsgrundlage dienen. Im Positionspapier werden Elektronische Gesundheitskarte/Telematik unter den Vorbehalt gestellt, den BÄK-Prüfsteinen zu genügen. Davon mache die Ärzteschaft ihr weiteres Engagement in der gematik und in den Testregionen abhängig.</p> <p>Den Auftrag zu dieser Vorgehensweise hatten die Delegierten auf dem 110. Ärztetag 2007 in Münster erteilt.</p> <p>Zu den Hauptforderungen der Ärzte zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Sicherheitsstandards</li> <li>• Freiwillige Entscheidung der Ärzte über die Nutzung der neuen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte und</li> <li>• die Onlineanbindung</li> <li>• Keine Einführung des elektronischen Rezepts, solange nicht alle damit verbundenen Störungen der Praxisabläufe beseitigt seien</li> <li>• Entstände für die Ärzte kein nachweisbarer ökonomischer Nutzen, müssten die Kosten durch den jeweiligen Nutznießer vergütet werden</li> </ul> <p>Diese Position erstaunt in der Sache, ist doch telematisches Arbeiten in den meisten Krankenhäusern längst Alltag, und unterzeichnet der Hausärzteverband doch am 8. Mai einen Vertrag nach § 73 SGB V mit der AOK Baden-Württemberg, in dem Online-Datenaustausch Geschäftsgrundlage ist.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
22. April 2008	<b>Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung – Finanzsituation Krankenhäuser</b>	Positionspapier der AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion	<p>Erst Ende April 2008 (!) positionieren sich die Gesundheitspolitiker der Unionsfraktion für die Krankenhausgesetzgebung.</p> <p>Die Vorschläge des BMG lehnt die Union weitgehend ab, sie setzt andere Schwerpunkte: z. B. die Refinanzierung der Tarif- und Sachkostensteigerungen.</p> <p>Die Vorbereitung der Gesetzgebung zum ordnungspolitischen Rahmen wird zunehmend überlagert vom akuten Problem der verschärften Finanzsituation der Krankenhäuser.</p>
15. April 2008	<b>Arztentlastende Strukturen/ Neue Aufgabenverteilung Gesundheitsberufe</b>	Vorstellung der DKI-Studie zur „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“	<p>Im Unterschied zum niedergelassenen Bereich forcieren die Krankenhäuser die Diskussion um die Delegation bzw. dauerhafte Übertragung ärztlicher Leistungen. Sie haben keine Alternative.</p> <p>Klug ist es von DKG und DKI, im Zusammenhang damit nicht das Hohelied der Einsparungen zu singen. Dies würde zum einen den Druck auf die Politik schwächen, etwas für bessere Finanzierungsbedingungen der Krankenhäuser zu tun. Zum anderen ist es schwer abzuschätzen, ob und was man letztendlich sparen wird. Es geht auch um ein optimiertes Prozessmanagement.</p>
9. April 2008	<b>Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform</b>	Vorerst kein „Durchstich“ in NRW	<p>Auch ein weiteres Spitzengespräch zwischen der KV Nordrhein und den Krankenkassen bringt kein Ergebnis. Die Ärzte wollen, dass die Krankenkassen ihre Investitionskosten übernehmen, die Krankenkassen sind dazu nicht bereit.</p> <p>Die Krankenkassen sind zudem nicht bereit, eine Vereinbarung allein mit der KV Nordrhein zu schließen. Sie wollen, dass die Landeskrankengesellschaft und die KZV mit an Bord sind. Die Akteure wollen weiter miteinander verhandeln – Ende offen.</p>
9. April 2008	<b>Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform</b>	Weitere Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion an die Bundesregierung	<p>Die FDP-Bundestagsfraktion hält das Thema elektronische Gesundheitskarte/Telematik weiter auch im Parlament auf der Agenda.</p> <p>Sie fragt nach moderneren und weniger komplizierten Alternativen zur Chipkartentechnologie. Im Vordergrund steht die leichtere Handhabbarkeit. Dies ist die Systemfrage, die durch die jahrelangen Verzögerungen bei einer staatlichen diktierten Einführung entstanden ist. Die neue Technologie ist über die vereinbarten Standards längst hinweggegangen.</p> <p>Die FDP-Fraktion fragt auch, welche Kosten die beteiligten IT-Unternehmen bisher in Rechnung gestellt haben.</p> <p>Die Antwort der Bundesregierung zu den Alternativen: „Neben der eindeutigen rechtlichen Regelung ist darauf hinzuweisen, dass die Mehrzahl der Kassen die Ausschreibungen für die Gesundheitskarten durchgeführt haben, sodass es auch aus wirtschaftlichen Gründen nicht vertretbar wäre, jetzt eine alternative Technologie in Betracht zu ziehen.“</p> <p>Eine inhaltlich-technische Begründung erfolgt nicht, es wird vielmehr nach dem Motto verfahren, schlechtem Geld gutes hinterher zu werfen.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
8. April 2008	Tarifpolitik	MB und VKA einigen sich	<p>Eine Woche nach dem ver.di-Verhandlungserfolg und nach einem weiteren Verhandlungsmarathon einigt sich die VKA auch mit dem MB. Die Eckpunkte der Einigung:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Entgeltsteigerungen fallen – je nach Arzt und Entgeltstufe – unterschiedlich hoch aus. Insgesamt beträgt die Steigerung durchschnittlich acht Prozent für die Jahre 2008 und 2009.</li> <li>2. Gehaltszuwächse ergeben sich für bestimmte Facharztgruppen nicht nur durch eine lineare Erhöhung der Entgelte, sondern auch durch eine Verkürzung der Verweildauer in bestimmten Entgeltstufen (Fachärzte).</li> <li>3. Im Tarifgebiet Ost wird die volle Anpassung an das Tarifgebiet West zum 1. April 2008 vollzogen.</li> </ol> <p>Die DKG weist nachdrücklich auf die finanziellen Konsequenzen für die Kliniken hin.</p>
31. März 2008	Tarifpolitik	Tarifeinigung VKA/verdi – dbb Tarifunion	<p>Nach weiteren zähen Verhandlungsrunden und einem von ver.di abgelehnten Schlichterspruch einigen sich VKA und ver.di.</p> <p>Die Eckpunkte der Einigung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Tabellenentgelte steigen für alle Beschäftigten um 50 Euro sowie zusätzlich um 3,1 Prozent. Die Erhöhung tritt im Tarifgebiet West ab dem 1. Januar 2008 und im Tarifgebiet Ost zum 1. April 2008 in Kraft.</li> <li>• Zum 1. Januar 2009 kommt eine weitere Erhöhung um 2,8 Prozent hinzu.</li> <li>• Im Januar 2009 erhalten alle Beschäftigten eine Einmalzahlung von 225 Euro.</li> <li>• Die Arbeitszeit steigt im gesamten Tarifgebiet West auf 39 Wochenstunden. Ausgenommen hiervon ist der Bereich Krankenhäuser. Hier bleibt es mit Ausnahme von Baden-Württemberg bei 38,5 Stunden.</li> <li>• In Baden-Württemberg bleibt es für die Krankenhäuser bei der dort bereits geltenden 39-Stunden-Woche.</li> <li>• Die Vergütungen der Auszubildenden werden ab 1. Januar 2008 um 70 Euro erhöht.</li> <li>• Für die Versorgungsbetriebe sind ergänzende Regelungen vorgesehen, unter anderem steigt in diesem Bereich die Wechselschichtzulage auf 200 Euro und die Schichtzulage auf 130 Euro.</li> <li>• Für die Krankenhäuser steigen die Tabellenentgelte 2008 um 50 Euro sowie zusätzlich um 1,6 Prozent.</li> <li>• Zum 1. Januar 2009 steigen die Tabellenentgelte um 4,3 Prozent. Im Tarifgebiet West wird das Leistungsentgelt von 1 Prozent ausgesetzt und eine bislang gewährte Zulage um 10 Euro monatlich reduziert.</li> </ul>
27. März 2008	Gesundheitsfonds/Morbidity-RSA	BVA geht mit eigenem Entwurf ins Stellungnahmeverfahren	<p>Schon am Abend des nächsten Tages geht das Bundesversicherungsamt in die Offensive. In einer Pressemitteilung betont es, dass alle weiteren Schritte zur Festlegung des Klassifikationsmodells und der Berechnung der Zuschläge rechtzeitig zum 1.7.08 erfolgen werden – verbunden mit einem Bekenntnis zur Transparenz: „Wir werden ein jederzeit für die Spitzenverbände und die Fachöffentlichkeit transparentes Verfahren gewährleisten.“</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
27. März 2008	Gesundheitsfonds/Morbi-RSA	BVA geht mit eigenem Entwurf ins Stellungnahmeverfahren	<p>Aus rechtlichen Gründen hätte man dem Beirat nicht folgen können: „Maßstab für unsere Entscheidung ist das Ziel des Gesetzgebers zu verhindern, dass eine Konzentration schwerwiegend oder chronisch kranker Versicherter bei einer bestimmten Krankenkasse für diese mit gravierenden Wettbewerbsnachteilen verbunden ist. Ein fairer Wettbewerb soll auch gegenüber Kassen mit günstiger Versichertenstruktur stattfinden können.“</p> <p>Parallel zu dieser Medieninformation gibt das BVA seinen eigenen Entwurf in das Stellungnahmeverfahren.</p>
26. März 2008	Gesundheitsfonds/Morbi-RSA	Wissenschaftlicher Beirat des BVA tritt zurück	<p>Differenzen zwischen BMG und BVA auf der einen und dem Wissenschaftlichen Beirat auf der anderen Seite führen zum überraschenden Rücktritt des Wissenschaftlichen Beirats.</p> <p>Der Beirat habe in einigen Punkten bei der Krankheitsauswahl Empfehlungen gegeben, die so nicht von geltendem Recht gedeckt seien – so BMG und BVA. Die Wissenschaftler seien nicht bereit gewesen, einen anderen Weg mitzugehen. Bei den strittigen Punkten soll es vor allem um die Berücksichtigung von DMP-Krankheiten gegangen sein.</p> <p>BMG und BVA betonen, dass sich dadurch an Verfahren und Zeitplan nichts ändere, da ohnehin das BVA die Krankheitsauswahl entscheide. Der Beirat habe nur eine beratende Funktion.</p>
24. März 2008	Arztentlastende Strukturen/ Neue Aufgabenteilung Gesundheitsberufe	Bundestag verabschiedet Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	<p>Vor dem Hintergrund von Ärztemangel und steigenden Kosten für Krankenhausärzte wird die Diskussion über arztentlastende Strukturen bzw. neue Kooperationsmodelle forciert.</p> <p>Einen Beitrag dazu leistete schon der Sachverständigenrat in seinem Gutachten von 2007 mit einem eigenen Kapitel: „Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung“. Darin fordert er u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nichtärztliche Gesundheitsberufe sollen stärker einbezogen werden.</li> <li>• Präventionsleistungen sollen auf nichtärztliche Berufe übertragen werden.</li> <li>• Pflege soll eine größere Handlungsautonomie erhalten.</li> <li>• Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe sollen stärker in die medizinischen Fakultäten integriert werden.</li> </ul> <p>Der Gesetzgeber greift diese Diskussion mit einigen Regelungen im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modellvorhaben nach § 63 sehen die eigenständige Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege durch Kranken- und Altenpfleger vor.</li> <li>• Physiotherapeuten sollen selbstständig die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen.</li> <li>• Nach § 63 Abs. 3c kann in Modellvorhaben die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf die Angehörigen der Pflegeberufe erprobt werden.</li> </ul>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
24. März 2008	<b>Arztentlastende Strukturen/ Neue Aufgabenteilung Gesundheitsberufe</b>	Bundestag verabschiedet Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> <li>In § 87 Abs. 2b SGB V wird eine Erweiterung der Delegation ärztlicher Leistungen möglich. Es soll eine Regelung getroffen werden, nach der ärztlich angeordnete Hilfeleistungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im häuslichen Umfeld des Patienten auch in Abwesenheit des Arztes – aber nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Verantwortung – vergütet werden.</li> </ul>
18. März 2008	<b>Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung/ Investitionsfinanzierung</b>	Rürup-IGES-Expertise wird bekannt	<p>Nach einem Bericht des Handelsblatts will Ulla Schmidt den Einstieg in die Monistik über einen Vorwegabzug bei der Umsatzsteuer realisieren. Basierend auf einer Expertise von Bert Rürup und des IGES-Instituts wird ein jährliches Investitionsvolumen von 5 Mrd. errechnet. Demnach müssten die Bundesländer ihre derzeitigen Investitionsmittel von 2,7 auf 5 Mrd. € aufstocken und via Umsatzsteuer dem Gesundheitsfonds zuführen. Bei den Ländern sollen Aufsichtsfunktion und Verwaltung eines Infrastrukturfonds mit 10 % der Investitionsmittel verbleiben.</p> <p>Für die Unionsfraktion betont Annette Widmann-Mauz, dass dieses Konzept weder mit den Ländern noch der Unionsfraktion umgesetzt werden könne. Sie wendet sich weiterhin gegen Einzelverträge und die Umstellung auf einen Bundesbasisfallwert. Stattdessen solle die strikte Budgetbindung der Grundlohnsummenentwicklung überdacht werden. Das BMG dementiert halbherzig den Handelsblatt-Bericht. Es sei kein Vorschlag des BMG, sondern ein (durchaus interessanter) der Gutachter. Auf der anderen Seite sei die Position der Ministerin klar:</p> <p>Entweder kämen die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nach oder es komme die Überführung in die Monistik. Dies habe sie auch auf dem Frühlingsempfang der DKG deutlich gemacht.</p>
14. März 2008	<b>Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform</b>	gematik plant Durchstich in Nordrhein – entscheidende Sitzung vertagt	<p>Das neue Konzept der gematik für eine flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sieht als Start den „Durchstich“ in Nordrhein vor.</p> <p>Die Grobplanung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beginnend mit dem 3. Quartal flächendeckende Ausstattung der dazu identifizierten Leistungserbringer in Nordrhein mit Kartenterminals und Integration in die Primärsysteme – ein Quality Gate.</li> <li>Sind die Quality-Gate-Ziele erreicht, startet im 4. Quartal 2008 das Rollout der Kartenterminals in ganz Deutschland, beginnend mit den Grenzregionen von Nordrhein.</li> <li>4. Quartal – Ausgabe der final zugelassenen eGKs der Generation 1 in Nordrhein.</li> </ul> <p>Ob dieser Plan umgesetzt werden kann, hängt von der Zustimmung der Akteure in Nordrhein ab: Krankenkassen, Krankenhäusern, Ärzten, Zahnärzten usw. Die Sitzung am 2. April endet ohne Entscheidung, die vertagt wird.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
4. März 2008	Finanzsituation GKV – Finanzsituation Krankenhäuser	BMG veröffentlicht Finanzergebnis GKV für 2007	<p>Das Wichtigste aus Sicht des BMG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Überschuss Ost und West 1,78 Mrd. Euro, im 4. Jahr hintereinander ein positives Finanzergebnis.</li> <li>• Finanzielle Konsolidierung der GKV sei weitgehend abgeschlossen – positive Finanzreserven von rd. 3,2 Mrd. Euro.</li> <li>• Zuwächse bei den beitragspflichtigen Einnahmen (plus 0,7 %) ständen Steigerungen bei den Leistungsausgaben von 3,7 % gegenüber; Anstieg des Beitragsatzniveaus um 0,6 Beitragssatzpunkte – dadurch insgesamt steigende Beitragseinnahmen um 4,9 % je Mitglied.</li> <li>• Der nur moderate Anstieg bei den Krankenhausaussgaben (plus 0,6 %) sei „zu relativieren“.</li> <li>• Die Steigerung bei den Arzneimittelkosten kommentierte das BMG wie bei der Veröffentlichung der letzten GKV-Finanzergebnisse: Sonderfaktor MwSt, konsequent Einsparmöglichkeiten nutzen, nicht nur mit Rabattverträgen, sondern auch mit Kosten-Nutzen-Bewertung.</li> </ul> <p>Vertreter der Krankenhäuser – Deutsche Krankenhausgesellschaft und Verband Deutscher Krankenhausesdirektoren – reagieren: Die Zuwächse der Kliniken seien weit geringer als die Kostensteigerungen. Ein Gesetz, das den Krankenhäusern aus der finanziellen Not helfe, sei dringend notwendig.</p>
3. März 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Antwort der Bundesregierung zum Sachstand elektronische Gesundheitskarte auf eine Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion Rollout der Kartenterminals zum 2. Quartal 2008?	<p>Das BMG geht von einer Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte noch im Jahr 2008 aus. Im 2. Quartal 2008 solle die Ausstattung der Arztpraxen und Krankenhäuser mit Kartenterminals zum Einlesen der Daten von der elektronischen Gesundheitskarte beginnen. Seien die Leistungserbringer damit ausgestattet, könnten die Krankenkassen die elektronischen Gesundheitskarten an die Versicherten ausgeben.</p> <p>Das BMG weist erneut datenschutzrechtliche Bedenken zurück. Das Schutzniveau könne dauerhaft realisiert und dynamisch den Erfordernissen angepasst werden. Der Schutz der Gesundheitsdaten vor unberechtigtem Zugriff habe höchste Priorität. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik habe mit der neuen technischen Richtlinie eine weitere Basis für die technische Umsetzung des Sicherheits- und Schutzniveaus geschaffen.</p>
28. Feb. 2008	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung/ Einzelverträge, Bundesbasisfallwert, Investitionsfinanzierung	BMG tritt an Regierungsfaktionen mit Argumentationspapieren heran	<p>Noch immer sind die Hauptstreitpunkte der DRG-Gesetzgebung zwischen BMG, Unionsfraktion und Ländern umstritten.</p> <p>Das BMG besteht auf den drei Essentials: Monistik, Selektives Kontrahieren bei planbaren Leistungen und Übergang zu einem Bundesbasisfallwert.</p> <p>Damit tritt es auch mit Argumentationspapieren in einem Schreiben vom 28.2.08 an die Regierungsfaktionen im Bundestag heran, um über die DRG-Gesetzgebung zu verhandeln.</p>



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
25. Feb. 2008	Tarifpolitik	Verhandlungen ver.di – Bund und Kommunen gehen weiter	Die Arbeitgeber bieten Lohnerhöhungen von 5 % über 2 Jahre an, geknüpft an eine Verlängerung der Arbeitszeit auf 40 Stunden. Ver.di und dbb Tarifunion verlangen 8 % oder wenigstens 200 Euro pro Monat mehr.
18. Feb. 2008	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	Gemeinsame Selbstverwaltung einigt sich auf Einführung der Kartenterminals für Ärzte	Aus der Pressemitteilung: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben sich auf einer ersten Stufe einer Finanzierungsvereinbarung beim Aufbau der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen geeinigt. Sie bezieht sich auf die stationären und mobilen Kartenterminals, die die sogenannte SICCT/ eHealth-Spezifikation erfüllen. Jede Arztpraxis wird für die Ausstattung mit diesen Geräten die entsprechenden Pauschalen erhalten. Diese Regelung gilt auch für Zweitgeräte, sofern sie in genehmigten Zweigpraxen und ausgelagerten Praxisstätten zum Einsatz kommen.“
14. Feb. 2008	Tarifpolitik – Finanzsituation Krankenhäuser	Erklärung der DKG zu den Streiks und der Finanzsituation der Krankenhäuser	Der Hauptgeschäftsführer der DKG, Georg Baum:  „Allein in diesem Jahr wird sich die Finanzlücke um mindestens 1,3 Mrd. € vergrößern. Nach dem Milliardendefizit in 2007 nimmt der Ernst der Lage – wie das aktuelle Gutachten des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung und der BDO Warentreuhand AG zeigt – weiter zu. Streiks sind kein adäquates Mittel zur Lösung der massiven Finanzprobleme in den Krankenhäusern. Anders als in vielen Branchen der deutschen Wirtschaft können die Krankenhausträger nichts geben, weil sie selbst nichts bekommen. Aus Sicht der Krankenhäuser richten sich die Warnstreiks nicht gegen die Arbeitgeber, sondern gegen die Politik. Solange die Politik durch Kürzungen und einen gesetzlichen Deckel die Krankenhausvergütungen nahezu einfriert, sind die Kliniken nicht in der Lage, den geforderten Einkommenssteigerungen auch nur annähernd nachzukommen.“
13. Feb. 2008	Tarifpolitik	Warnstreiks von ver.di im Öffentlichen Dienst – auch Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sind betroffen	Die Tarifaueinandersetzungen im Öffentlichen Dienst treten in eine neue Phase ein:  Mit Warnstreiks will ver.di Bund und Länder zwingen, ein besseres Angebot auf den Tisch zu legen. Schwerpunkte der ersten Warnstreiks sind Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Ver.di: „Auch in der 3. Verhandlungsrunde am 11./12. Februar in Potsdam haben die Arbeitgeber von Bund und Kommunen ihr ‚Angebot‘ vom 24. Januar nicht verbessert. Deshalb beschloss die Bundestarifkommission, die Beschäftigten zu Warnstreiks aufzurufen – zunächst vom 22. bis zum 24. Februar.“ Der MB beteiligt sich nicht an den Warnstreiks, fordert die kommunalen Arbeitgeber aber auf, bei den nächsten Verhandlungen am 20.2. ein „vernünftiges“ Angebot vorzulegen. „Die Arbeitgeber haben uns für die nächste Verhandlungsrunde am 20. und 21. Februar in Offenbach am Main ein konkretes Angebot angekündigt.“ so Rudolf Henke. Die letzte Verhandlungsrunde sei relativ konstruktiv verlaufen, diese Entwicklung wolle man nicht gefährden. „Wir werden aber keine unendliche Geduld aufbringen.“ Henke weiter: „Der Marburger Bund reicht den Arbeitgebern noch immer die Hand für faire und zügige Verhandlungen im Sinne beider Tarifverhandlungen. Wir hoffen, es kommt ein Angebot und keine Mogelpackung. Falls die Arbeitgeber mogeln, werden die Ärzte sich sehr schnell zum übrigen streikenden Klinikpersonal gesellen.“

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
7. Feb. 2008	Finanzsituation Krankenhäuser	RWI-Gutachten für die DKG – Allianz für Sofortprogramm beginnt sich zu formieren	<p>Die DKG präsentiert ein neues Gutachten zur wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser. Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) berechnet – in Abhängigkeit von den Ergebnissen der Tarifverhandlungen – für das laufende Jahre eine Unterdeckung von bis zu 2,2 Mrd. Euro, die im Folgejahr noch weiter steigen würde.</p> <p>Gemeinsam mit der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO Deutsche Warentreuhand kommt das RWI zu dem Schluss, dass die Finanzierungslücken nur über Entlassungen, insbesondere im Pflegebereich, d. h. weitere extreme Leistungsverdichtung kompensiert werden könnten.</p> <p>Vor diesem Hintergrund fordert die DKG ein Sofortprogramm, das noch im Rahmen der jetzigen Pflege-Reformgesetzgebung umgesetzt werden sollte. Dazu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Wegfall der Grundlohndeckelung,</li> <li>• die Möglichkeit der Refinanzierung von Tarifsteigerungen und</li> <li>• die Abschaffung des Sanierungsbeitrags für die Krankenkassen.</li> </ul> <p>Unterstützung erhält die DKG von der Ärzteschaft (Bundesärztekammer, Marburger Bund, Leitende Krankenhäuser) und den Pflegeberufen. Es bahnt sich eine Allianz an.</p>
1. Feb. 2008	DRGs/Technische Änderungen nach Auslaufen der Konvergenzphase	„Arbeitsentwurf“ des BMG für „technische Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts ab dem Jahr 2009“	<p>Parallel zum Gezerre um die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen gibt das BMG vorgesehene „technische“ Änderungen in das Anhörungs- bzw. Stimmnahmeverfahren mit Verbänden und Bundesländern.</p> <p>Als eine Art Präambel wird ausdrücklich festgehalten: „Der politische Teil des Gesetzentwurfs insbesondere mit den Themen einzelvertragliches Verhandeln, Bundesbasisfallwert und monistische Finanzierung wird gesondert zugesandt.“</p>
16. Jan. 2008	Wettbewerbsrecht/Kartellrecht	Kartellsenat des Bundesgerichtshofs entscheidet gegen Rhön-Klinikum AG	<p>Der Kartellsenat des Bundesgerichtshofs entscheidet, dass der Zusammenschluss von Krankenhäusern der Fusionskontrolle nach den §§ 35 bis 43 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) unterliegt. Es geht konkret um den Erwerb des Kreiskrankenhauses Bad Neustadt an der Saale durch die Rhön-Klinikum AG.</p> <p>Der Kartellsenat bestätigt die Untersagung des Zusammenschlusses durch das Bundeskartellamt.</p> <p>Der Kartellsenat betont, dass weder die Regelungen des Sozialrechts über die gesetzliche Krankenversicherung noch die Bestimmungen zur Krankenhausfinanzierung eine Fusionskontrolle ausschließen. Insbesondere § 69 SGB V unterstelle nur die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern abschließend dem Sozialrecht, verdränge aber nicht die Fusionskontrolle beim Zusammenschluss von Krankenhäusern.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
16. Jan. 2008	Wettbewerbsrecht/Kartellrecht	Kartellsenat des Bundesgerichtshofs entscheidet gegen Rhön-Klinikum AG	In einer ersten Reaktion fordert der Rhön-Vorstandsvorsitzende Wolfgang Pföhler neue kartellrechtliche Grundlagen für den Krankenhausmarkt: „Jetzt ist es Aufgabe des Gesetzgebers, die Voraussetzungen zu schaffen, um die Menschen in allen Regionen Deutschlands auch in Zukunft bestmöglich medizinisch zu versorgen. Die Politik muss klären, inwieweit die Ziele einer hochwertigen, gleichmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung, wie sie der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch vorsieht, bei kartellrechtlichen Entscheidungen berücksichtigt werden.“
16. Jan 2008	Vorstellung Helios Jahresbericht/Helios Qualitätsindikatoren in der Schweiz	Qualitätssicherung	Der neue Medizinische Jahresbericht 2007/2008 stellt die neuen Erfahrungen mit HELIOS-Qualitätsindikatoren in den Mittelpunkt. Die Hauptbotschaft: Dass Qualität ein Wettbewerbsparameter werde, sei unbestreitbar. Dafür würden die Patienten durch ihre Krankenhauswahl sorgen, unterstützt von ihren Hausärzten. Komme selektives Kontrahieren hinzu, verstärke sich der Qualitätsdruck automatisch. Die spektakuläre Nachricht: Die Schweiz führt Qualitätsindikatoren auf Basis der HELIOS-Indikatoren für alle Schweizer Spitäler ein. Im nächsten Jahr will Helios sich in seinem Qualitätsbericht dem Thema Qualitätsindikatoren widmen.
14. Jan. 2008	Tarifpolitik	Beginn der Tarifverhandlungen zwischen dem MB und der VKA  2. Verhandlungsrunde am 28.1 ergebnislos  3. Verhandlungsrunde am 20.2 ergebnislos	Die erste Verhandlungsrunde endet ergebnislos. Auch in der zweiten Runde können sich MB und VKA nicht einig werden.  Der MB sieht jedoch positive Signale und rechnet damit, dass die Arbeitgeber in der dritten Runde ein konkretes Ergebnis vorlegen werden.  Die VKA bestätigt, dass sie ein Angebot vorlegen werde, hält aber daran fest, dass angesichts der gesetzlichen Rahmenbedingungen erneute Lohnerhöhungen nicht verkraftbar seien. Ihre Hauptforderung ist die Einführung leistungsorientierter Bezahlung auch für Ärzte, was der MB bisher blockiert habe.  Auch die 3. Verhandlungsrunde endet ergebnislos.
10. Jan. 2008	Gesundheitsfonds/Morbi-RSA	BVA veröffentlicht „Morbi-Gutachten“ des Wissenschaftlichen Beirats	Mit einiger Verzögerung veröffentlicht das Bundesversicherungsamt das Gutachten seines Wissenschaftlichen Beirats zu den im neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten.  Der Beirat schöpft den gesetzlich vorgegebenen Rahmen (50 bis 80 Krankheiten) voll aus – den ausgewählten 80 Krankheiten seien 23 % der Versicherten und 67 % der Ausgaben zuzuordnen.  BVA und BMG betonen, dass dieses Gutachten noch nicht maßgeblich sei, es komme vielmehr auf die Entscheidung des BVA zum 1.7.08 an, die auch die Berechnungsmodalitäten enthalten werde.  Erst nach Lieferung der Kassendaten Mitte August könne man abschätzen, wie sich der neue RSA auf die einzelnen Kassen auswirke.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
10. Jan. 2008	Gesundheitsfonds/Morbi-RSA	BVA veröffentlicht „Morbi-Gutachten“ des Wissenschaftlichen Beirats	<p>Trotz der Verzögerungen beim Gutachten sei der Zeitplan gut einzuhalten – Fonds und neuer, zielgerichteter RSA gehörten untrennbar zusammen.</p> <p>Das Gutachten löst heftige Diskussionen aus – die großen „Versorgerkassen“ fühlen sich unzureichend berücksichtigt. BMG und BVA stellen sich in der Folge auf die Seite der Versorgerkassen.</p>
18. Dez. 2007	Tarifpolitik	Marburger Bund eröffnet Tarifrunde 2008 – neue Runde mit den Arbeitgebern der kommunalen Krankenhäuser (VKA)	<p>Mit seiner Forderung einer durchschnittlichen Gehaltssteigerung von 10,19% geht der MB in die neue Runde der Tarifverhandlungen mit den Arbeitgebern der kommunalen Krankenhäuser.</p> <p>Die VKA weist diese Forderung angesichts der politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen als unbezahlbar zurück. Auch die DKG sieht keinen Spielraum für Tarifierhöhungen.</p> <p>Der MB dagegen hält seine Lohnforderungen für einen Beitrag zur Wettbewerbsfähigkeit kommunaler Krankenhäuser, er würde nur fordern, was in anderen Krankenhäusern längst Realität sei.</p>
5. Dez. 2007	Arbeitszeit	EU-Ministerrat zur europäischen Arbeitszeitrichtlinie	<p>Der Ministerrat der EU kann sich wieder einmal nicht auf einen Vorschlag für eine Novellierung der Arbeitszeitrichtlinie einigen.</p> <p>Der Marburger Bund attackiert die Bundesregierung heftig für ihre Verhandlungsposition. Sie habe den Vorschlag der EU-Kommission für längere Wochenarbeitszeiten und die Unterteilung des Bereitschaftsdienstes in aktive und inaktive Zeiten zuzulassen, unterstützt.</p> <p>Diese Punkte entsprechen den Vorstellungen der DKG, die sich seit geraumer Zeit insbesondere für diese Unterteilung eingesetzt hatte.</p>
22. Nov. 2007	Tarifpolitik	Die Auseinandersetzungen des MB mit den kirchlichen Arbeitgebern beginnen zu eskalieren	<p>Die besonderen rechtlichen, aber auch arbeitskulturellen Bedingungen an kirchlichen Einrichtungen bereiten auch dem Marburger Bund bei seinen Verhandlungen für höhere Löhne und eine dem Arbeitszeitgesetz entsprechende Arbeitszeitregelung zusehends Probleme.</p> <p>Aber nicht nur die Rahmenbedingungen sind problematisch, sondern auch die Argumentation der Kirchenvertreter, die mit gewerkschaftlichen Mitteln nur schwer aufzubrechen ist, solange sie bei den Arbeitnehmern einen Widerhall findet.</p> <p>Die Auseinandersetzungen mit den kirchlichen Arbeitgebern hatten sich über Monate hochgeschaukelt.</p> <p>Der MB verweist immer wieder auf eine repräsentative Umfrage zu den Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern, bei der die kirchlichen Häuser besonders schlecht abgeschnitten haben.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
22. Nov. 2007	Tarifpolitik	Die Auseinandersetzungen des MB mit den kirchlichen Arbeitgebern beginnen zu eskalieren	Aus der Pressemitteilung des MB: „Der Marburger Bund ruft heute die Ärzte aus den Caritaskrankenhäusern dazu auf, für bessere Arbeitsbedingungen und eine angemessene Vergütung an katholischen Häusern zu demonstrieren. Gestern war ein mehrstündiges Gespräch mit hochrangigen Vertretern des Katholischen Krankenhausverbandes und des Katholischen Büros ergebnislos verlaufen. Statt die Ärztegewerkschaft als Verhandlungspartner anzuerkennen und die katastrophalen Arbeitsbedingungen in konfessionellen Häusern gemeinsam zu verändern, beriefen sich die Kirchenvertreter weiterhin auf die tradierte Form des „dritten Weges“. Damit soll die Ärztegewerkschaft davon ausgeschlossen werden, arzt spezifische Regelungen festzulegen. „Deshalb ist es nun an der Zeit, bloßen Worten Taten folgen zu lassen“, so der 1. Vorsitzende des Marburger Bundes, Rudolf Henke. Henke: „Hier werden Ärzte im Namen christlicher Nächstenliebe regelrecht ausgebeutet. Es wirkt scheinheilig, sich dazu auf eine arbeitsrechtliche Sonderrolle der Kirchen zu berufen. Das wollen wir nun mit vereinten Kräften beenden.“
16. Nov. und 7. Dez. 2007	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung	Bundesländer einigen sich: Beschluss der AOLG – gebilligt von der GMK	<p>Nach zähen Verhandlungen einigen sich die Bundesländer auf Ebene der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden auf Grundsätze zur Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens. Die AOLG bittet in einem Schreiben die GMK, das Votum der GMK zu diesem Konzept im Rahmen eines Umlaufbeschlusses einzuholen – das geschieht am 7. Dezember. Der Handlungsspielraum wird durch diese Positionierung der Länder geringer.</p> <p>Grundsätze des Länderkonzepts:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Auswirkungen des DRG-Systems bedürften einer eingehenden Analyse. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf bestehe für die Anschlussgesetzgebung zum Fallpauschalengesetz.</li> <li>• Ausrichtung auf die Ziele Steigerung des Wettbewerbs um Qualität, Effizienz und Effektivität.</li> <li>• Die Budgetdeckelung sei nicht mehr sachgerecht, es müssten geeignetere Indikatoren als die Grundlohnsomme zur Berechnung der jährlichen Steigerungsraten der Vergütung angewandt werden.</li> <li>• Die Vorschläge der AOLG sollen Gestaltungsspielräume der Länder im Rahmen des Föderalismus erweitern und Grundlage für die Fortentwicklung von Bundes- und Landesrecht sein.</li> </ul> <p>Vorschläge im Einzelnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anschlussgesetzgebung DRG-System nach 1.1.2009</li> <li>• Bundeseinheitliche Definition und Kalkulation</li> <li>• Keine Verlängerung der Konvergenzphase</li> <li>• Vergütung Psychiatrie auf Grundlage Psychiatrie-Personalverordnung tagesbezogen pauschaliert</li> <li>• Bund soll die Selbstverwaltung zu Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG auffordern</li> <li>• Perspektivisches Festhalten am bundeseinheitlichen Basisfallwert</li> <li>• Entwicklung von Qualitätskriterien für Preiswettbewerb</li> <li>• Länder auch in Zukunft in Letztverantwortung für stationäre Versorgung, insbesondere Notfallversorgung</li> <li>• Krankenhausplanung – Wirkungsgrad soll anhand ausgewählter Indikatoren analysiert und bewertet werden</li> </ul>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
16. Nov. und 7. Dez. 2007	<b>Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung</b>	Bundesländer einigen sich: Beschluss der AOLG – gebilligt von der GMK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterentwicklung Krankenhausplanung – Standorte, Fachgebiete und Gesamtbettenzahl, Notfallversorgung – nähere Ausgestaltung obliege den Ländern</li> <li>• Kontrahierungszwang</li> <li>• Einheitliche Wettbewerbsordnung für ambulanten und stationären Bereich</li> <li>• Investitionen – auch weiterhin Steuermittel notwendig.</li> <li>• Finanzielles Engagement der Länder weiterhin notwendig</li> <li>• Pauschalförderung- Wiederbeschaffung durch feste leistungsbezogene Jahrespauschalen</li> <li>• Für langfristige Anlagegüter unterschiedliche Finanzierungsformen</li> <li>• Unterstützung der Aktivierung zusätzlichen privaten Kapitals</li> <li>• Qualitätskriterien und -Indikatoren weiterentwickeln und Instrumente zur Zertifizierung</li> </ul>
10. Nov. 2007	<b>Tarifpolitik</b>	Rudolf Henke wird als Nachfolger von Frank Ulrich Montgomery zum 1. Vorsitzenden des Marburger Bundes gewählt	Damit hält ein neuer Verhandlungsstil im MB Einzug, ebenso wie ein anderes Erscheinungsbild des MB in den Medien.
25. Sept. 2007	<b>Qualitätssicherung/ Mindestmengen</b>	GBA beschließt Mindestmengen für Umsetzung § 116b	Der GBA-Beschluss, die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante hochspezialisierte Leistungen (§ 116b SGB V) pauschal mit einer Mindestmengenregelung zu verknüpfen, sorgt weiterhin für Streit. Nach dem Protest der DKG wird auch scharfe Kritik von den Leitenden Krankenhausärzten (VLK) laut: Kaum ein Krankenhaus werde in der Lage sein, diese Leistungen den Patienten auch tatsächlich anbieten zu können. Der Beschluss kann noch vom BMG beanstandet werden.
25. Sept. 2007	<b>Stationär-Ambulant</b>	Urteil des Bundessozialgerichts	Ein umstrittenes Urteil: Eine stationäre Behandlung sei immer dann abzurechnen, wenn die Fortsetzung durch eine ambulante Therapie ausreichend sei. Die DKG befürchtet massive Probleme, betroffen seien vor allem Patienten, die auf die Weiterbehandlung in einer besonderen Einrichtung angewiesen seien.
25. Sept. 2007	<b>DRGs</b>	Selbstverwaltung einigt sich auf DRG-Katalog 2008	DKG, Spitzenverbände der GKV und PKV-Verband einigen sich auf die maßgeblichen Bausteine des Fallpauschalensystems 2008. „Die Partner werten die nunmehr sechste Version des DRG-Fallpauschalen-Katalogs als Erfolg und Beweis für die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung. Insbesondere loben die Beteiligten die guten Vorarbeiten des von der Selbstverwaltung gegründeten Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und die konstruktive Arbeit der Verhandlungsparteien.“
20. Aug./ 30. Okt 2007	<b>Qualitätssicherung</b>	BQS veröffentlicht Qualitätsreport – Ergebniskonferenz	Laut BQS zeige der Qualitätsreport 2006, dass deutsche Krankenhäuser eine Versorgung auf hohem Niveau gewährleisten. Bei 158 der 180 verwendeten Qualitätsindikatoren könne eine gute Versorgungssituation festgestellt werden; bei 22 Qualitätsindikatoren bestehe Handlungsbedarf, bei 19 habe es eine Verbesserung gegenüber dem Vorjahr gegeben.



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
20. Aug./ 30. Okt 2007	Qualitätssicherung	BQS veröffentlicht Qualitätsreport – Ergebniskonferenz	<p>Auf ihrer jährlich stattfindenden Konferenz stellt die BQS die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung 2006 vor. Wiederum werden Verbesserungen im Vergleich zum Vorjahr festgestellt, allerdings auch Handlungsbedarf. Erstmals fließen Qualitätsindikatoren in die verpflichtend von den Kliniken zu erstellenden Qualitätsberichte ein. Vertreter des GBA, für die externe stationäre Qualitätssicherung zuständig, und Auftraggeber der BQS zeigen sich zufrieden: „Deutsche Krankenhäuser werden immer besser.“</p> <p>Auch das BMG äußert sich positiv. Mit den neuen Vorgaben des GBA könnten Patienten nun Leistungen in einzelnen Krankenhäusern wirklich vergleichen. Im Hintergrund werden heftige Auseinandersetzungen geführt, wie es mit der BQS und der externen Qualitätssicherung weitergeht, u. a. wg. der Ausschreibung für das neue Qualitätsinstitut.</p>
17. Aug. 2007	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	BMG kündigt bundesweites Rollout der Karte ab dem 1. Quartal 2008 an – Reaktionen der Ärzteschaft	<p>Das BMG wird in Sachen eGK erneut initiativ. Staatssekretär Klaus Theo Schröder kündigt in einem Pressegespräch (ohne schriftliche Unterlagen) die flächendeckende Ausgabe der neuen Karte ab dem 1. Quartal 2008 an.</p> <p>Die 10 000er Tests liefen erfolgreich und hätten gezeigt, dass die 100 000er Tests nicht mehr erforderlich seien. Die Karte werde zunächst nur offline mit Versicherten- und Notfalldaten versehen sein und Rezepte sollten gespeichert werden können. Schröder geht von guten Einigungschancen für die im September stattfindenden Verhandlungen zur Finanzierung der Karte aus. Wegen des Preisverfalls bei den Karten sei mit Gesamtkosten von nur 1,4 bis 1,6 Mrd. € zu rechnen, frühere Schätzungen hätten bei bis zu 7 Mrd. € gelegen. Die Investitionskosten seien laut Gesetz von den Krankenkassen zu zahlen. Marburger Bund und Hartmannbund protestieren gegen die Entscheidung des BMG für ein Rollout zu diesem Zeitpunkt. Frank-Ulrich Montgomery (MB) warnt vor einem unkontrollierten Schnellschuss, die Bedenken der Ärzteschaft seien nicht berücksichtigt worden. Er fordert von Ulla Schmidt die Zusage, dass bis zur flächendeckenden Einführung der eGK sämtliche Bedenken der Ärzteschaft ausgeräumt würden. Kuno Winn (Hartmannbund) äußert sich scharf. Dass die 100 000er Tests trotz der vermehrt auftretenden Schwierigkeiten bei den 10 000er Tests nicht mehr stattfänden, zeige die Ignoranz der Herangehensweise an das Projekt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die zur Zeit den Vorsitz der Gesellschafterversammlung der gematik innehat, reagiert mit einem kurzen Argumentationspapier. Die KBV versuche, den „tatsächlichen“ Sachstand zu vermitteln, ohne eine vom BMG abweichende Position explizit und öffentlich zu vertreten.</p>



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
17. Aug. 2007	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	BMG kündigt bundesweites Rollout der Karte ab dem 1. Quartal 2008 an – Reaktionen der Ärzteschaft	Dennoch – der Protest der Ärzte gegen das Rollout zum anvisierten Zeitpunkt geht weiter. In einem offenen Brief fordern NAV-Virchowbund, Medi Deutschland und der Berufsverband der Ärztenossenschaften die Vorstände der KBV und BÄK auf, ihre Mitarbeit in der gematik zu beenden. Die vom 110. Deutschen Ärztetag in Münster und von nahezu allen Verbänden aufgestellten Bedingungen für eine Einführung der eGK seien nicht erfüllt: „Onlinebetrieb und Form der Datenverarbeitung, bzw. Speicherung stehen noch offen, dennoch werden die Hunderttausendertests für entbehrlich erklärt.“ Die KBV dagegen: Die Aussage des BMG zur Entbehrlichkeit der 100 000 Tests beziehe sich nur auf die „erste Variante einer Gesundheitskarte“, die von der Funktionalität her der heutigen Versichertenkarte entspreche.

Krankenhaus-Report 2010 - Kapitel 16

# **Krankenhauspolitische Chronik**

Juni 2009 - August 2008

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 krankenhausesgeführten 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 Hausärzteverband – 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 Hausärzteverband an, die Abrechnung von Selektivverträgen auch dann über die KV abzuwickeln, wenn die KV kein Vertragspartner sei. Die Verträge seien fertig, Ulrich Weigeldt 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 – Minder-einnahmen 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 (Berichterstatte: 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"> <li>1. Entwicklung von Indikatoren für pflegerisch hoch aufwendige Fälle, die eine aufwandsgenauere Abbildung der Pflege im DRG-System ermöglichen.</li> <li>2. Der GBA soll evidenzbasierte pflegebezogene Qualitätsindikatoren entwickeln und in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung einbeziehen.</li> <li>3. Maßnahmen zur Entwicklung und Erprobung neuer Arbeits- und Aufgabenteilungen, zur Unterstützung einer modernen Arbeitsorganisation und zur Nachwuchsförderung in der Pflege.</li> </ol>
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 Hausärzteverband 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:  – 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.  Die Interessenlagen des Ministerrats sind vielschichtig. Sie sind nicht nur arbeitgeberfreundlich, sondern auch von schwierigen wirtschaftlichen Bedingungen bestimmt, insbesondere in einigen osteuropäischen Ländern.  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.  Auch wenn Rat und Parlament sich auf einander zu bewegen, bleibt es grundsätzlich bei den unvereinbaren Positionen.  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.  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.
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	<b>Integrierte Versorgung</b>	Stellungnahmen der Bundesregierung	<p>In Stellungnahmen gegenüber dem Bundestag gibt sich das BMG einseitig, eine Fortführung der Anschubfinanzierung ist nicht geplant.</p> <p>Die Anschubfinanzierung sei als zeitlich begrenztes Instrument angelegt, die Projekte sollten sich auf Dauer selbst tragen.</p>
13. Feb. 2009	<b>Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik/ Pflege/ Investitionsfinanzierung/ Bundesbasisfallwert</b>	KHRG: Zweiter Durchgang Bundesrat, Inkrafttreten	Der Bundesrat lässt den Gesetzesbeschluss des Bundestages mit einer Entschliebung passieren. Das Gesetz tritt rückwirkend zum 1.1.2009 in Kraft.
13. Feb. 2009	<b>GKV-Finanzierung/ Steuerfinanzierung/ Beitragssatz/ Staatsdarlehen/ Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise/ Investitionsfinanzierung Krankenhäuser</b>	Der Bundestag verabschiedet Konjunkturpaket II – Bundesrat stimmt eine Woche später zu.	<p>Ergänzend zu den Beschlüssen des Konjunkturpakets II wird der Fonds einnahmeseitig entlastet: Liquiditätsdarlehen des Bundes müssen erst 2011 und nicht schon 2010 zurückgezahlt sein.</p> <p>Begründung: Es sei noch keine Liquiditätsreserve aufgebaut und es drohten möglicherweise zusätzliche konjunkturbedingte Einnahmeausfälle.</p>
10. Februar 2009	<b>Qualitätssicherung/ Sektorenübergreifende Qualitätssicherung/ Qualitätsinstitut</b>	GBA will AQUA-Zuschlag für Qualitätsinstitut erteilen	<p>Aus der Pressemitteilung des GBA:</p> <p>„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.“</p> <p>Die BQS stellt bei der Vergabekammer des Bundeskartellamts den Antrag auf Aufhebung der Vergabeentscheidung.</p>
21. Jan. 2009	<b>Krankenhauserkrankungen – Patientensicherheit</b>	Antrag LINKE „Krankenhauserkrankungen vermeiden – multiresistente Problemkeime wirksam bekämpfen“	<p>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.</p> <p>Der Bundestag lehnt diesen Antrag am 14. Mai 2009 ab.</p>
12. Jan. 2009	<b>GKV-Finanzierung/ Steuerfinanzierung/ Beitragssatz/ Investitionsfinanzierung Krankenhäuser</b>	Koalitionsbeschluss zum Konjunkturpaket II	<p>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:</p> <p>„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.“</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
12. Jan. 2009	GKV-Finanzierung/ Steuerfinanzierung/Beitrags-satz/Investitions-finanzierung Krankenhäuser	Koalitionsbe-schluss zum Konjunktur-paket 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 Gesundheits-fonds 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	Krankenhauspo-litischer „Rundumschlag“	Bundestag verabschiedet KHRG mit vielen Änderungsanträ-gen	<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"> <li>– Abgrenzung des Erlösbudgets,</li> <li>– Preisverhandlungen für zusätzliche Leistungen 2009,</li> <li>– mindernde Berücksichtigung einer mehr als hälftigen Tarifkostenrefinanzierung 2009</li> <li>– Verrechnung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen</li> <li>– Vereinbarung des Landesbasisfallwerts, Anhebung der Untergrenze und Einführung einer Obergrenze für die jährliche Absenkung auf den Basisfallwertkorridor</li> <li>– Zu- oder Abschlag wegen Konvergenzverlängerung (um ein Jahr – zwei Schritte von der Krankenhausebene zum Landesbasisfallwert)</li> <li>– Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Vereinbarung unabhängig von Budgetverhandlungen)</li> </ul> <p>II.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Krankenhauszuzahlungen: Übertragung des Einzugsverfahrens auf die Krankenhäuser, Vergütungsanspruch wird direkt mit Zuzahlungen verrechnet</li> <li>– Kassenbezogene Umsetzung der Stichprobenprüfungen bei Krankenhausrechnungen</li> <li>– Erhöhung der Aufwandspauschale für Krankenhäuser im Fall ungerechtfertigter Abrechnungsprüfungen (von 100 auf 300 €)</li> </ul>

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"> <li>– Festlegung und Übermittlung von Verhandlungsdaten</li> <li>– Nutzung der DRG-Daten durch das Bundeskartellamt</li> <li>– Weiterentwicklung Krankenhausstatistik-Verordnung</li> <li>– Steuerrechtliche Änderungen</li> </ul> <p>IV.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 90 %-Finanzierung des Pflegepersonalstellen-Programms durch die Kassen</li> </ul> <p>V.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Schaffung einer Nachverhandlungsmöglichkeit für den bestehenden Personalbestand, um den Erfüllungsgrad der Psychiatrie-Personalverordnung zu verbessern – Richtung 100 %-Umsetzung der Psych-PV</li> <li>– Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer an der Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen</li> <li>– Fachgebietsbezeichnung für psychiatrische Einrichtungen</li> </ul> <p>VI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Neue Vergütungsregelung für Belegärzte: Einführung einer Wahloption für Kliniken, die belegärztliche Versorgung auch durch Vertragsärzte mit Honorarverträgen sicherstellen zu können</li> </ul> <p>VII.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sonderregelung für Praxiskliniken – eigenständige Vertragspartnerschaft auf Bundesebene</li> </ul> <p>VIII.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Schiedsregelung Vertragspreise im Heilmittelbereich</li> </ul> <p>IX.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ergänzende Vergütungsregelung für Spezialambulanzen in Kinderkliniken</li> </ul> <p>X.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Einheitlichkeit der Qualitätssicherung – Patienten unabhängig von Versichertenstatus berücksichtigen – Beteiligung von PKV-Verband, Bundesärztekammer und Organisationen der Pflegeberufe</li> </ul> <p>XI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Erweiterung des Leistungsbereichs der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung</li> </ul> <p>XII.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Finanzierung der Praxisanleitung in der Krankenpflegeausbildung</li> </ul>
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 Ausgabensprung“.	<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-Beitragssatzverordnung	<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/ Beitragssatz	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 Einheitsbeitragssatz.	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. Beitragssatzverordnung 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  Entschließung 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 Tariferhöhung.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
19. Sep. 2008	Investitionsfinanzierung/ Finanzsituation Krankenhäuser/ Tarifpolitik/Bundesbasisfallwert	Bund-Länder-Einigung  Entschließung des Bundesrates	Das Verhandlungsergebnis zur Investitionsfinanzierung fließt explizit und vollständig in die Entschließung 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 GBA:</p> <p>„Auf 208 Seiten werden in dem Bericht die interessantesten Ergebnisse für 100 der 194 Qualitätsindikatoren aus 26 Bereichen des Krankenhausgeschehens 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>

Krankenhaus-Report 2011 - Kapitel 16

# **Krankenhauspolitische Chronik**

Juli 2010 - August 2009

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
01. Juli 2010	Finanzierung Krankenhäuser/ Pflegepersonal	GKV-Spitzenverband legt BMG Bericht zum Pflegesonderprogramm für das Budgetjahr 2009 vor	<p>In seinem ersten Bericht zum gesetzlich verankerten Pflegesonderprogramm 2009–2011 zieht der GKV-Spitzenverband eine positive Zwischenbilanz. Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2009 rund 186 Mio. Euro zur Finanzierung zusätzlichen Pflegepersonals zur Verfügung gestellt, womit die finanziellen Voraussetzungen für etwa 5 480 zusätzliche Stellen in der Krankenpflege geschaffen wurden. Damit waren für mehr als 1 000 Krankenhäuser die finanziellen Voraussetzungen für die Aufstockung von Stellen in der Pflege gegeben.</p> <p>Inwieweit das hinter dem Pflegesonderprogramm stehende Ziel „Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte“ erreicht wird, kann bislang nicht endgültig beurteilt werden. „Es gibt keine umfassende Transparenz darüber, wie die Mittel eingesetzt werden“, so die Kritik von ver.di Bundesvorstand Herbert Weisbrod-Frey.</p>
30. Juni 2010	Sektorübergreifende Bedarfsplanung	Beschlüsse der 83. Gesundheitsministerkonferenz	<p>Die für Gesundheit zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren fordern eine Ausweitung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung, um ihren Verfassungsauftrag für eine allgemeine Daseinsvorsorge wahrnehmen zu können.</p> <p>Ein Schwerpunkt der Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) beinhaltet Änderungen der Bedarfsplanung. Hierzu hat die GMK ein detailliertes Programm zur Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Grundversorgung vorgelegt.</p>
30. Juni 2010	Finanzierung Krankenhäuser/ Preiskomponente	Landesbasisfallwerte für 2010 sind bundesweit vereinbart und genehmigt	<p>Im Jahr 2010 liegt der niedrigste LBFW in Mecklenburg-Vorpommern bei 2 855 Euro und der höchste in Rheinland-Pfalz bei 3 120 Euro (vgl. <a href="http://www.aok-gesundheitspartner.de">www.aok-gesundheitspartner.de</a>).</p> <p>Im Rahmen der Bundesbasisfallwertkonvergenz zeigt sich, dass neun Landesbasisfallwerte außerhalb der vorgegebenen Korridor Grenzen liegen und angepasst wurden.</p>
23. Juni 2010	Patientensicherheit/Behandlungsfehler	Bundesärztekammer stellt Behandlungsfehler-Statistik 2009 vor	<p>Laut Statistik der BÄK sind im Jahr 2009 insgesamt 7 424 Anträge zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern bei Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingegangen und bearbeitet worden.</p> <p>Die häufigsten Behandlungsfehlervorwürfe beziehen sich wie in den Vorjahren auf die Diagnosen wie Hüft- und Kniegelenksarthrose sowie Unterarm-, Unterschenkel- und Sprunggelenksfraktur.</p>
22. Juni 2010	Rechtsprechung/ Abrechnung Krankenhaus	Urteil des Bundessozialgerichts zur Aufwandspauschale	Das BSG hat zur Rechnungsprüfung bei fehlerhaften Krankenhausabrechnungen entschieden. Laut Urteil kann die Aufwandspauschale vom Krankenhaus nicht beansprucht werden, wenn eigenes Fehlverhalten zu einer Prüfung führt, ohne jedoch den Rechnungsbetrag zu verändern, oder wenn sich sogar der Abrechnungsbetrag im Nachhinein noch zu Lasten der Kassen erhöht.



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
18. Juni 2010	Gesetzesentwurf/ Abrechnungsstellen/ Psychiatrie/ Arzneimittel/ Telematik	Bundestag beschließt in 2./3. Lesung „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz)“	Die im parlamentarischen Beratungsverlauf diskutierten Regelungen und Änderungsanträge werden beschlossen. Erst spät im Verfahren ist der gesetzlich verankerte Online-Stammdatenabgleich bei der elektronischen Gesundheitskarte eingebracht worden. Der 2. Durchgang des nicht zustimmungspflichtigen Gesetzesentwurfs wird am 09.07.2010 im Bundesrat stattfinden. Danach tritt das Gesetz zum 01.08.2010 in Kraft.
14. Juni 2010	Finanzierung Krankenhäuser/ Pflegepersonal	Antwort der Bundesregierung zur „Umsetzung des Förderprogramms für zusätzliches Pflegepersonal in den Krankenhäusern“	Bezüglich der Situation in der Pflege vor dem Jahr 2009 werden u. a. die Fragen Stellenabbau, Stellenbedarf, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit beantwortet und zum Teil mit internationalen Daten untermauert. Insgesamt ist die Antwort der Bundesregierung (Drs. 17/2086) auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE nur eingeschränkt aussagefähig, da die wesentlichen Fragen zur Umsetzung des Pflegesonderprogramms aufgrund des noch nicht vorliegenden Berichts des GKV-Spitzenverbandes offen bleiben.
13. Juni 2010	Finanzierung GKV/Einsparungen Krankenhäuser/Grundlohnrate/Abschlag für Mehrleistungen	CDU-Papier zu Einsparoptionen	Das Papier der CDU-Gesundheitspolitiker Jens Spahn und Dr. Rolf Koschorrek sieht für das Jahr 2011 Einsparungen der GKV im Umfang von 2,2 Mrd. Euro vor. Für den stationären Sektor wird dabei von einem Einsparvolumen von rund 650 Mio. Euro ausgegangen. Dieser Betrag kann kurzfristig erreicht werden, indem die Grundlohnrate für das Jahr 2011 auf „Null“ gesetzt (rd. 300 Mio. Euro) sowie ein Abschlag für zusätzliche Leistungen (Mehrleistungen) in Höhe von 30 % (Volumen rd. 350 Mio. Euro) erhoben wird. Zudem wird als strukturelle Maßnahme die Erprobung des selektiven Kontrahierens im Krankenhaus für ausgewählte Leistungen vorgeschlagen. Der GKV-Spitzenverband begrüßte die Einsparvorschläge, betonte jedoch, dass ein Volumen von 2,2 Mrd. Euro nicht genug sei. Die DKG hingegen lehnt eine Nullrunde für die Kliniken aufgrund von Personalkostensteigerungen von rund 1 Mrd. Euro ab.
9. Juni 2010	Tarifpolitik	Tarifeinigung des Marburger Bundes mit kommunalen Kliniken	Der monatelang ausgehandelte Kompromiss betrifft rund 55 000 Ärzte und sieht eine zweiprozentige Gehaltssteigerung rückwirkend zum 01.05.2010, eine Einmalzahlung von 400 Euro sowie eine bessere Vergütung der Bereitschaftsdienste vor. Damit kostet der Tarifabschluss den kommunalen Krankenhäusern in den kommenden 20 Monaten insgesamt rund 140 Mio. Euro.
8. Juni 2010	Patientenrechte/ Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	EU-Richtlinie über die „Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Patientenrechte-Richtlinie)“	Der Rat der EU-Gesundheitsminister hat sich nach längeren Beratungen auf einen grenzüberschreitenden Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und freier Arztwahl auf Basis der Kostenerstattung verständigt. Bei einer Krankenhausbehandlung im Ausland bedarf es weiterhin der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkassen. Diese kann bei zeitnaher Behandlung im Inland eine Genehmigung allerdings verweigern. Die Kosten einer Auslandsbehandlung sollen den Versicherten maximal nur bis zu der Höhe erstattet werden, die bei einer Behandlung im Heimatland angefallen wären.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
8. Juni 2010	Patientenrechte/ Grenzüber- schreitende Gesundheits- versorgung	EU-Richtlinie über die „Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Patientenrechte-Richtlinie)“	Voraussichtlich im Herbst 2010 wird das europäische Parlament die Richtlinie in 2. Lesung beraten. Mit dem Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens ist frühestens im Laufe des Jahres 2011 zu rechnen.
3. Juni 2010	Finanzierung GKV/Einsparun- gen Kranken- häuser/Prämien- modell	Eckpunkte zur Finanzreform GKV	Die Gesundheitspolitiker der Regierung lehnen die geplante Pauschalprämie in Höhe von 30 Euro ab. Das Eckpunktepapier enthält zusammenfassend folgende Punkte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Finanzierung und Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung soll der dynamischen Entwicklung Rechnung tragen.</li> <li>• Ziel ist es, die begrenzten finanziellen Ressourcen effizient und im Sinn einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung einzusetzen.</li> <li>• Vorrangig wird geprüft, wie über strukturelle Änderungen der Anstieg der Kosten zu begrenzen ist.</li> <li>• Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags, um eine weitergehende Entkopplung der Lohnzusatzkosten von steigenden Gesundheitsausgaben zu erreichen.</li> <li>• Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen und damit Förderung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen.</li> </ul> Geplant ist, dass Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler mit CDU, CSU und FDP bis zur Sommerpause ein Konzept, basierend auf diesen Eckpunkten erarbeitet.
3. Juni 2010	Pauschalisiertes Entgeltsystem/ Entwicklungsauftrag Psychiatrie	Antwort der Bundesregierung zum „Stand der Umsetzung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz“	Die Antwort der Bundesregierung (Drs. 17/1908) auf die Kleine Anfrage der SPD gibt einen umfassenden Überblick über den aktuellen Sachstand des erstmals im Jahr 2013 budgetneutral einzuführenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser.  Insbesondere wird auch auf den Umsetzungsstand der Psychiatrie-Personalverordnung sowie auf die von DKG und GKV-Spitzenverband geforderte und bereits vom BMG abgelehnte unterjährige § 17d OPS-Revision eingegangen. Ziel der geforderten Revision war es, den Dokumentations- und Administrationsaufwand zu reduzieren.
1. Juni 2010	Finanzierung GKV/Prämien- modell	Eckpunkte zur Finanzreform GKV	Laut Medienbericht will Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler im Rahmen der Krankenkassenfinanzierungsreform ab dem Jahr 2011 eine monatliche einkommensunabhängige Pauschalprämie von durchschnittlich 30 Euro je GKV-Mitglied einführen und damit die Zusatzbeiträge überflüssig machen.  Die Prämie soll flankiert werden durch einen einkommensabhängig gestaffelten Beitragssatz (AN-Anteil gestaffelt je nach Einkommen von 5 bis 7,3 %; AG-Anteil von 7,3 %) und durch einen Steuerzuschuss von rund 6 Mrd. Euro.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
1. Juni 2010	Finanzierung GKV/Prämienmodell	Eckpunkte zur Finanzreform GKV	Die CSU lehnt die Pläne von Bundesgesundheitsminister Dr. Rösler ab. Der GKV-Spitzenverband hingegen begrüßt die Absicht, fordert aber auch eine konsequente Ausgabenbegrenzung, um Zusatzbelastungen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber so gering wie möglich zu halten.
19. Mai 2010	Medizinische Versorgung/ Organtransplantation	Europäisches Parlament verabschiedet Richtlinie zu Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei Organtransplantationen	Die europäische Ebene beabsichtigt durch die Vereinheitlichung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards im Bereich der Organspende das Vertrauen in der Bevölkerung zu stärken und damit auch die Spenderzahlen zu erhöhen. Die Abgeordneten haben außerdem die Entschließung des Aktionsplans zu Organspenden angenommen.  In welchem Umfang die in 1. Lesung verabschiedete EU-Richtlinie eine Änderung des deutschen Transplantationsgesetzes bedingt, ist noch offen.
19. Mai 2010	Gesetzesentwurf/ Abrechnungsstellen/ Psychiatrie/ Arzneimittel/ Telematik	Anhörung zum „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz)“ im Gesundheitsausschuss	Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages befragt Experten zum GKV-ÄndG. Im Vordergrund der Anhörung stehen die Sparvorschläge für den Arzneimittelbereich sowie die Datensicherheit bei Hausarztverträgen.  Wie zu erwarten kritisiert die Pharmaindustrie die geplante Anhebung des Herstellerrabatts von 6 auf 16 % sowie den rückwirkenden Preisstopp. Die Diskussion, ob private Rechenzentren übergangsweise bis Mitte 2011 Daten aus Selektivverträgen verarbeiten dürfen, hält unverändert an. Es geht dabei im Kern um die Zukunft der Hausarztverträge an sich. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, von Stackelberg, spricht sich gegen den Vorschlag aus, die Abrechnung im Rahmen der Hausarztverträge den Kassenärztlichen Vereinigungen zu übertragen.  Einig sind sich die Selbstverwaltungspartner bei der eGK. Sowohl die Anrufung der Bundesschiedsstelle durch das BMG als auch die Übernahme der Kosten des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik werden abgelehnt. Der von der GKV geforderte verpflichtende Online-Stammdatenabgleich findet sich bislang noch nicht in einem Gesetzesentwurf wieder.
11. Mai 2010	Medizinische Versorgung/ Sicherstellung ärztliche Versorgung/ Ärztemangel	Positionierung des 113. Deutschen Ärztetages	Aus Sicht des Deutschen Ärztetages müssen in der verbleibenden Legislaturperiode folgende politische Herausforderungen prioritär in Angriff genommen werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung in ländlichen Regionen, z. B. durch die Förderung von ärztlichen Kooperationsgemeinschaften, Zweigpraxen oder qualifizierten Praxisassistenten,</li> <li>• Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit z. B. im Rahmen des Studiums durch die Abschaffung des Numerus Clausus oder die Einführung einer „Landarztquote“,</li> <li>• Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung,</li> <li>• Stärkung der Patientensouveränität und Eigenverantwortung der Versicherten z.B. durch die Erprobung von sozialverträglichen Selbstbehalttarifen sowie Wahl-tarifen für zusätzliche Versorgungsangebote für GKV-Versicherte auf Basis der Kostenerstattung und die</li> <li>• Demografiefeste Sanierung der GKV-Finanzierung.</li> </ul>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
28. April 2010	Finanzierung GKV/Finanzierungs- markt	GKV-Schätzerkreis prognostiziert Defizit für 2010	<p>Laut der Prognose liegen die Ausgaben der GKV für das Jahr 2010 voraussichtlich um 3,1 Mrd. Euro höher als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.</p> <p>So werden Ausgaben in Höhe von 173,4 Mrd. Euro und Einnahmen in Höhe von 172,0 Mrd. Euro einschließlich des bisherigen Bundeszuschusses in Höhe von 11,7 Mrd. Euro und des zusätzlichen Bundeszuschusses in Höhe von 3,9 Mrd. Euro angenommen. Auch die von der Bundesregierung beschlossenen Einsparungen durch die Erhöhung des Abschlags für Arzneimittel ohne Festbetrag von derzeit 6 auf 16 % ab August 2010 mit rund 0,5 Milliarden Euro sind berücksichtigt worden.</p>
21. April 2010	Rechtssprechung/Steuerfinanzierung	Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Bundeszuschuss der GKV	<p>Das BVerfG hat eine Verfassungsbeschwerde eines privat Krankenversicherten gegen die Höhe des steuerfinanzierten Bundeszuschusses an die gesetzliche Krankenversicherung zurückgewiesen. Die Verfassungsbeschwerde ist unzulässig, weil der Beschwerdeführer durch die Bestimmung nicht unmittelbar beschwert ist. „Ein einzelner Bürger könne aus seinen Grundrechten regelmäßig keinen Anspruch herleiten, eine bestimmte Verwendung des Aufkommens aus öffentlichen Abgaben generell zu unterlassen“, so das Gericht.</p>
20. April 2010	Rechtssprechung/Rechnungskürzung	Urteil des Bundessozialgerichts zum Sanierungsabschlag	<p>Das BSG hat entschieden, dass der „Sanierungsabschlag“ der Krankenhäuser für die gesetzliche Krankenversicherung in den Jahren 2007/2008 nicht verfassungswidrig war und hat damit die Rechnungskürzung um ein halbes Prozent des Rechnungsbetrags gebilligt. Insgesamt haben die Krankenkassen durch den Sanierungsabschlag in den Jahren 2007 und 2008 jährlich rund 250 Mio. Euro eingespart.</p> <p>Laut Urteil sei der Rechnungsabschlag weder eine verfassungsrechtlich unzulässige Sonderabgabe noch verletze die Regelung die klagenden Krankenhausträger in ihren Grundrechten auf Berufsfreiheit, auf Garantie ihres Eigentums oder auf Gleichberechtigung. Vorausgesetzt, diese Grundrechte würden tangiert, seien diese durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt, nämlich die Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV.</p> <p>In seiner Entscheidung vom 29.04.2010 hat der 3. Senat des BSG die Revisionsanträge verworfen und somit den Sanierungsabschlag abschließend bestätigt.</p>
19. April 2010	Qualität/ Qualitätssicherung	Gemeinsamer Bundesausschuss beschließt Richtlinie zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)	<p>Der G-BA hat im schriftlichen Beschlussverfahren den Erlass der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung beschlossen.</p> <p>Aufgrund von Rückfragen seitens des BMG wird die Nichtbeanstandungsfrist ausgesetzt, aus diesem Grund wird die Richtlinie voraussichtlich bis Jahresende 2010 in Kraft treten.</p>
19. April 2010	Patientensicherheit/Medizinprodukte	EU-weite Datenbank für Medizinprodukte beschlossen	<p>Die EU-Kommission hat ab Mai 2011 für alle Mitgliedsstaaten die verpflichtende Nutzung der Europäischen Datenbank für Medizinprodukte – Eudamed – festgelegt.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
19. April 2010	Patientensicherheit/Medizinprodukte	EU-weite Datenbank für Medizinprodukte beschlossen	Ziel ist es, sicherheitsrelevante Informationen über medizinische Produkte wie Herzschrittmacher, Prothesen, Röntgenapparate und Spritzen künftig einfacher und schneller verfügbar zu machen. Teilweise wird Eudamed bereits freiwillig von einigen EU-Mitgliedsstaaten genutzt, um einen raschen Informationsaustausch zwischen einzelstaatlichen Behörden zu ermöglichen.
16. April 2010	Patientensicherheit/Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	Umfrage zu Patientensicherheit und Versorgungsqualität	Die Eurobarometer-Umfrage zur Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung zeigt, dass sich deutsche Patienten in den Händen ihrer Ärzte und Krankenhäuser besser aufgehoben fühlen als die Bürger anderer EU-Staaten.  Insgesamt fühlen sich ca. 70 % der Deutschen „gut“ und 16 % sogar „sehr gut“ versorgt. Im EU-weiten Durchschnitt sind es 57 % bzw. 13 %.  Gleichzeitig halten es aber 31 % der Deutschen für „wahrscheinlich“ dass sie bei der Behandlung in Krankenhäusern Schaden nehmen könnten. Im EU-weiten Vergleich ist dies jedoch der drittniedrigste Wert – nur Finnland und Österreich liegen noch vor Deutschland.
1. April 2010	Pauschalisiertes Entgeltsystem/DRG-Evaluation	Veröffentlichung der G-DRG-Begleitforschung	Das von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene mit der Durchführung der G-DRG-Begleitforschung beauftragte IGES-Institut kommt zu dem Ergebnis, dass ein pauschalisiertes Vergütungssystem weder zu frühzeitigen Entlassungen noch zu Verlagerungseffekte in andere Versorgungsbereiche geführt hat. Es gibt keine Hinweise, dass die Einführung von Fallpauschalen die Versorgung der Patienten in Deutschland verschlechtert hat.  In dem ersten veröffentlichten Bericht wird die DRG-Einführungsphase mit den Jahren 2004–2006 beleuchtet, indem rund 50 Forschungsfragen analysiert wurden. Der anschließende zweite Forschungszyklus untersucht die Jahre 2006–2008 und damit den Kernzeitraum der Konvergenzphase. Diese Ergebnisse werden 2011 zur Verfügung gestellt.
31. März 2010	Gesetzesentwurf/Abrechnungsstellen/Psychiatrie/Arzneimittel/Telematik/Insolvenzrecht	Bundeskabinett beschließt die Gegenäußerung der Bundesregierung zum „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz)“	Die Änderungswünsche des Bundesrates zu den Hausarztverträgen im Zusammenhang mit dem Notfalldienst und zur Nachverhandlungsmöglichkeit von Psychiatriestellen nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) werden abgelehnt.  Nicht abgelehnt werden hingegen die Anmerkungen des Bundesrates zum Insolvenzrecht/Altersrückstellungen. Diese werden im weiteren Verfahren geprüft.  Die für den Krankenhaussektor relevante geplante Klarstellung der BPfIV wird je nach Perspektive unterschiedlich bewertet. Strittig ist insbesondere der Maßstab der Nachverhandlungsmöglichkeit – vereinbarter oder tatsächlicher Personalbestand.  Die 1. Lesung im Bundestag findet am 22.04.2010 statt.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
17. März 2010	<b>Finanzierung GKV/Einsparungen/Prämienmodell</b>	Erstes Treffen der Regierungskommission zur nachhaltigen und sozialen Finanzierung des Gesundheitswesens	<p>An dem Gespräch nehmen neben den acht beteiligten Bundesministerien auch die gesundheitspolitischen Experten der Regierungsfraktionen sowie der BVA-Präsident Dr. Gaßner und der SVR-Vorsitzende Prof. Dr. Wille teil.</p> <p>Aufgabe der Kommission ist es, für ein solides und auch in Zukunft tragfähiges Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung zu sorgen.</p> <p>Laut Pressemitteilung betont Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler: „Auf der heutigen Sitzung ist einmal mehr deutlich geworden, dass die anstehenden Probleme im Gesundheitswesen nur durch Verbesserung des Systems zu lösen sind. Die Koalition hat sich daher vorgenommen, den Einstieg in ein System mit prämiendifinanziertem Anteil und Sozialausgleich zu schaffen.“ Dr. Rösler weiter: „Wir betrachten nicht nur die Einnahmeseite. Auf der Ausgabenseite bin ich dabei, durchdachte Sparkonzepte erarbeiten zu lassen. Ein entsprechendes Konzept für den Arzneibereich werde ich schon bald der Öffentlichkeit vorstellen.“ Abschließend sagt der Minister: „Wir sind angetreten, die Krankenkassen mit einer robusten Finanzierung auszustatten. Wir wollen, dass die exzellente medizinische Versorgung in Deutschland für alle Bürgerinnen und Bürger bezahlbar bleibt. Die Arbeit der Regierungskommission ist dabei ein zentraler Baustein.“</p>
11. März 2010	<b>Medizinische Versorgung/ Einweisermanagement</b>	NRW beschließt Verbot gegen Einweisungsprämien	<p>Als erstes Bundesland hat Nordrhein-Westfalen mit einem gesetzlichen Verbot gegen Prämienzahlungen, auch „Fangprämien“ genannt, reagiert. Im neuen § 31a des Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG NW) heißt es nun: „Krankenhäusern und ihren Trägern ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile zu gewähren, zu versprechen sich gewähren oder versprechen zu lassen.“</p> <p>Bestechung und Korruption im Gesundheitswesen war bereits im September 2009 ein öffentliches Diskussthemata. Allgemein wurden Vorwürfe gegen Ärzte und Kliniken laut, die in „großem Stil“ Prämienzahlungen für die Einweisungen von Patienten leisten. In diesem Zusammenhang haben die BÄK, die DKG und die KBV im September 2009 in einem gemeinsamen Spitzengespräch die Empfehlung ausgesprochen, paritätisch besetzte Clearingstellen auf Landesebene einzurichten. Dort können die Beteiligten als problematisch empfundene Vertragsangebote zur verbesserten Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenhäusern auf ihre rechtliche Zulässigkeit überprüfen lassen.</p>
11. März 2010	<b>Kennzahlen Krankenhäuser/ Personalentwicklung</b>	Statistisches Bundesamt weist 76 000 zusätzliche Arbeitsplätze im Gesundheitswesen aus	<p>Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, waren im Jahr 2008 insgesamt 4,6 Mio. Menschen im Gesundheitswesen tätig. Im Vergleich zum Vorjahr ist damit die Zahl der Beschäftigten um 76 000 Personen oder um 1,7 % angestiegen.</p> <p>Seit dem Jahr 2000 sind im Gesundheitswesen rund 500 000 Arbeitsplätze hinzugekommen, insbesondere bei den Gesundheitsdienstberufen wie Physiotherapie (+ 75 %) oder Altenpflege (+50 %).</p> <p>Im Krankenhaussektor hingegen zeigte sich im selben Zeitraum ein gegenläufiger Trend. Dort ist die Beschäftigtenzahl um insgesamt 23 000 Personen oder 2,1 % zurückgegangen.</p>



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
8. März 2010	Medizinische Versorgung/ Qualitätsmedizin	Start des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit seltenen Erkrankungen (NAMSE)	Das vom BMG ins Leben gerufene Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit seltenen Erkrankungen ist offiziell gestartet. Ziel dieses Bündnisses ist es, die Situation von Menschen mit seltenen Erkrankungen entscheidend zu verbessern, indem anhand bereits bestehender Strukturen und europäischer Erfahrungen Vorschläge für einen nationalen Aktionsplan erarbeitet werden. Etwa 7 000 bis 8 000 Erkrankungen der ca. 30 000 bekannten Krankheiten werden als selten eingestuft. Nach Schätzungen sind in Deutschland etwa 4 Mio. Menschen betroffen, in der Europäischen Union sind es ca. 30. Mio. Menschen.
5. März 2010	Gesetzesentwurf/Finanzierung GKV/ Gesundheitsfonds/Steuerzuschuss	Bundestag verabschiedet Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz (SozVersStabG)	Der Bundestag verabschiedet in 2./3. Lesung das Gesetz zur Stabilisierung der Finanzlage der Sozialversicherungssysteme und den darin enthaltenen einmaligen Bundeszuschuss in Höhe von 3,9 Mrd. Euro für die GKV. Damit erhält der Gesundheitsfonds im Jahr 2010 aus dem Bundeshaushalt insgesamt 15,7 Mrd. Euro. Das Gesetz wird am 26.03.2010 vom Bundesrat verabschiedet und tritt am 17.04.2010 in Kraft. Rückwirkend zum 01.01.2010 tritt die Beteiligung des Bundes am Gesundheitsfonds in Kraft.
12. Feb. 2010	Gesetzesentwurf/ Ausbildungsfinanzierung/ Operationsdienst	Bundesrat beschließt „Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Operationstechnischen Assistenten und zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“	Der Bundesrat hat den aus der 16. Legislaturperiode stammenden Entwurf erneut und unverändert (Diskontinuitätsprinzip) eingebracht. Ziel ist, die Finanzierung der Ausbildungskosten von operationstechnischen Assistenten (OTA) auf die gesetzliche Krankenversicherung zu übertragen. Die Bundesregierung lehnt in ihrer Stellungnahme zum Gesetzesentwurf des Bundesrates vom 24.03.2010 die Ausbildungsfinanzierung durch die GKV ab, da eine kostenneutrale Finanzierung nicht möglich sei. Die im Gesetzesentwurf dargestellten Kompensationseffekte können nur entstehen, wenn Ausbildungskapazitäten in der Gesundheits- und Krankenpflege abgebaut würden. Diese Entwicklung ist nicht wünschenswert. Grundsätzlich beabsichtigt die Bundesregierung, die staatliche Anerkennung der dreijährigen Ausbildung zu prüfen.
29. Jan 2010	GKV-Finanzierung/ Zusatzbeiträge	Aktuelle Stunde zum Thema Krankenkassen-Zusatzbeiträge	Die Debatte im Bundestag über die Zusatzbeiträge ist stark parteipolitisch geprägt, die Union hebt vor allem die Defizite der 1 %-Regelung hervor und spricht sich für eine Weiterentwicklung mit Sozialausgleich aus. Karl Lauterbach (SPD) fordert Einsparpotenziale durch Rabattverträge zu erzielen und die Arzneimittelpreise gezielter zu steuern. Hintergrund der Diskussion war die am 25.01.2010 abgehaltene Pressekonferenz verschiedener gesetzlicher Krankenkassen, die bekannt gaben, dass ab 01. Februar 2010 oder später Zusatzbeiträge erhoben werden müssen. Aus dem Antwortschreiben des Bundesregierung (Drs. 17/371) vom Dezember 2009 zur Kleinen Anfrage „Zusatzbeiträge der gesetzlichen Krankenkassen sowie deren Auswirkungen auf Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen“ der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen geht hervor, dass „Erkenntnisse über konkrete Beschlüsse über die Erhebung von Zusatzbeiträgen“ bislang nicht vorliegen und derzeit nicht geplant ist „die gesetzlichen Bedingungen zur Erhebung von Zusatzbeiträgen zu verändern“.



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
28. Jan 2010	<b>Finanzierung Krankenhäuser/ Investitionsfinanzierung</b>	Selbstverwaltung schließt Vereinbarung zu den Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen	Nach schwierigen Verhandlungen verständigen sich DKG, GKV-Spitzenverband und PKV auf eine „Vereinbarung gem. § 10 Abs. 2 KHG“ und geben damit die Grundstrukturen für bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen vor. Laut Gesetz soll die Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionszuschüsse ab dem Jahr 2012 für somatische Krankenhäuser und ab dem Jahr 2014 für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ermöglicht werden.
21. Jan 2010	<b>GKV-Finanzierung/Einsparmöglichkeiten</b>	Plenardebatte zu den GKV-Ausgaben	In der Plenarsitzung zur Haushaltsberatung betont Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler, dass nicht ausschließlich die Einnahmeseite stabilisiert werden, sondern auch die Ausgabenseite angepasst werden müsse. Man werde „deshalb jeden Bereich im Gesundheitswesen ansehen und prüfen, ob dort effizient mit Versichertengeldern umgegangen wird oder nicht“.  Insgesamt kündigt Unionsfraktionsvize Johannes Singhammer drei Gesetzesvorhaben an. Eines zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung vor allem in ländlichen Regionen, ein Gesetz zur Deregulierung des Arzneimittelbereichs und eines zur Struktur der Krankenversicherung, bezogen auf das Verhältnis GKV/ PKV.
20. Jan 2010	<b>Gesetzesentwurf/Abrechnungsstellen/ Psychiatrie/ Insolvenzrecht/ Prüfkosten</b>	BMG legt Referentenentwurf zum „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz)“ vor	Der als „Omnibus-Verfahren“ ausgestaltete Gesetzesentwurf enthält folgende wesentliche Inhalte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlängerung der Übergangsregelungen zur Einbeziehung privater Abrechnungsstellen bei der Abrechnung von ambulanten Leistungen bis Mitte 2011</li> <li>• Anpassungen und Klarstellungen hinsichtlich der: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes</li> <li>– Insolvenzsicherung von Wertguthaben für Altersteilzeit der Krankenkassenbeschäftigten</li> <li>– Aufteilung der Kosten der Prüfdienste</li> <li>– Straf- und Bußgeldvorschriften</li> </ul> </li> <li>• Änderung von berufszulassungsrechtlichen Regelungen von Apothekern, Ärzten, Zahnärzten sowie Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege und Hebammen</li> </ul> <p>Essentiell für den Krankenhausbereich ist die geplante Klarstellung der mit dem KHRG geschaffenen Möglichkeit der Nachverhandlung von fehlenden Stellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung.</p> <p>Das Bundeskabinett beschließt den Gesetzesentwurf am 24.02.2010.</p>
21. Dez. 2009	<b>Medizinische Versorgung/ Sicherstellung ärztliche Versorgung/ Allgemeinmedizin</b>	Selbstverwaltung einigt sich auf „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“	Hintergrund der neuen Vereinbarung ist die Änderung der gesetzlichen Grundlage des Förderprogramms durch das GKV-OrgWG. Dort wird u. a. vorgegeben, dass die bisher separaten sektorspezifischen Vereinbarungen zusammenzuführen sind und sicherzustellen ist, dass Weiterbildungsassistenten in allen Weiterbildungseinrichtungen eine angemessene Vergütung erhalten.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
21. Dez. 2009	<b>Medizinische Versorgung/Sicherstellung ärztliche Versorgung/Allgemeinmedizin</b>	Selbstverwaltung einigt sich auf „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung“	Für den Krankenhausbereich bleibt im Fachgebiet der Inneren Medizin die monatliche Förderhöhe von 1 020 Euro pro Stelle gleich, allerdings wird in bestimmten Gebieten, z. B. Chirurgie und Gynäkologie, der Betrag auf 1 750 Euro pro Monat erhöht.  Das Ziel der verankerten Evaluation ist eine jährliche Bewertung der Auswirkung der Vereinbarung auf die allgemeinmedizinische Weiterbildung sowie auf die hausärztliche Versorgung.
18. Dez. 2009	<b>Gesetzesentwurf/Finanzierung GKV/Insolvenzregelung</b>	Bundesrat beschließt „Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse“	Die Verordnung regelt nähere Details zur Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den GKV-Spitzenverband bei Kassenschließung oder -insolvenz und tritt am 14.01.2010 in Kraft.  Der Trend der Kassenfusionen hält ungebrochen an. Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen hat sich von 420 Krankenkassen im Jahr 2000 auf 202 im Jahr 2009 mehr als halbiert.
17. Dez. 2009	<b>Rechtsprechung/Abrechnung Krankenhaus</b>	Urteil des Bundessozialgerichts zur Rechnungsrekture	Nach dem Urteil des BSG besteht das Recht des Krankenhauses zur Rechnungsrekture nur bis zum Ablauf der 6-Wochen-Frist nach Erstellung der Schlussrechnung. Danach ist eine Rechnungsrekture nur noch ausnahmsweise zulässig, z. B. bei evidenten Fehlern oder der Erreichung einer Bagatellgrenze von mindestens 5 % des ursprünglichen Rechnungsbetrags.  In einem ähnlichen Fall hat das BSG im September 2009 mit gleichem Ergebnis entschieden. Demzufolge war eine Nachforderung unter Heranziehung der Grundsätze von Treu und Glauben verwirkt, weil kein ausdrücklicher oder auch nur sinngemäßer Vorbehalt in der ersten Schlussrechnung erklärt worden war.
09. Dez 2009	<b>GKV-Finanzierung/Finanzierungsmarkt</b>	Schätzerkreis prognostiziert Defizit von 4 Mrd. Euro	Auf Basis der GKV-Finanzergebnisse vom 1. bis 3. Quartal 2009 rechnet der Schätzerkreis für das Jahr 2009 mit Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 165,4 Mrd. Euro und Ausgaben in Höhe von 167,3 Mrd. Euro. Der konjunkturbedingte Fehlbetrag des Gesundheitsfonds für 2009 hat sich gegenüber der letzten Schätzung auf 2,1 Mrd. Euro verringert, bedingt durch eine günstigere wirtschaftliche Entwicklung.  Für das Jahr 2010 prognostiziert der Schätzerkreis ein Defizit von 4 Mrd. Euro. Voraussichtlichen Ausgaben von 174,3 Mrd. Euro stehen Einnahmen von 171,1 Mrd. Euro gegenüber. Dabei enthalten die Einnahmen Bundeszuschüsse von insgesamt 15,6 Mrd. Euro. Der Fehlbetrag von 3,2 Mrd. Euro erhöht sich auf 4 Mrd. Euro, da die Kassen 800 Mio. Euro zum gesetzlich vorgegebenen Rücklagenaufbau verwenden müssen.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
08. Dez 2009	<b>Kennzahlen Krankenhäuser/ Standort Deutschland</b>	OECD-Studie: Gesundheitswesen Deutschland	<p>Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hat in ihrer internationalen Vergleichsstudie das deutsche Gesundheitswesen als leistungsfähig und gleichzeitig als teuer bezeichnet.</p> <p>Die wesentlichen Kostenfaktoren sind dabei zu viele Krankenhausbetten, zu hohe Arzneimittelausgaben und Arzthonorare. Beispielsweise beträgt der Anteil der Gesundheitsausgaben in Deutschland rund 10,4% am BIP, das OECD-Mittel beträgt 9,8%. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Anzahl der Krankenhausbetten. Deutschland hält pro 1 000 Einwohner 5,7 Krankenhausbetten vor, der OECD-Mittel-Wert beträgt 3,8 Betten.</p>
30. Nov. 2009	<b>Pauschalisiertes Entgeltsystem/ Entwicklungsauftrag Psychiatrie</b>	Selbstverwaltung vereinbart Grundlagen zum Psychiatrie-Entgeltsystem	DKG, GKV-Spitzenverband und PKV einigen sich über die Grundstrukturen zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen und beauftragen das InEK mit dessen Entwicklung. Der in § 17d KHG vorgegebene Zeitplan zur schrittweisen Einführung eines neuen pauschalierenden Entgeltsystems ist mit dieser Vereinbarung eingehalten worden. Erstmals im Jahr 2013 soll das neue System budgetneutral eingeführt werden.
20. Nov. 2009	<b>Kennzahlen Krankenhäuser/ Operationen</b>	Statistisches Bundesamt weist Operationen 2008 aus	<p>Nach Auswertungen des Statistischen Bundesamtes wurden bei allen im Jahr 2008 entlassenen Patienten ca. 41,8 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Das waren 5,2% mehr als im Vorjahr. Die häufigsten Operationen bei Männern war der Leistenbruch, gefolgt von der arthroskopischen Operation am Gelenkknorpel. Bei Frauen hingegen zählten die Rekonstruktionen weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur und der Kaiserschnitt zu den häufigsten Eingriffen.</p> <p>Die häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) waren dabei die Versorgung gesunder Neugeborener (535 900 Fälle), die Speiseröhrentzündung, die Magen-Darm-Entzündung oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane (421 400 Fälle) und die einfache Entbindung (339 500 Fälle).</p>
17. Nov. 2009	<b>Tarifpolitik</b>	Tarifeinigung mit berufsgenossenschaftlichen Kliniken	Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund und die Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Kliniken vereinbaren für die Ärzte der berufsgenossenschaftlichen Kliniken einen neuen Tarifvertrag. Danach erhalten rund 1 250 Ärzte rückwirkend zum 01.01.2009 eine Gehaltssteigerung von 4,5%. Die Mindestlaufzeit des Vertrages endet am 31.12.2010.
12. Nov. 2009	<b>Kennzahlen Krankenhäuser/ Behandlungskosten</b>	Statistisches Bundesamt weist Behandlungskosten 2008 aus	Laut Statistischem Bundesamt beliefen sich die Gesamtkosten der stationären Krankenhausversorgung nach Bereinigung der Kosten um nichtstationäre Leistungen auf 63,2 Mrd. Euro. Bei 17,5 Mio. behandelten Patienten betragen die Behandlungskosten im Jahr 2008 je Fall im Bundesdurchschnitt 3 610 Euro.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
11. Nov. 2009	Elektronische Gesundheitskarte/Telematik	Moratorium für die Elektronische Gesundheitskarte (eGK)	<p>Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler hat Gespräche mit der KBV und dem GKV-Spitzenverband über den weiteren Aufbau einer Telematikinfrastruktur aufgenommen. Bis zum 14.12.2009 sollen der mögliche Leistungsumfang der eGK sowie das Geschäftsmodell und die Organisationsstrukturen der gematik in ihrem Zusammenwirken mit der Selbstverwaltung und dem BMG sowie die bisherigen Erfahrungen in der Testregion überprüft und bewertet werden.</p> <p>Der Gesundheitsminister erklärt zu den Gesprächsergebnissen: „Wir gehen den Aufbau der Telematikinfrastruktur schrittweise an und beginnen mit einer erweiterten und datenschutzrechtlich sichereren Krankenversicherungskarte. Die Realisierung weiterer medizinischer Anwendungen wird so lange mit einem unbefristeten Moratorium belegt, bis praxistaugliche, höchsten datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechende Lösungen vorgelegt werden.“</p> <p>Gegen die Verunsicherung zur elektronischen Gesundheitskarte äußert sich Bundesgesundheitsministers Dr. Rösler zuvor in einen Brief an den Nordrhein-Westfälischen Gesundheitsminister Laumann (CDU). Danach soll die Verteilung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in der Pilotregion Nordrhein wie geplant weitergehen. Das Moratorium führte dazu, dass die Verteilung der eGK in der Pilotregion zum Erliegen kam.</p>
24. Okt. 2009	Gesundheitspolitische Vorhaben/ Systemweiterentwicklungen	Vorstellung des Koalitionsvertrags „WACHSTUM. BILDUNG. ZUSAMMENHALT“	<p>In der Bundespressekonferenz stellen die Parteivorsitzenden von CDU, CSU und FDP die Ergebnisse der Koalitionsverhandlungen vor.</p> <p>Für Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel steht dabei der „Schutzschirm für Arbeitnehmer“ im Mittelpunkt, der die krisenbedingten Einnahmeausfälle durch eine Finanzierung aus Steuermittel u. a. auch der Krankenkassen gesamtstaatlich auffangen soll. Auch betont die Kanzlerin, dass es keine unsozialen Reformen in der Gesundheitspolitik geben werde. Die Strukturveränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung werden nur mit einem Sozialausgleich umgesetzt.</p> <p>„Vize“-Kanzler Dr. Guido Westerwelle will ein freierliches, wettbewerbliches und solidarisches Krankenversicherungs- und Pflegesystem. Deshalb soll in der sozialen Pflegeversicherung der Einstieg das Kapitaldeckungsmodell vorbereitet werden.</p> <p>Der 132 Seiten umfassende Koalitionsvertrag enthält für die Krankenhausversorgung i. W. folgende relevante Aussagen (vgl. Zeilen 3986–3993 und 4065–4080 vgl. S. 88/89):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deutschland braucht leistungsfähige Krankenhäuser für eine hochwertige, innovative, flächendeckende und wohnortnahe Patientenversorgung.</li> <li>• Der Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren wird fortgesetzt.</li> <li>• Ziel ist, das bestehende Belegarztsystem beizubehalten und zu stärken.</li> <li>• Das Zulassungsverfahren zur ambulanten Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wird kritisch überprüft und ggf. präzisiert.</li> </ul>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
24. Okt. 2009	Gesundheitspolitische Vorhaben/ Systemweiterentwicklungen	Vorstellung des Koalitionsvertrags „WACHSTUM. BILDUNG. ZUSAMMENHALT“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in den Regionen muss bei verlässlicher Investitionsfinanzierung gewahrt bleiben.</li> <li>• Das DRG-System wird als lernendes System begriffen und wo notwendig weiterentwickelt.</li> <li>• Ein Augenmerk gilt dabei auch der Notfallversorgung.</li> <li>• Bundeseinheitliche Preise werden abgelehnt.</li> <li>• Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Für den Bereich unterversorgter Gebiete soll eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser vorgesehen werden, wenn keine Interessenten aus dem Bereich der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen.</li> </ul> <p>Ab dem 09.11.2009 werden Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler sowie Anette Widmann-Mauz und Daniel Bahr als parlamentarische Staatssekretäre an der 1. Sitzungswoche der 17. Legislaturperiode teilnehmen.</p>
23. Okt. 2009	Gesundheitspolitische Vorhaben/ Systemweiterentwicklung	Reaktionen auf den Koalitionsvertrag	<p>Erste Kommentare der Opposition und Verbände zu den gesundheitspolitischen Ergebnissen der Koalitionsverhandlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SPD:</b> „Die Einführung eines einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages, den die Kassen selbst bestimmen müssen, ist im Klartext die Einführung der ungerechten Kopfprämie, die für den Bankdirektor genauso hoch ist wie für seine Sekretärin.“</li> <li>• <b>B'90/Grüne:</b> „Arbeitgeber und Pharmalobby können sich (...) die Hände reiben. Denn trotz aller Unklarheiten steht fest: Der Arbeitgeberbeitrag wird eingefroren, Arbeitgeber beteiligen sich künftig nicht mehr an der Finanzierung der steigenden Gesundheitskosten. Statt mehr Netto vom Brutto gibt es eine FDP-Politik für einzelne Lobbygruppen.“</li> <li>• <b>GKV-SV:</b> „Wir begrüßen ausdrücklich die Absicht von Union und FDP, die konjunkturbedingten Finanzlücken nicht allein den Beitragszahlern aufzubürden. (...) Angesichts der schwierigen Finanzsituation der GKV dürfen die Einnahmen der Pharmaindustrie, der Krankenhäuser und der Ärzte nicht ungebremst steigen.“</li> <li>• <b>DKG:</b> „Die Koalitionspartner haben sich nicht zu erneuten Kostendämpfungsmaßnahmen hinreißen lassen. Die Deckung des krisenbedingten Finanzierungsbedarfs über öffentliche Mittel ist in gleicher Weise wie die Hilfen für Banken und ausgewählte Industriezweige gerechtfertigt.“</li> <li>• <b>KBV:</b> „Licht und Schatten liegen bei der Koalitionsvereinbarung eng beieinander. Die kommenden Monate werden zeigen, wie sie mit Licht erfüllt werden. Die Chance für einen echten Wettbewerb um die beste hausärztliche Versorgung wurde vorerst vertan.“</li> </ul>
14. Okt. 2009	Gesundheitspolitische Vorhaben/ Systemweiterentwicklung	„Kernforderung an eine schwarz-gelbe Gesundheitspolitik“	<p>Aus Sicht von fünf Mitgliedern der „alten“ AG Gesundheit, die nicht an den Koalitionsgesprächen teilnehmen, sollen u. a. folgende Herausforderungen im Koalitionsvertrag verankert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Gebieten durch Zu- und Abschläge auf die ärztliche Vergütung in über- und unterversorgten Regionen.</li> </ul>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
14. Okt. 2009	Gesundheitspolitische Vorhaben/ Systemweiterentwicklung	„Kernforderung an eine schwarz-gelbe Gesundheitspolitik“	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im Arzneimittelsektor sollen Zwangsrabatte und Preismoratorien abgeschafft werden und Festbeträge sowie Rabattverträge überprüft werden. Zudem werden für patentgeschützte Arzneimittel „konditionierte Zulassungen“ mit anschließender Kosten-Nutzen-Bewertung gefordert.</li> <li>Legitimation der Mitglieder des G-BA künftig durch das Parlament oder den Gesundheitsausschuss. Bezüglich des IQWiG wird mehr Transparenz und zudem eine neue Leitung gefordert.</li> <li>Die Finanzierung via Gesundheitsfonds soll in der Struktur erhalten bleiben, allerdings sollen höhere Zusatzbeiträge ermöglicht werden. Auch soll es für Versicherte möglich sein, neben einer Grundversorgung gegen „Aufschlag“ mehr Wahlmöglichkeiten zu erhalten.</li> </ul> <p>Im Rahmen eines „Zehn-Punkte-Papiers“ übermitteln die CDU/CSU-Autoren Michael Hennrich, Maria Michalk, Willi Zylajew, Dr. Rolf Koschorrek und Jens Spahn ihre Forderungen den Verhandlungsführern der Union sowie der Parteispitze.</p>
6. Okt. 2009	Finanzierung GKV/Finanzierungsmarkt	Schätzerkreis prognostiziert Defizit von 7,45 Mrd. Euro	Es werden Fehlbeträge für das Jahr 2009 in Höhe von 2,3 Mrd. Euro (Ausgaben 167,1 Mrd. Euro; Einnahmen 165,3 Mrd. Euro) und für das Jahr 2010 in Höhe von 7,45 Mrd. Euro (Ausgaben 174,2 Mrd. Euro; Einnahmen von 167,2 Mrd. Euro (inkl. Bundeszuschuss von 11,7 Mrd. Euro)) erwartet. Die voraussichtliche Deckungsquote für den Gesundheitsfonds für das Jahr 2010 beträgt 95,5 %.
27. Sept. 2009	Gesundheitspolitische Vorhaben/ Systemweiterentwicklung	Bundestagswahl – die Unionsparteien und die FDP bilden die neue Regierung	<p>Bei der Wahl zum 17. Deutschen Bundestag erreichen die Unionsparteien und die FDP zusammen die notwendige Mehrheit für die angestrebte schwarz-gelbe Koalition.</p> <p>Wer das Gesundheitsressort besetzen wird, ist noch nicht bekannt.</p> <p>Laut Wahlprogramm haben sich die Parteien folgendermaßen zum Thema Gesundheitswesen geäußert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>CDU/CSU</b> fordern mehr Wahlfreiheit und fairere Belastungsgrenzen für gesetzlich Versicherte. Die Gesundheitsprämie wird nicht erwähnt.</li> </ul>
23. Sept. 2009	Pauschalisiertes Entgeltsystem/ DRG/Bundesbasisfallwert	Selbstverwaltung vereinbaren Bundesbasisfallwert und -korridor 2010	DKG, GKV-Spitzenverband und PKV erfüllen ihren gesetzlichen Auftrag fristgerecht, einen Bundesbasisfallwert für das Jahr 2010 zu vereinbaren. Dieser beträgt 2 935,78 Euro inkl. Veränderungsrate. Auch die Korridor Grenzen für die Landesbasisfallwerte liegen fest. Die obere Grenze beträgt 3 009,17 Euro (+2,5 % über dem BFW) und die untere Grenze 2 899,08 Euro (- 1,25 % unter dem BFW).
23. Sept. 2009	Pauschalisiertes Entgeltsystem/ DRG-System 2010	Selbstverwaltung einigen sich auf das DRG-System 2010	DKG, GKV-Spitzenverband und PKV verständigen sich auf die maßgeblichen Bestandteile des Fallpauschalensystems für das Jahr 2010. Die Fallpauschalenvereinbarung 2010 (FPV 2010) enthält den Fallpauschalen-Katalog mit u. a. insgesamt 1 200 anrechenbaren Fallpauschalen (2009: 1 192 DRGs) und 143 Zusatzentgelten (2009: 127 ZE).



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
27. Sept. 2009	Gesundheitspolitische Vorhaben/ Systemweiterentwicklung	Bundestagswahl – die Unionsparteien und die FDP bilden die neue Regierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FDP</b> verlangt eine weitgehende Privatisierung des Gesundheits- und Pflegesystems mit dem Ziel einer Ablösung der Umlagefinanzierung und eines Einstiegs in ein kapitalgedecktes System.</li> <li>• <b>SPD, B'90/Grünen</b> und <b>DIE LINKE</b> fordern den Umbau der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu einer Bürgerversicherung.</li> </ul>
15. Sept. 2009	Finanzierung Krankenhäuser/ Veränderungsrate	Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht die Veränderungsrate für 2010	<p>Die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassenmitglieder beträgt für 2010 für das gesamte Bundesgebiet + 1,54 %.</p> <p>Die Veränderungsrate, auch Grundlohnrate genannt, bildet derzeit für die Entwicklung der Krankenhauspreise die Obergrenze. Laut Gesetz soll frühestens ab dem Jahr 2011 diese Rate durch einen Orientierungswert/Veränderungswert abgelöst werden.</p>
3. Sept. 2009	Medizinische Versorgung/ Entgeltssystem/ Investitionsfinanzierung	Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage „Situation der stationären Versorgung in bundesdeutschen Krankenhäusern“	<p>Die Bundesregierung (Drs. 16/13974) teilt die negative Situationsbeschreibung der Fraktion DIE LINKE in der Kleinen Anfrage „Situation der stationären Versorgung in bundesdeutschen Krankenhäusern“ nicht.</p> <p>In der Antwort wird u. a. erwidert, dass das deutsche Krankenhauswesen weltweit als sehr leistungsfähig gilt und das G-DRG-System beispielsweise in die Schweiz exportiert worden ist. Hinsichtlich der rückläufigen Investitionsfinanzierung werden die Bundesländer kritisiert, die auch im Zuge des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vom 25.03.2009 nicht bereit waren, sich bei der Investitionsfinanzierung mehr zu verpflichten.</p>
2. Sept. 2009	Kennzahlen Krankenhäuser	Statistisches Bundesamt weist Anzahl der Krankenhäuser, Betten etc. für 2008 aus	<p>Basierend auf vorläufigen Berechnungsergebnissen präsentiert das Statistische Bundesamt u. a. folgende Krankenhauskennzahlen des Jahres 2008:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der Krankenhäuser: 2 083 (2007: 2 087)</li> <li>• Anzahl der Betten: 503 360 (2007: 506 954)</li> <li>• Anzahl der Fälle: 17,5 Mio. (2007: 17,2 Mio.)</li> <li>• Durchschnittliche Verweildauer: 8,1 Tage (2007: 8,3 Tage)</li> <li>• Bettenauslastung: 77,4 % (2007: 77,2 %)</li> <li>• Anzahl amb. Operationen: 1 758 305 (2007: 1 638 911)</li> </ul>
25. Aug. 2009	Qualitätssicherung	BQS veröffentlicht Qualitätsreport 2008	<p>Die BQS hat im Auftrag des G-BA umfangreiche Daten zur Behandlungsqualität in deutschen Krankenhäusern analysiert.</p> <p>Im Ergebnis haben sich bei 80 Qualitätsindikatoren von insgesamt 206 untersuchten Indikatoren signifikante Verbesserungen gezeigt, wie in der Herzchirurgie, bei der Karotis-Rekonstruktion oder bei Nieren- und Pankreastransplantationen. Im Vergleich zum Vorjahr gab es bei 96 Indikatoren keine Veränderungen, bei 21 Indikatoren war ein Vergleich nicht möglich und bei 9 Indikatoren wurde eine deutliche Verschlechterung festgestellt.</p>
7. Aug. 2009	Qualitätssicherung/Qualitätsinstitut	Urteil des Landesozialgerichts NRW zur Vergabeentscheidung für AQUA	Die Vergabeentscheidung des G-BA für AQUA ist rechtmäßig, das LSG NRW weist den Antrag der BQS zur „Aufhebung der Vergabeentscheidung zu Gunsten von AQUA als zur Qualitätssicherung der Versorgung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V beauftragtes Qualitätsinstitut“ endgültig ab.



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
7. Aug. 2009	Qualitätssicherung/Qualitätsinstitut	Urteil des Landesozialgerichts NRW zur Vergabeentscheidung für AQUA	Vertreter des G-BA und des AQUA-Instituts unterzeichnen am 31.08.2009 den Vertrag über die Entwicklung von Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in Deutschland. Danach ist AQUA ab 01.01.2010 auch für die bisher von der BQS durchgeführte externe stationäre Qualitätssicherung zuständig.
10. Juli 2009	Gesetzesentwurf/behindertengerechte Pflege/Mitnahme von Pflegeassistenten	Bundesrat beschließt das Gesetz „Assistenzpflegebedarf im Krankenhaus“	Der federführende Gesundheitsausschuss und der Ausschuss für Arbeit und Sozialpolitik empfehlen die Zustimmung zum Gesetz. Nach Ansicht des Finanzausschusses hingegen soll der Vermittlungsausschuss angerufen werden, da die vom Krankenhaus zu erbringende Krankenpflege bereits eine behindertengerechte Pflege umfasst und durch die geplante Weiterzahlung des Pflegegeldes während des Krankenhausaufenthalts finanziell nicht abschätzbare Mehrkosten auf die Kommunen zukommen.  Nach dem Gesetz können pflegebedürftige Behinderte künftig ihre Pflegekräfte mit in die Klinik nehmen und sich von ihnen während eines stationären Aufenthalts betreuen lassen. Zudem wird das Pflegegeld für die Dauer des Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthaltes sowie der krankenhauseretzenden häuslichen Krankenpflege weiterbezahlt. Außerdem wird zur Verbesserung der Versorgung schwerkranker Menschen das Lehrfach „Palliativmedizin“ mit in das Medizinstudium aufgenommen.  Das „Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus“ tritt am 05.08.2009 in Kraft.
1. Juli 2009	GKV-Finanzierung/Finanzierungsmarkt	Schätzerkreis prognostiziert geringere Einnahmen für das Jahr 2009	Der Schätzerkreis (Finanzexperten des Bundesversicherungsamtes, des Bundesministeriums für Gesundheit und des GKV-Spitzenverband) geht weiterhin übereinstimmend davon aus, dass infolge des konjunkturellen Einbruchs im Jahr 2009 die Einnahmen des Gesundheitsfonds gegenüber der Schätzung vom Oktober 2008 um rund 2,9 Mrd. Euro geringer ausfallen werden. Wie gesetzlich verankert, werden die Mindereinnahmen durch ein Liquiditätsdarlehen des Bundes ausgeglichen.

Krankenhaus-Report 2012 - Kapitel 17

# **Krankenhauspolitische Chronik**

Juli 2011 - Juli 2010

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
4. Juli 2011	Selbstverwaltung	GKV-Spitzenverband: 2. Bericht zum Pflegesonderprogramm für die Budgetjahre 2009 und 2010	<p>Der GKV-Spitzenverband stellt fest, dass auch im Jahr 2010 die Nutzung des Pflegesonderprogramms auf konstant hohem Niveau erfolgte. So haben mehr als 1 000 Krankenhäuser das Pflegesonderprogramm in Anspruch genommen und rund 5 400 zusätzliche Stellen für Pflegekräfte vereinbart. Diese Stellen finanzierten die gesetzlichen Krankenkassen mit 175 Mio. Euro. Mit dem Finanzvolumen aus dem Jahr 2009 von 181 Mio. Euro sind in beiden Jahren kumulativ über 500 Mio. Euro an die Krankenhäuser geflossen. Bundesweit konnten damit etwa 10 700 Pflegestellen finanziert werden.</p> <p>Ob aus den zur Verfügung gestellten Finanzmitteln tatsächlich Pflegestellen geschaffen werden, zeigen die Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer. Erste Ergebnisse für 2009 belegen einen klaren Zuwachs an Pflegekräften, obwohl rund 30 Prozent der vereinbarten Stellen noch nicht per Bestätigung nachgewiesen wurden. Für 2010 liegen die Bestätigungen nur in Ausnahmefällen vor.</p> <p>„Das Sonderprogramm war erfolgreich und hat geholfen, die pflegerische Versorgung im Krankenhaus zu stärken. Eine Verlängerung des Pflegesonderprogramms ist jedoch nicht notwendig, da hochaufwändige Pflege ab 2012 im DRG-Fallpauschalensystem zusätzlich vergütet wird“, betont Johann-Magnus von Stackelberg, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes.</p>
1. Juli 2011	Selbstverwaltung	Landesbasisfallwerte (LBFW) für 2011 sind bundesweit vereinbart und genehmigt	Nach der Genehmigung des Berliner Landesbasisfallwertes liegen nun bundesweit alle Werte für 2011 vor. Der niedrigste LBFW liegt in Mecklenburg-Vorpommern bei 2 880 Euro, der höchste in Rheinland-Pfalz bei 3 130,14 Euro (vgl. <a href="http://www.aok-gesundheitspartner.de">www.aok-gesundheitspartner.de</a> ).
30./29. Juni 2011	Selbstverwaltung	Beschlüsse der 84. Gesundheitsministerkonferenz	Die für Gesundheit zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren fordern Nachbesserungen bei der Finanzierung der EHEC-Fälle sowie bei der Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17d. So sollen die Krankenkassen ihrer Verantwortung nachkommen und die EHEC-Leistungen lösungsorientiert mit den Krankenhäusern verhandeln und z. B. von Mehrerlösausgleichszahlungen und Mehrleistungsabschlägen absehen. Weiterhin bewertet die GMK die aktuelle Entwicklung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen nach § 17d KHG kritisch. Nicht erkennbar ist, wie der gesetzgeberische Auftrag, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem zu entwickeln, umgesetzt wird. Aus Sicht der GMK ist es unerlässlich, dass die psychiatrischen Institutsambulanzen und die derzeit erprobten alternativen sektorübergreifenden Finanzierungsmodelle mit in das Vergütungssystem einbezogen werden.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
28. Juni 2011	Politik	BMG vergibt Studie zu Landesbasisfallwerten	Zur wissenschaftlichen Untersuchung über die Ursachen unterschiedlicher Landesbasisfallwerte hat das BMG das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Kooperation mit Professor Stefan Felder von der Universität Basel sowie die Unternehmensberatung ADMED beauftragt. Durch die Studie sollen die maßgeblichen Einflussgrößen und ihr Erklärungsbeitrag auf die Höhe der Landesbasisfallwerte identifiziert werden. Neben empirischen Untersuchungen sollen auch ausgewiesene Experten und Krankenhäuser befragt werden.
27. Juni 2011	Wissenschaft	Endbericht des zweiten Forschungszyklus zur G-DRG-Begleitforschung	Das G-DRG-System hat weder zu Qualitätseinbußen in der stationären Versorgung noch zu Leistungsverlagerungen in andere Versorgungsbereiche geführt. So zeigen es die wesentlichen Ergebnisse des Endberichts des zweiten Forschungszyklus zur G-DRG-Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG. Untersucht wurden die Jahre 2006–2008 und damit der Kern der Konvergenzphase. Die zum ersten Mal erhobenen Mortalitätsraten im Anschluss an einen stationären Aufenthalt weisen durchweg auf eine positive Qualitätsentwicklung hin. Die auch erhobenen poststationären Arzt-Patienten-Kontakte im vertragsärztlichen Bereich entsprechen dem allgemeinen Trend von Arztbesuchen und weisen keine Steigerung in Verbindung mit einem vorherigen stationären Aufenthalt auf.
21. Juni 2011	Selbstverwaltung	Behandlungsfehler-Statistik der Bundesärztekammer	Aus der Behandlungsfehler-Statistik 2010 geht hervor, dass Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern insgesamt 7 355 Anträge zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern bearbeitet haben. In 2 199 Fällen wurde ein Behandlungsfehler oder Risikoaufklärungsmangel ermittelt (70,1 Prozent). Wie im Vorjahr führten die Diagnosen Knie- und Hüftgelenksarthrose sowie Unterarm-, Unterschenkel und Sprunggelenksfrakturen zu den häufigsten Behandlungsfehlervorwürfen.
10. Juni 2011	Gesetzgebung	Referentenentwurf für ein Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) liegt vor	Der Referentenentwurf „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)“ sieht nur geringfügige Änderungen im Vergleich zum Arbeitsentwurf vom 27. Mai vor. Der Kabinettsentwurf soll am 03.08.2011 beschlossen werden.
9. Juni 2011	Gesetzgebung	Bundestag beschließt Infektionsschutzgesetz	Mit den Stimmen von CDU/CSU und FDP beschließt der Deutsche Bundestag den „Gesetzesentwurf zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“ in 2. und 3. Lesung. Das Gesetz sieht u. a. vor, dass die Krankenhäuser Hygienebeauftragte einstellen müssen. Um diese Vorgabe umsetzen zu können, wird den Kliniken eine Übergangsfrist von fünf Jahren eingeräumt. Der Bundesrat beschließt das Gesetz am 08.07.2011, damit dies Mitte Juli in Kraft treten kann.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
8. Juni 2011	Selbstverwaltung	Universitätsklinika wollen höhere Vergütung für die Behandlung von EHEC-Patienten	Der Verband der Universitätsklinika Deutschland (VUD) fordert, dass sämtliche EHEC-Fälle außerhalb des vereinbarten Budgets mit den Krankenkassen zum vollen Preis abgerechnet werden. In der Presseerklärung „Geld für Gurken und Tomaten, aber nicht für die Krankenversorgung“ führt Vorstandsmitglied Dr. Andreas Tecklenburg aus: „Wir Krankenhäuser mit Maximalversorgung können nicht das gesellschaftliche Risiko für Epidemien und Seuchen tragen.“
31. Mai – 3. Juni 2011	Selbstverwaltung	114. Deutscher Ärztetag in Kiel	Zur Eröffnung des 114. Deutschen Ärztetages in Kiel spricht auch der seit 19 Tagen amtierende Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP). Bahr bedankt sich als Erstes bei den Ärzten und dem Pflegepersonal für deren Einsatz zur Versorgung der Patientinnen und Patienten in Folge der EHEC-Epidemie. Auf der Tagesordnung steht insbesondere das anstehende Versorgungsgesetz, die Organ- und Gewebespende und die Stärkung der palliativmedizinischen Versorgung.
27. Mai 2011	Gesetzgebung	Arbeitsentwurf für das geplante Versorgungsstrukturgesetz liegt vor	<p>Der Arbeitsentwurf für ein „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ umfasst 150 Seiten und ist mit dem BMG und den Ländern geeint. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen sollen die Rahmenbedingungen für die ambulante und stationäre Versorgung in Deutschland verbessert werden. Ein Schwerpunkt sollen die sich abzeichnenden Probleme bei der ambulanten ärztlichen Versorgung auf dem Lande sein.</p> <p>Der Arbeitsentwurf beruht im Wesentlichen auf den bisher bekannten Eckpunkten und enthält folgende <b>Kernthemen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung</li> <li>• Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems</li> <li>• Reform des vertragszahnärztlichen Vergütungssystems</li> <li>• Ambulante spezialärztliche Versorgung</li> <li>• Innovative Behandlungsmethoden</li> <li>• Weiterentwicklung der Strukturen des G-BA</li> <li>• Stärkung wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen</li> <li>• Weitere Regelungen, wie bspw. die Modifizierung der Zulassungsregelungen der MVZs</li> </ul> <p>Den stationären Sektor betrifft vor allem die neue ambulante spezialärztliche Versorgung. Diese Regelung soll ein „reibungsloseres Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Versorgung gewährleisten“. Dazu soll „schrittweise ein sektorverbindender Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung eingeführt“ werden. Daneben sind Regelungen zum Entlassmanagement, zur Mitaufnahme einer Pflegekraft, zur Vertraulichkeit der Kalkulationsdaten der Entgeltsysteme nach § 17b und § 17d KHG und zur Übermittlung des unveränderbaren Teils der Krankenversicherungsnummer im Datensatz nach § 21 KHEntgG geplant.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
16. Mai 2011	Politik	Bundesregierung beantwortet Anfrage „Entwicklungsstand bei der neuen elektronischen Gesundheitskarte“	Die Bundesregierung hält in ihrer Antwort (Drs. 17/5838) an der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) fest. Sie weist jedoch darauf hin, dass die Anwendung schrittweise eingeführt wird, sobald sie sich in den Testverfahren als sicher und praxistauglich erwiesen hat. Des Weiteren betont sie, dass die konkrete Ausgestaltung der Telematikinfrastruktur Aufgabe der Selbstverwaltung ist und somit auch die konkret anfallenden Kosten sowie der konkret anfallende Nutzen der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur in hohem Maße von deren Entscheidungen abhängen. Die Organisationen der Selbstverwaltung sind hierbei den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit verpflichtet.
12. Mai 2011	Politik	Bundespräsident überreicht Daniel Bahr die Ernennungsurkunde als Minister	Bundespräsident Christian Wulff übergibt Daniel Bahr, dem 34-jährigen FDP-Bundestagsabgeordneten und bisherigen parlamentarischen Staatssekretär im BMG, die Ernennungsurkunde zum Gesundheitsminister. Im Amt bestätigt Daniel Bahr als parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz (CDU) und beruft die bisherige stellvertretende Fraktionsvorsitzende der FDP Ulrike Flach.
12. Mai 2011	Wissenschaft	RWI legt Krankenhaus Rating Report 2011 vor	„Die fetten Jahre sind vorbei“ lautet der Titel des 7. Reports zur wirtschaftlichen Situation deutscher Kliniken“. Im Jahr 2009 befanden sich 12 Prozent der Kliniken im roten Bereich mit erhöhter Insolvenzgefahr und 75 Prozent im grünen Bereich. Im Vergleich zu 2008 hat sich die wirtschaftliche Lage der Kliniken verbessert, da damals noch 14 Prozent der Kliniken im roten Bereich und 69 Prozent im grünen Bereich lagen. Die öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser schneiden signifikant schlechter ab als private und freigemeinnützige Häuser. Die Autoren prognostizieren, dass sich ohne Gegenmaßnahmen die Situation ab 2011 wieder verschlechtern wird und die Kosten stärker steigen als die Erlöse. RWI-Präsident Schmidt, der auch einer der fünf Wirtschaftsweisen ist, sparte nicht mit Vorwürfen an die Politik: Durch „Reinpumpen von Mitteln“ habe die Politik in den Jahren 2009 und 2010 den Anschein von „guten Jahren“ erweckt. Jetzt, da die Mittelzuflüsse nachließen, steige der Druck auf die Kliniken.
5. Mai 2011	Politik	Bundesregierung beantwortet Kleine Anfrage zu „Fehlerhafte Krankenhausabrechnungen“	Nachdem bereits im Jahr 2010 eine Kleine Anfrage der SPD-Bundestagsfraktion (Drs. 17/2045) zu diesem Thema gestellt wurde, liegt nun auch die Antwort der Bundesregierung (Drs. 17/5742) auf die Kleine Anfrage der Fraktion „DIE LINKE“ (Drs. 17/5646) vor. Die Bundesregierung weist darauf hin, dass keine amtliche Statistik existiert, die die Anzahl der überzahlten Krankenhausabrechnungen durch die GKV erfasst. Laut Zahlen des GKV-Spitzenverbandes liegt die Falschabrechnungsquote im Jahr 2009 bei 44,2 Prozent und die Höhe des durchschnittlichen Rückzahlungsbetrags bei 1 100 Euro. Als die häufigsten Prüfgründe werden die primäre und sekundäre Fehlbelegung, d. h. die stationäre Behandlungsnotwendigkeit und die Verweildauer sowie die Kodierung genannt.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
12. April 2011	Politik	Bundesrechnungshof legt Ergebnisse zu fehlerhaften Krankenhausabrechnungen vor	Der Bundesrechnungshof kritisiert in seinem neuesten Prüfbericht (Drs. 17/5350) die hohe Fehlerquote bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen. Er stellt fest, dass 30 % der geprüften Abrechnungen fehlerhaft sind und dass damit rund 875 Mio. Euro zu Unrecht von den Krankenkassen an die Krankenhäuser gezahlt wurden. Vorgeschlagen wird, dass Krankenhäuser Strafzahlungen bei nachgewiesener fehlerhafter Abrechnung leisten. Das BMG hat diesen Vorschlag des Bundesrechnungshofes zurückgewiesen. Unter anderem betont das BMG, die Einführung einer Aufwandspauschale für Krankenhäuser sei nicht sinnvoll, weil es sich dabei um eine pauschalierte Strafzahlung handeln würde und die Krankenhäuser keinen Einfluss auf den Umfang des Prüfgeschehens und den damit verbundenen Aufwand hätten.
8. April 2011	Gesetzgebung	Eckpunkte für ein Versorgungsgesetz	<p>Nach etlichen Vorschlägen und Positionspapieren zum geplanten Versorgungsgesetz ist mit den Eckpunkten nun sowohl innerhalb der Regierungskoalition als auch in den gemeinsamen Beratungen mit den Ländern der Durchbruch gelungen.</p> <p>Die wesentlichen Regelungen enthalten folgende Inhalte:</p> <p><b>Bedarfsplanung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilisierung der ärztlichen Bedarfsplanung. Die zwingende Orientierung an Stadt- und Landkreisen entfällt.</li> <li>• Der G-BA erhält die Option, die Bedarfsplanung differenziert nach hausärztlicher, fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung zu gestalten.</li> <li>• Innerhalb einer Planungsregion sollen Arztsitze nur dann verlegt werden dürfen, wenn aus Versorgungssicht nichts entgegensteht.</li> </ul> <p><b>Beteiligung der Länder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beteiligungsrechte der Länder gegenüber den Landesausschüssen werden entsprechend denen des Bundes gegenüber dem G-BA ausgestaltet. Die Länder erhalten ein Teilnahme- und Mitberatungsrecht.</li> <li>• Länder entsenden Vertreter in den G-BA und erhalten ein Mitberatungs- und Initiativrecht.</li> <li>• Länder erhalten ein Beanstandungs- und Initiativrecht für Verträge nach §§ 73b, 73c und 140 a ff SGB V.</li> </ul> <p><b>Verbesserungen für die Vertragsärzte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertragsärzte können auf Antrag von ihrer Residenzpflicht befreit werden, sofern keine Versorgungsgründe dagegen sprechen.</li> <li>• Veränderung im Verfahren zur Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung</li> </ul> <p><b>Weiteres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Delegationsmöglichkeiten für ärztliche Leistungen sollen besser genutzt werden.</li> <li>• Erhöhung der Studienplatzzahlen und Änderungen im Auswahlverfahren für das Medizinstudium</li> </ul>



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
8. April 2011	Gesetzgebung	Eckpunkte für ein Versorgungsgesetz	Zum möglichen Versorgungsgesetz hat die AG Gesundheit der SPD das Positionspapier „Entscheidend ist die Patientenperspektive“ beschlossen. Inhaltlich sieht auch die SPD Weiterentwicklungsbedarf bei der Bedarfsplanung und sektorübergreifenden Versorgung, dem Vertragsarztrecht und der hausärztlichen Versorgung sowie der Mediziner Ausbildung und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
6. April 2011	Politik	Sondertreffen GMK zum Versorgungsgesetz	Nach langwierigen und zähen Verhandlungen einigen sich die Gesundheitsminister von Bund und Ländern auf Eckpunkte für ein Versorgungsgesetz. Insgesamt zeigen sich die Länder zufrieden, dass ihnen mehr Rechte zugesprochen wurden. Die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Malu Dreyer reagiert enttäuscht, da keine stärkere Delegation von ärztlichen Aufgaben auf Schwestern und Pfleger angepeilt wurde.
6. April 2011	Politik	Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage „Aktueller Stand zur Umsetzung des Förderprogramms für zusätzliches Pflegepersonal in Krankenhäusern“	Die Bundesregierung lässt in ihrer Antwort (Drs. 17/5372) auf die GRÜNEN-Anfrage keinen Zweifel an der Wirksamkeit des Förderprogramms. Details zum Umsetzungsstand fehlen, da der 2. Bericht des GKV-Spitzenverbandes für das Budgetjahr 2010 noch aussteht. Das bezieht sich auch auf die Kritik in den Stuttgarter Nachrichten zu Fehlentwicklungen des Programms.
6. April 2011	Wissenschaft	Gesundheitsausgaben um 5,2 % gestiegen	Laut Destatis betragen die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland im Jahr 2009 insgesamt 287,3 Mrd. Euro. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Ausgaben damit um 13,8 Mrd. Euro oder 5,2 % erhöht. Dieser Anstieg liegt deutlich über den Wachstumsraten der Vorjahre: Zwischen 2000 und 2008 wuchsen die Ausgaben im Durchschnitt jährlich um 2,7 %. Im stationären Sektor wurden im Jahr 2009 mit 100,2 Mrd. Euro 5,8 % mehr aufgewendet als im Vorjahr. Davon entfielen mit 71 Mrd. Euro der größte Anteil auf die Krankenhäuser, die mit einem Ausgabenwachstum von 6,4 Prozent bzw. 4,3 Mrd. Euro zum überdurchschnittlich starken Anstieg des stationären Sektors beitrugen. Dieser Ausgabenanstieg war auch durch das KHRG bedingt, das u. a. eine anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen und Pflegestellen durch die Kostenträger vorsah.
6. April 2011	Politik	Endoprothesenregister Deutschland startet	Mit Hilfe des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) sollen mögliche Probleme bei künstlichen Hüft- und Kniegelenken leichter identifiziert werden. In Deutschland gehört das Einsetzen von künstlichen Hüft- und Kniegelenken zu den häufigsten Operationen. Rund 390 000 solcher Prothesen wurden im Jahr 2009 eingebaut. Ab sofort werden im EPRD die entsprechenden Behandlungsdaten gesammelt und wissenschaftlich ausgewertet. Die Analysen im EPRD sollen u. a. Erkenntnisse über die Gründe von Wechseloperationen (ca. 35 000 jährlich) bringen. Daraus ableitend kann die Behandlungsqualität zukünftig gesteigert und letztlich können auch z. B. durch weniger Wechseloperationen Kosten eingespart werden. Prof. Dr. Hassenpflug, Geschäftsführer der EPRD gGmbH, führt aus: „Beispiele aus anderen Ländern zeigen, dass sich mit Hilfe eines Endoprothesenregisters die Rate der vermeidbaren Wechseloperationen deutlich senken lässt.“

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
30. März 2011	Politik	Antwort zur Anfrage „Umsetzung des Entgeltsystems in der Psychiatrie nach § 17d KHG“	Die Bundesregierung antwortet auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (Drs. 17/5310). Die gestellten Fragen zielen u. a. auf die Umsetzung der Personalausstattung nach der Psych-PV und der weiteren Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems ab. Insbesondere zur Anhebung der Personalausstattung nach der Psych-PV kann die Bundesregierung keine Aussagen machen, da auf eine gesetzlich normierte Transparenzregelung verzichtet wurde.
23. März 2011	Rechtsprechung	Urteil des Bundessozialgerichts zur ambulanten Krankenhausbehandlung	Das BSG erlegt Krankenhäusern, die ambulante Operationen nach § 115b SGB V durchführen, eine deutliche Wettbewerbsbeschränkung auf (Az. B 6 KA 11/10 R). So urteilten die Richter, dass Krankenhäuser nach § 115b SGB V „nur in dem Rahmen tätig werden dürfen, der ihnen zugewiesen ist“. Demnach dürfen ambulante Operationen nur von angestellten Krankenhausärzten oder fest gebundenen Belegärzten, jeweils in Verbindung mit einem Anästhesisten des Krankenhauses, durchgeführt werden. Diese Argumente ergeben sich aus § 115b SGB V und dem darauf basierenden AOP-Vertrag.
23. März 2011	Politik	Anhörung im Gesundheitsausschuss zur Ausweitung des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege	Der Gesundheitsausschuss des Bundestags führt eine Anhörung zum Grünen-Antrag „Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung schließen“ (Drs. 17/2924) durch. Der Antrag zielt im Kern auf die Erweiterung des im SGB V verankerten Anspruchs auf häusliche Krankenpflege. Dabei soll ein Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege auch dann verordnungsfähig sein, wenn kein unmittelbarer Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen besteht. Der GKV-Spitzenverband lehnt eine gesetzliche Leistungsausweitung in der vorgeschlagenen Form ab, weil diese vom originären Versorgungsauftrag der Krankenversicherung abweichen würde, nämlich Krankenbehandlung dann zu gewähren, wenn sie nach ärztlicher Einschätzung erforderlich ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.
22. März 2011	Gesetzgebung	Grundlagenpapier für ein Patientenrechtegesetz	Im Koalitionsvertrag vom 26.10.2009 hat sich die Bundesregierung dazu verpflichtet, die Rechte von Patienten und Patientinnen in einem eigenen Gesetz zu regeln. Mit dem Gesetz wird das Ziel verfolgt, Transparenz über die bereits heute bestehenden umfangreichen Rechte der Patientinnen und Patienten herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern, zugleich Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und insbesondere im Falle eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen.  Das Grundlagenpapier enthält <b>sieben Themenbereiche</b> mit den zentralen Anliegen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Neujustierung des Behandlungsvertrages mit Aufklärungs- und Dokumentationspflicht</li> <li>2. Förderung der Fehlervermeidungskultur</li> <li>3. Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems</li> <li>4. Stärkung der Verfahrensrechte bei Verdacht auf Behandlungsfehler</li> </ol>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
22. März 2011	Gesetzgebung	Grundlagenpapier für ein Patientenrechtegesetz	<p>5. Stärkung der Rechte gegenüber Leistungsträgern                      6. Stärkung der Patientenbeteiligung                      7. Informationsverbesserung der Patienten über ihre Rechte</p> <p>Am 05. April veröffentlicht die Grünen-Fraktion ihr Eckpunktepapier für ein PatientInnenrechtegesetz. Teilweise ist dies weitergehend als das BMG-Papier, bspw. wird die erweiterte Beratungspflicht für Ärzte als wichtiger Baustein angesehen.</p>
18. März 2011	Politik	Entschließungsantrag zur Ausbreitung von MRSA-Infektionen	<p>Der Bundesrat bittet die Bundesregierung in der angenommenen Entschließung zur Vermeidung von MRSA-Infektionen (Drs. 98/11), dass die bundeseinheitliche Kostenerstattung für Screeninguntersuchungen auf MRSA und weitere multiresistente Erreger durch die GKV gewährleistet ist. Zudem sollen die Krankenkassen auch die notwendigen Sanierungsmaßnahmen in Krankenhäusern, Arztpraxen, Pflege- und Rehaeinrichtungen erstatten. Die Initiative zu diesem Antrag ist vom Land Baden-Württemberg ausgegangen.</p>
16. März 2011	Gesetzgebung	Kabinettsbeschluss: Krankenhaushygienegesetz wird zum Infektionsschutzgesetz	<p>Unter dem neuen Titel „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“ beschließt das Kabinett das sog. Omnibusgesetz. Gegenüber dem Referentenentwurf sind keine wesentlichen Änderungen vorgenommen worden. Bundesgesundheitsminister Rösler bezeichnet den Beschluss als einen „Meilenstein auf dem Weg zu besseren Hygienestandards in Deutschland. Patientinnen und Patienten können sich künftig auf bundesweit einheitliche Kriterien verlassen. Außerdem müssen Krankenhäuser Qualitätsberichte veröffentlichen, in denen die jeweiligen Hygieneergebnisse aufgeführt werden. Damit stärken wir die Informationsrechte der Bürger.“</p> <p>Nach dem parlamentarischen Zeitplan erfolgt die 1. Lesung im Bundestag am 25.03.2011 und der 1. Durchgang im Bundesrat am 15.04.2011. Das Inkrafttreten ist für Mitte Juli geplant.</p>
1. März 2011	Gesetzgebung	FDP: Überlegungen zu einem Versorgungsgesetz	<p>Die Mitglieder der FDP-Fraktion fordern in ihrem Positionspapier „Überlegungen zu einem Versorgungsgesetz“ auch für den stationären Sektor wesentliche Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muss ein fairer Wettbewerbsrahmen gefunden werden. Dazu gehört, dass niedergelassene und in Krankenhäusern tätige Fachärzte gleichen Anforderungen und Qualitätsstandards unterliegen müssen und dass gleiche Maßstäbe bei der Finanzierung angelegt werden.</li> <li>• Medizinische Versorgungszentren können eine sinnvolle Ergänzung und für Ärzte ein Weg sein, eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erreichen. Nur Vertragsärzte und Krankenhäuser sollen gründungsberechtigt sein. Die Rechtsform einer Kapitalgesellschaft soll ausgeschlossen sein. Daneben soll der ärztliche Leiter selbst im MVZ tätig sein, um sicherzustellen, dass er tatsächlich Einwirkungsmöglichkeiten auf die Abläufe des MVZ hat.</li> </ul>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
1. März 2011	Gesetzgebung	FDP: Überlegungen zu einem Versorgungsgesetz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delegationsmöglichkeit zur Entlastung von Ärzten und Prüfung, welche ärztlichen Aufgaben auf andere Berufsgruppen übertragen werden können.</li> <li>• Aussagen zum Medizinstudium, Ausbildung und Weiterbildung sowie Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.</li> </ul>
1. März 2011	Wissenschaft	Krankenhauskosten erreichen 2009 77 Mrd. Euro	Laut Destatis betragen die Gesamtkosten der 2 084 Krankenhäuser in Deutschland im Jahr 2009 insgesamt 77,1 Mrd. Euro. Das waren 4,5 Mrd. Euro oder 6,1 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Kosten der rein stationären Krankenhausversorgung (bereinigte Kosten), die sich aus der Differenz zwischen den Gesamtkosten und den Kosten für nichtstationäre Leistungen ergeben, lagen bei 67,2 Mrd. Euro. Die durchschnittlichen stationären Krankenhauskosten je Behandlungsfall betragen damit bundesweit 3 772 Euro. Gegenüber 2008 ist das eine Zunahme von 4,5 Prozent.
24. Februar 2011	Gesetzgebung	Positionspapier des BMG für ein Versorgungsgesetz	<p>Das BMG legt einen „Entwurf eines Positionspapiers zum geplanten Versorgungsgesetz“ und einen „Entwurf ambulante spezialärztliche Versorgung“ vor. Zuvor hat die AG Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion ein 14-Punkte-Papier zur Reform der medizinischen Versorgung beschlossen.</p> <p>Das BMG-Papier umfasst <b>sieben Schwerpunktthemen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung</li> <li>• Medizinische Versorgungszentren</li> <li>• Ambulante spezialärztliche Versorgung</li> <li>• Vertragszahnärztliche Versorgung</li> <li>• Innovative Behandlungsmethoden</li> <li>• Wettbewerb</li> <li>• Zuweisung gegen Entgelte</li> </ul> <p>Deutlich wird, dass die Länder durch klare Befugnisse in den Landesausschüssen und ein Mitsprache- und Mitentscheidungsrecht bei der Bedarfsplanung im G-BA noch mehr Einflussnahmemöglichkeiten erhalten. Dies bestätigt Stefan Grüttner, hessischer Gesundheitsminister und aktueller Vorsitzender der GMK: „Man wolle einen Fuß in der Tür haben“.</p>
17. Februar 2011	Selbstverwaltung	Weiteres Vorgehen des G-BA im Bereich Frühgeburten und Mindestmenge	<p>Der G-BA beschließt, die Erhöhung einer Mindestbehandlungsfallzahl bei der Versorgung Früh- und Neugeborener mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 Gramm für alle betroffenen Kliniken bis zum Beschluss im Hauptsacheverfahren auszusetzen.</p> <p>Nach dem LSG-Beschluss betont Dr. Hess, unparteiischer Vorsitzender des G-BA: „Sollte dieser Beschluss in der Hauptsache bestätigt werden, muss das gesamte Instrumentarium von Mindestbehandlungsfallzahlen als Maßnahme der Qualitätssicherung in Frage gestellt werden. Insbesondere der vom LSG geforderte evidenzbasierte Beleg eines Schwellenwertes als Grundlage der Einführung einer Mindestbehandlungsfallzahl ist für keinen der bisher gefassten Beschlüsse erbringbar.“</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
16. Februar 2011	Wissenschaft	Marburger Bund: Lt. Hochrechnung 12 000 Arztstellen unbesetzt	<p>Der Marburger Bund beauftragte eine Mitgliederbefragung zur beruflichen Situation der angestellten Ärztinnen und Ärzte. Zentrales Ergebnis der Studie ist, dass die Arbeitsbelastung der rund 140 000 Krankenhausärzte bedingt durch Bereitschaftsdienste, Überstunden, Leistungsverdichtung, Ökonomisierung und einen hohen Personalmangel nach wie vor sehr hoch ist. Laut Befragung sind im Durchschnitt 1,5 Arztstellen pro Krankenhausabteilung unbesetzt. Hochgerechnet auf alle rund 8 500 Fachabteilungen könnten demnach mehr als 12 000 Arztstellen in Kliniken nicht besetzt werden. Den Unterschied zu den Ergebnissen des DKI erklärte der Vorsitzende des MB Henke damit, dass in den Krankenhäusern ca. 4 000 Honorarärzte eingesetzt würden und deren Stellen als besetzt gemeldet würden, der Einschätzung der Belegschaft nach aber unbesetzte Stellen seien.</p>
18.–16. Februar 2011	Gesetzgebung	Bund-Länder-Kommission zum Versorgungsgesetz in Erkner	<p>Zur Vorbereitung der Bund-Länder-Klausur hat das BMG ein Diskussionspapier erstellt. Das Acht-Seiten-Papier enthält Vorschläge zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, zu Instrumenten zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und zur Aus- und Fortbildung von Ärzten.</p> <p>Folgende Details stehen zur Diskussion:</p> <p><b>Weiterentwicklung der Bedarfsplanung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilisierung der Planungsbereiche</li> <li>• Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten</li> <li>• Anpassung der Verhältniszahlen</li> <li>• Gesetzliche Verankerung der Berücksichtigung der Demografie</li> <li>• Einbeziehung von Krankenhausärzten, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen, in die Bedarfsplanung</li> <li>• Erweiterung der Möglichkeiten zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen</li> <li>• Förderung des Verzichts auf Zulassung in überversorgten Gebieten</li> <li>• Anpassung der gesetzlichen Vorgaben zur Auswahl des Praxisnachfolgers</li> <li>• Anpassung der Regelungen zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes</li> <li>• Gleichstellung von Lebenspartnerschaften</li> </ul> <p><b>Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterentwicklung der Regelung zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens von Vertragsärzten über Vergütungsanreize</li> <li>• Möglichkeiten zur Ermächtigung von Ärzten, die in Reha-Einrichtungen tätig sind</li> <li>• Ermächtigung von Krankenhäusern bei lokalem Versorgungsbedarf</li> <li>• Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen</li> <li>• Möglichkeiten zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Dritte</li> <li>• Lockerung der Residenzpflicht für Vertragsärzte</li> </ul>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
18.–16. Februar 2011	Gesetzgebung	Bund-Länder-Kommission zum Versorgungsgesetz in Erkner	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbau „mobiler“ Versorgungskonzepte</li> <li>• Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf</li> <li>• Möglichkeiten für eine Regelung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs auch in der zahnärztlichen Versorgung</li> </ul> <p><b>Aus- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhung der Studienplatzzahlen</li> <li>• Auswahlverfahren für die Zulassung zum Medizinstudium</li> <li>• Landärzteförderung</li> <li>• Nachwuchsgewinnung</li> <li>• Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung</li> <li>• Einbeziehung weiterer Krankenhäuser und Lehrpraxen in die Ausbildung</li> <li>• Erleichterung des Berufsübergangs</li> </ul> <p>Die Ergebnisse der Klausurtagung dienen der Vorbereitung des Treffens der Staatssekretärinnen und Staatssekretäre am 29.03.2011.</p>
11. Februar 2011	Gesetzgebung	Referentenentwurf zur Krankenhaushygiene	<p>Mit dem Entwurf eines „Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze“ sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, um die Hygienequalität in den Krankenhäusern und bei der medizinischen Behandlung zu verbessern. Grundlage des Referentenentwurfs ist das vorgestellte „Konzept zur Reduktion nosokomialer Infektionen und antimikrobieller Resistenzen sowie zur Verbesserung der rationalen antibiotischen Therapie“.</p> <p>Inhalte des als „Omnibusgesetz“ ausgestalteten Entwurfs sind u. a.:</p> <p><b>Krankenhaushygiene:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verstärkte Durchsetzung krankenhaushygienischer Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen (Krankenhaushygieneverordnungen)</li> <li>• Gesetzliche Regelung zur Verantwortung von Krankenhausleitern und Leitern anderer medizinischer Einrichtungen sowie zur rechtlichen Bedeutung der Empfehlungen der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und zur neuen Kommission Antiiinfektive Resistenzlage und Therapie (ART)</li> <li>• Vorgabe von Empfehlungen zum fachgerechten Einsatz von Diagnostika und Antiiinfektiva bei der Therapie von resistenten Infektionserregern. Erarbeitung der Empfehlungen durch die ART.</li> <li>• Schaffung von Vergütungsregelung in der vertragsärztlichen Versorgung bei MRSA</li> <li>• Verpflichtung des G-BA in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung, geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygienequalität umzusetzen</li> </ul> <p><b>Sonstige Regelungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufhebung der vorgesehene Errichtung von Weiterleitungsstellen zum 01.01.2012</li> <li>• Einführung eines Schiedsverfahrens zu den Vergütungsverträgen zwischen den Krankenkassen und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen</li> </ul>



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
11. Februar 2011	Gesetzgebung	Referentenentwurf zur Krankenhaushygiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeit der Darlehensaufnahme des GKV-SV im Haftungsfall</li> <li>• Einführung einer Schiedsstellenlösung beim „Pflege-TÜV“</li> <li>• Beteiligung der PKV an den Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen</li> </ul> <p>Der Kabinettsentwurf ist für den 16.03.2011 geplant. Mitte Juli soll das Gesetz in Kraft treten.</p>
27. Januar 2011	Politik	Unabhängige Patientenberatung läuft weiter	Nach kurzer Unterbrechung läuft die unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) weiter. Die drei Gesellschafter der bisherigen UPD – Sozialverband VdK, die Verbraucherzentrale Bundesverband und der Verbund unabhängiger Patientenberatung – haben den Zuschlag der europaweiten Ausschreibung erhalten. Aufgabe ist auch weiterhin die neutrale und unabhängige Beratung von Nutzerinnen und Nutzern des Gesundheitswesens. Die Finanzierung erfolgt für fünf Jahre durch die GKV, danach wird laut Gesetzgeber die Beratungsleistung erneut ausgeschrieben.
24. Januar 2011	Politik	GKV-Schätzerkreis aktualisiert seine Prognose	Für 2010 gehen die Schätzer davon aus, dass die Einnahmen des Gesundheitsfonds 173,9 Mrd. Euro und die Ausgaben 172,1 Mrd. Euro betragen werden. Die Einnahmen fallen um 0,3 Mrd. Euro höher aus als zuletzt geschätzt. Ein ähnliches Bild ergibt sich für 2011. Die Einnahmen des Gesundheitsfonds werden mit 181,6 Mrd. Euro rund 0,5 Mrd. Euro höher ausfallen. Dem stehen Ausgaben in Höhe von voraussichtlich 178,7 Mrd. Euro gegenüber. Der Schätzerkreis geht davon aus, dass 2011 die durchschnittlichen Ausgaben der Krankenkassen durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gedeckt werden. Unerwartete Mehreinnahmen werden vollständig der Liquiditätsreserve zugeführt.
20. Januar 2011	Gesetzgebung	FDP: Eckpunkte Hygiene	Die FDP-Bundestagsabgeordneten Jens Ackermann und Lars F. Lindemann haben ein eigenes Papier vorgelegt, in dem sie Nachbesserungsbedarf zu den BMG-Eckpunkten zur Krankenhaushygiene anmelden. Sie orientieren sich am niederländischen Modell und fordern u. a. bundeseinheitliche Hygieneverordnungen mit einheitlichen Mindeststandards, Erweiterung des Infektionsschutzgesetzes durch Einrichtung eines Bundeshygieneregisters, Anpassung und Erweiterung der existierenden Finanzierungsmechanismen, Definition von RSA-Risikogruppen, Screening und Sanierung von Risikogruppen bzw. MRSA-Infizierten, Verbesserung der Transparenz und Implementierung eines rationalen, bundesweiten Antibiotika-Einsatzes.
19. Januar 2011	Politik	SPD Antrag: „Besserer Schutz vor Krankenhausinfektionen durch mehr Fachpersonal für Hygiene und Prävention“	Die SPD-Bundestagsfraktion legt eigens einen Gesetzesantrag zur Krankenhaushygiene vor (Drs.17/4452). Darin fordern die Sozialdemokraten insbesondere mehr Fachärzte für Hygiene und Hygienefachkräfte in den Krankenhäusern, um die Hygieneempfehlungen und den Infektionsschutz in der medizinischen und pflegerischen Arbeit umzusetzen. Zudem soll an den länderspezifischen Hygieneverordnungen festgehalten werden und eine entsprechende Unterstützung der Länder durch den Bund erfolgen.



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
19. Januar 2011	Politik	Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung	Das EU-Parlament nimmt ein Gesetz an, in dem die Rechte von Patienten, die sich im Ausland medizinisch behandeln lassen möchten, geklärt werden. Hierbei geht es u. a. um die Regeln für die Kostenerstattung von Behandlungen im Ausland, insbesondere auch in den Fällen, in denen eine vorherige Genehmigung notwendig ist. Deutschland hat die notwendigen Vorschriften bereits in das deutsche Recht eingefügt.
17. Januar 2011	Gesetzgebung	Eckpunkte des BMG zur Krankenhaushygiene	Die Koalition legt ein „Konzept zur Reduktion nosokomialer Infektionen und antimikrobieller Resistenzen sowie zur Verbesserung der rationalen antibiotischen Therapie“ vor. Hintergrund ist die hohe Erkrankungsrate in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern. Tatsächlich erkranken in Deutschland jährlich ca. 400 000 bis 600 000 Patienten an Infektionen, die im Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme stehen, davon sterben jährlich ca. 7 500 bis 15 000 Menschen. Ca. 20 bis 30 Prozent wären davon potenziell durch Hygienemaßnahmen vermeidbar. <b>Das Konzept beruht auf drei Säulen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infektionskontrolle (Änderungen im Infektionsschutzgesetz [IfSG])</li> <li>• Qualitätssicherung in der stationären Versorgung</li> <li>• Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung</li> </ul> Ein Zeitplan, mit dem diese Regelungen unter Beteiligung der Länder umgesetzt werden sollen, liegt noch nicht vor.
27. Dezember 2010	Politik	CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn zu Zweibettzimmern	Im Interview mit der Süddeutschen Zeitung plädiert der CDU-Gesundheitsexperte, Jens Spahn, für massive Änderungen in der Krankenhausversorgung. Er fordert u. a. Zwei-Bett-Zimmer für Kassenpatienten und eine Veröffentlichungspflicht über die Zahl der Infektionen durch Krankenhauskeime. Erste Eckpunkte für ein Versorgungsgesetz sollen bis Ostern vorliegen.
16. Dezember 2010	Selbstverwaltung	Außervollziehung der Mindestmengen-Erhöhung bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen	Der G-BA reagiert auf die Entscheidungen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg und legt fest, dass sein Beschluss zu den Qualitätsanforderungen bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen bis zum 28.02.2011 ausgesetzt werden soll.  Im Rahmen der Qualitätsanforderungen bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen hat der G-BA im Juni 2010 die verbindliche Anzahl von vorher 14 auf 30 behandelte Früh- und Neugeborenen pro Jahr als Voraussetzung dafür festgelegt, dass ein Krankenhaus auch weiterhin die sehr betreuungsintensiven „Frühchen“ mit einem Geburtsgewicht von unter 1 250 Gramm versorgen darf. Vor dem LSG Berlin-Brandenburg haben einige Krankenhäuser gegen den G-BA-Beschluss Klage und Anträge auf einstweilige Anordnung eingereicht.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
15. Dezember 2010	Politik	Stellungnahme der Bundesregierung zum 18. Hauptgutachten der Monopolkommission	Die Monopolkommission hat der Bundesregierung im Juli 2010 ihr 18. Hauptgutachten mit dem Titel „Mehr Wettbewerb, weniger Ausnahmen“ überreicht (Drs. 17/2600). Alle zwei Jahre hat die Monopolkommission Stand und Entwicklung der Unternehmenskonzentration zu untersuchen sowie die kartellrechtliche Entscheidungspraxis zu würdigen. Nach Anhörung der betroffenen Verbände im September gibt die Bundesregierung ihre Stellungnahme ab. Sie teilt die Auffassung, dass das deutsche Gesundheitswesen durch Ineffizienzen gekennzeichnet und dass die derzeitige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ungeeignet ist, um den Herausforderungen gewachsen zu sein. Die Bundesregierung geht aber im Ergebnis davon aus, dass sie mit den jüngsten Reformgesetzen AMNOG und GKV-FinG die von der Monopolkommission geforderte stärkere wettbewerbliche Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung vorangetrieben hat. Darüber hinaus wird von der Bundesregierung eine strukturelle Weiterentwicklung in Aussicht gestellt. Dabei gehe es insbesondere darum, sowohl innerhalb der einzelnen Versorgungsbereiche als auch über Versorgungs- und Sektorgrenzen hinweg die Bedingungen für einen auf hohe Versorgungsqualität ausgerichteten Wettbewerb innerhalb eines festen Ordnungsrahmens zu verbessern. Die von der Monopolkommission unterbreiteten Vorschläge bezüglich des Ausbaus der Selektivverträge und ihrer Ausgestaltung werden geprüft.
15. Dezember 2010	Wissenschaft	Destatis: 2,2 % mehr Beschäftigte im Gesundheitswesen	Trotz Wirtschaftskrise waren im Jahr 2009 im Gesundheitswesen insgesamt 4,7 Mio. Menschen tätig. Im Vergleich zum Vorjahr ist damit die Zahl der Beschäftigten um rund 103 000 Personen oder 2,2 % angestiegen. Zusätzliche Arbeitsplätze sind vor allem in den Gesundheitsdienstberufen (Ärzte und medizinische Fachangestellte) und in den sozialen Berufen (Altenpflege) hinzugekommen. Im Krankenhaussektor ist die Beschäftigtenzahl um 19 000 Personen angewachsen (1,8%). Im letzten Jahr gab es hier noch einen Rückgang um 23 000 Personen.
2. Dezember 2010	Selbstverwaltung	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorübergreifenden Qualitätssicherung tritt in Kraft	Die vom G-BA am 19.04.2010 beschlossene Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 137 Abs. 1 Nummer 1 des SGB V über die einrichtungs- und sektorübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung tritt in Kraft. Nach langwieriger Prüfung hat das BMG die Qesü-Richtlinie unter Auflagen freigegeben. So ist unter anderem für die Einbeziehung von Privatpatienten eine Einwilligungslösung vorzusehen und bis Ende 2011 Transparenz über die auf der Landesebene geschlossenen Vereinbarungen und ihre Kostenfolgen herzustellen.
1. Dezember 2010	Selbstverwaltung	Bundesbasisfallwert für 2011	DKG, GKV-Spitzenverband und PKV einigen sich auf den Bundesbasisfallwert (BBFW) für das Jahr 2011 und den einheitlichen Basisfallwertkorridor. Für das Jahr 2011 beträgt der Bundesbasisfallwert 2 963,82 Euro inklusive der gekürzten Veränderungsrate 2011 in Höhe von 0,9%. Auch die Korridor Grenzen für die Landesbasisfallwerte liegen fest. Die obere Grenze liegt bei 3 037,91 Euro (+ 2,5 %) und die untere Grenze bei 2 926,77 Euro (- 1,25%).

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
29. November 2010	Selbstverwaltung	G-BA Qualitätskonferenz	Auf der Fachkonferenz des G-BA wird über die Ergebnisse derzeit bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen informiert sowie über Weiterentwicklungen und Innovationen diskutiert. Schwerpunkt sind die Ergebnisse des Qualitätsreports 2009. Die parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz sagt: „Ärzte und Krankenhäuser und Krankenkassen haben im G-BA die Aufgabe, die Qualität der Versorgung auf die aktuellen Herausforderungen einzustellen und z. B. die Pflegequalität im Krankenhaus näher zu betrachten und Qualitätsindikatoren für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung zu erarbeiten. Dabei muss der Ergebnisqualität eine besondere Rolle zugewiesen werden, weil sie für die betroffenen Patientinnen und Patienten in der Regel am entscheidendsten ist.“ Aktuell wird diskutiert, ob die Ansätze einer qualitätssicherungsorientierten Vergütung sinnvoll sein können. Zur Versachlichung der Diskussion hat das BMG ein Gutachten vergeben, das den nationalen und internationalen Stand der Qualitätssicherung aufarbeiten soll. Erste Ergebnisse werden voraussichtlich im November 2011 vorliegen.
22. November 2010	Politik	Bilanz der Modellphase der Unabhängigen Patientenberatung	Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) zieht am Ende ihrer Modellerprobung eine positive Bilanz. So hat die UPD seit Beginn ihrer Arbeit bundesweit rund 250 000 Beratungen in 22 Beratungsstellen mit 71 Beraterinnen und Beratern durchgeführt. Eine Auswertung der Patienten-Beschwerden zeigt, dass häufig ein Verdacht auf Behandlungsfehler geäußert, aber auch die Ablehnung von Anträgen durch die Krankenkassen kritisiert wird. Ein weiterer großer Beschwerdebereich betrifft mit etwa 12 Prozent die stationären Einrichtungen, also in erster Linie die Krankenhäuser. Die Ergebnisse der Modellerprobung veröffentlicht die UPD in einem Handbuch.
10. November 2010	Gesetzgebung	Schlussberatungen des GKV-FinG im Gesundheitsausschuss	Für die abschließende Beratung des GKV-FinG im Gesundheitsausschuss liegen die letzten abgestimmten Änderungsanträge vor. So sind für den stationären Sektor folgende Modifikationen geplant: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Zuwächse der Krankenhäuser werden für 2011 nicht um die halbe Grundlohnrate, sondern lediglich um 0,25 Prozentpunkte vermindert.</li> <li>• Der Mehrleistungsabschlag gilt bei Änderungen aufgrund der Krankenhausplanung, des Investitionsprogramms und bei unzumutbaren Härten nicht.</li> <li>• Das Vollstreckungsverfahren bei der Krankenhauszuzahlung wird unter Beibehaltung des Vorwegabzugs alleinig auf die zuständigen Krankenkassen übertragen.</li> <li>• Überraschenderweise wird ein Strafabschlag von 2 % auf die Zuweisung der Verwaltungskosten der Kassen aufgenommen, die bis zum 31.12.2011 nicht 10 % ihrer Versicherten mit der eGK ausgestattet haben.</li> </ul>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
10. November 2010	Gesetzgebung	Schlussberatungen des GKV-FinG im Gesundheitsausschuss	Der Bundestag beschließt am 12. November 2010 in 2. und 3. Lesung das GKV-FinG in namentlicher Abstimmung gegen die Stimmen der Opposition. Die Debatte wird sehr leidenschaftlich zu den Themen Solidarität, Gerechtigkeit, „Vorkasse“, Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge und einer älter werdenden Gesellschaft geführt und verläuft wie üblich entlang der Parteilinien. Die Opposition legt zur 3. Lesung noch ablehnende Entschließungsanträge vor, die die Koalition ablehnt. Am 17.12.2010 passiert das GKV-FinG abschließend den Bundesrat.
6. November 2010	Politik	BMG – Kassen müssen bei der eGK konstruktiv mitarbeiten	In der Presserklärung „Ein modernes Gesundheitswesen braucht eine elektronische Gesundheitskarte – Kassen müssen konstruktiv mitarbeiten“ kritisiert das BMG deutlich die Krankenkassen. Staatssekretär Kapferer führt aus: „Ein modernes Gesundheitswesen benötigt funktionsfähige und sichere Wege der elektronischen Kommunikation und eine elektronische Gesundheitskarte. Patienten und Versicherte erwarten zu Recht, dass der Austausch von Informationen zwischen Ärzten sicher und der Datenschutz gewährleistet ist und dass im Notfall wichtige medizinische Informationen schnell zur Verfügung stehen. Das soll das neue System leisten, außerdem wird die Karte zukünftig die unberechtigte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu Lasten der Versichertengemeinschaft verhindern. Das spart Kosten und sollte im Interesse der Kassen sein. Es ist mir unverständlich, wie die Kassen heute Regelungen in Frage stellen können, die sie gestern noch selbst beschlossen haben. Ich fordere alle Beteiligten auf, sich an die gemeinsame Absprache zu halten und diese zügig umzusetzen.“
2. November 2010	Gesetzgebung	Urteil des Bundessozialgerichts zur Einbehaltung von Rechnungsteilbeträgen im Zusammenhang mit der Anschubfinanzierung für Maßnahmen der integrierten Versorgung	Der 1. Senat des BSG trifft folgende Entscheidung (Az: B 1 KR 11/10 R): Eine Verrechnung von Leistungserbringerforderungen mit Gegenforderungen aus der Einbehaltung von Mitteln aus der Anschubfinanzierung von IV-Maßnahmen setzt zwei Punkte voraus: Erstens muss ein Vertrag zur integrierten Versorgung abgeschlossen worden sein, der die inhaltlichen Mindestvoraussetzungen erfüllt. Zweitens müssen tatsächlich Mittel einbehalten oder Zahlungen unter entsprechendem Vorbehalt vorgenommen worden sein.
26. Oktober 2010	Wissenschaft	Destatis: 45 Mio. Operationen und Prozeduren im Jahr 2009	Laut Destatis wurden an Krankenhauspatienten im Jahr 2009 rund 45 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren durchgeführt. Das waren 7,7% mehr als im Vorjahr. Auf einen Krankenhausfall kamen damit durchschnittlich 2,6 Maßnahmen. Bei Frauen (15–44 Jahre) standen Operationen im Zusammenhang mit der Entbindung im Vordergrund. Bei gleichaltrigen Männern erfolgten operative Eingriffe an der unteren Nasenmuschel sowie arthroskopische Operationen an Gelenkknorpel und Menisken am häufigsten.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
25. Oktober 2010	Politik	GMK-Sondersitzung: Mehr Mitbestimmung bei der Bedarfsplanung	Die Gesundheitsminister der Länder verständigen sich auf die Forderung nach mehr Mitspracherechten bei der medizinischen Versorgung zur künftigen Ausgestaltung der Bedarfsplanung und der Bedarfssteuerung. Bundesgesundheitsminister Rösler betonte auf der anschließenden Pressekonferenz die Einigkeit zwischen Bund und Ländern und kündigte für das erste Halbjahr 2011 ein Versorgungsgesetz an, in dem z.B. auch die Bedarfsplanung angepasst wird.
15. Oktober 2010	Gesetzgebung	Bundesrat beschließt Stellungnahme zum GKV-FinG	Mit ihrer Stellungnahme fordern die Bundesländer diverse Änderungen am GKV-Finanzierungsgesetz. Um die Krankenhäuser nicht stärker als geplant zu belasten, fordern die Ländervertreter die Streichung des Mehrleistungsabschlags sowie die Kürzung statt Halbierung der Veränderungsrate. Auf Antrag des Landes Schleswig-Holstein verlangt der Bundesrat auch, dass bei der Konvergenz der Landesbasisfallwerte an einem einheitlichen Bundesbasisfallwert-Korridor festgehalten wird. In ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates kündigt die Bundesregierung am 27.10.2010 diverse Prüfaufträge an. Viele Änderungswünsche werden allerdings abgelehnt, wie bspw. die Fortführung der Annäherung an einen bundeseinheitlichen Krankenhauspreis.
1. Oktober 2010	Politik	Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage „Zukunft der medizinischen Versorgungszentren“	Die Bundesregierung hebt in ihrer Antwort (Drs. 17/3131) auf die Kleine Anfrage der SPD die Bedeutung der MVZ hervor, hält aber an der im Koalitionsvertrag angekündigten kritischen Überprüfung fest. Laut MVZ-Survey 2008 scheint es regionale Besonderheiten zu geben. So seien Krankenhaus-MVZ in den neuen Bundesländern (52,5 Prozent der Stichprobe) stärker vertreten als in den alten Bundesländern (31,2 Prozent der Stichprobe).
30. September 2010	Politik	Prognose des Schätzerkreises: Mehreinnahmen in Höhe von 1 Mrd. Euro	Für 2010 erwartet der Schätzerkreis aufgrund der günstigen konjunkturellen Entwicklung höhere Einnahmen. Mit 173,5 Mrd. Euro werden diese voraussichtlich um 1 Mrd. Euro höher ausfallen als zuletzt geschätzt. Die geschätzten Ausgaben der Krankenkassen betragen 172,4 Mrd. Euro, hiervon werden 170,3 Mrd. Euro aus dem Gesundheitsfonds gedeckt. Für 2011 werden Einnahmen in Höhe von 181,1 Mrd. Euro und Ausgaben in Höhe von 178,9 Mrd. Euro erwartet. Der zusätzliche Bundeszuschuss von 2 Mrd. Euro wird voraussichtlich in voller Höhe zur Finanzierung des Sozialausgleichs verwendet.
23. September 2010	Selbstverwaltung	Verabschiedung des DRG-Systems für das Jahr 2011	DKG, GKV-Spitzenverband und PKV verständigen sich auf die maßgeblichen Bestandteile des Fallpauschalensystems für das Jahr 2011. Die jährliche Überarbeitung des DRG-Katalogs ergibt eine Trendumkehr bei der Anzahl der DRG-Fallpauschalen: erstmals reduziert sich der Fallpauschalenkatalog um sechs DRGs. Für 2011 stehen nunmehr 1 194 DRG-Fallpauschalen (2010: 1 200) und 146 Zusatzentgelte (2010: 143) zur Abbildung des stationären Leistungsgeschehens zur Verfügung.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
22. September 2010	Gesetzgebung	GKV-FinG im Kabinett beschlossen	<p>Trotz breiter Kritik von Arbeitgebern, Gewerkschaften, Krankenkassen, Leistungserbringern und der Opposition stimmt die Bundesregierung dem Gesetzesentwurf zum GKV-FinG zu. In der Pressemitteilung wird Bundesgesundheitsminister Rösler wie folgt zitiert: „Die Bundesregierung hält Wort. Wir sorgen für ein faires und stabiles Gesundheitssystem, das auch künftigen Generationen eine Gesundheitsversorgung auf dem bewährten hohen Leistungsniveau sichert. Durch eine gemeinsame Anstrengung von Beitrags- und Steuerzahlern und Leistungserbringern wird 2011 ein Milliarden-Defizit in der GKV verhindert. Auch dauerhaft wird das System stabilisiert – durch das Umsteuern hin zu einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen mit einem automatischen und unbürokratischen Sozialausgleich, finanziert über Steuermittel. (...) Mit der Reform werden die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb geschaffen, der zu mehr Qualität und Effizienz in der medizinischen Versorgung führt und den Versicherten und Patienten zugute kommt.“</p> <p>Im Vergleich zum Referentenentwurf gibt es zentrale Änderungen bei der Erhebung/Zahlung von Zusatzbeiträgen z. B. bei ALG II, Kranken- und Elterngeldbeziehern. Im Bereich des Krankenhausentgeltgesetzes hat es keinerlei Änderungen gegeben.</p> <p>Die 1. Lesung im Bundestag findet am 01.10.2010 und der 1. Durchgang im Bundesrat am 15.10.2010 statt. Das vom Bundesrat nicht zustimmungspflichtige Gesetz soll am 01.01.2011 in Kraft treten.</p>
13. September 2010	Politik	Bekanntgabe der Grundlohnrate 2011	<p>Das BMG legt die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Kassen (Grundlohnrate) für das Jahr 2011 für das gesamte Bundesgebiet auf +1,15 % fest. Das GKV-Finanzierungsgesetz sieht eine Halbierung der Grundlohnrate vor, sodass die Steigerungsrate für 2011 bei 0,575 Prozent liegt.</p>
3. September 2010	Wissenschaft	Arztzahlstudie von BÄK und KBV	<p>Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die Lücken in der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung trotz bereits eingeleiteter Gegenmaßnahmen immer größer werden. So müssen im ambulanten Sektor bis zum Jahr 2020 insgesamt 51 774 Ärzte ersetzt werden. Für den stationären Sektor werden derzeit 5 000 unbesetzte Stellen angegeben. Allerdings wird eine weitere Verschärfung der Personalsituation in den Kliniken prognostiziert, da in 10 Jahren fast 20 000 Chef- und Oberärzte altersbedingt in den Ruhestand gingen.</p>



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
26. August 2010	Wissenschaft	Gesundheitsbarometer 2010 von Ernst & Young	Das Gesundheitsbarometer 2010 von Ernst & Young zeigt, dass die Zufriedenheit der Deutschen mit der Gesundheitsversorgung im Laufe des vergangenen Jahres nicht gesunken, sondern sogar eher gestiegen ist. So bewerten 87 Prozent der Bundesbürger die Gesundheitsversorgung in ihrer Region positiv (2009: 85 Prozent). Allerdings sieht immerhin ein Drittel der Befragten langfristig eine Verschlechterung der Qualität, nur jeder sechste erkennt eine Verbesserung. Krankenhäuser schneiden im Bezug auf den Behandlungserfolg und das Vertrauen am schlechtesten ab. „Die Allgemeinkrankenhäuser und Uni-Kliniken haben nach wie vor ein Imageproblem“, stellt Stefan Viering, Partner bei Ernst & Young, fest. „Trotz oftmals bester technischer Ausstattung und hoher Qualitätsstandards fühlen sich viele Menschen im Krankenhaus nicht wirklich gut aufgehoben.“
25. August 2010	Gesetzgebung	Referentenentwurf GKV-Finanzierungsgesetz	Der „Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz, GKV-FinG)“ beschränkt sich im Kern auf die kurzfristige Schließung von Finanzierungslücken. Neben den umstrittenen Sparmaßnahmen liegt der Schwerpunkt auf der Erhebung des Zusatzbeitrags und des Sozialausgleichs. Unverändert sieht auch der Referentenentwurf für den stationären Sektor die Wiedereinführung des Mehrleistungsabschlags und die Begrenzung des Zuwachses der Krankenhausbudgets auf die halbe Grundlohnrate vor. Zudem wird auf die Fortführung der Annäherung an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert verzichtet. Der bayerische Gesundheitsminister Markus Söder lehnt mehrere Elemente der geplanten Gesundheitsreform als nicht tragbar ab. Insbesondere kritisiert er die geplante Ausgestaltung der Zusatzbeiträge und den damit verbundenen Sozialausgleich sowie die vorgesehene Neuordnung der Arzthonorare.
19. August 2010	Selbstverwaltung	AQUA-Institut: Qualitätsreport 2009	Erstmals veröffentlicht das Göttinger AQUA-Institut im Auftrag des G-BA den Qualitätsreport 2009. Im 160-seitigen Bericht werden die bundesweiten Ergebnisse von allen 26 Leistungsbereichen dargestellt und geben somit Auskunft über die Versorgungsqualität von fast 1 800 Krankenhäusern. Ein deutlicher Handlungsbedarf wird für Qualitätsindikatoren aus zehn Leistungsbereichen gesehen. Dies betrifft u. a. die Cholezystektomie, Geburtshilfe, gynäkologische Operationen, Herzschrittmacher-Revision/Systemwechsel/-Explantation, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation und Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel.
16. August 2010	Wissenschaft	Vorläufige Krankenhausstatistik 2009	Basierend auf vorläufigen Berechnungsergebnissen präsentiert Destatis u. a. folgende Krankenhaus Kennzahlen des Jahres 2009: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der Krankenhäuser: 2 080 (2008: 2 083)</li> <li>• Anzahl der Betten: 503 000 (2008: 503 360)</li> <li>• Anzahl der Fälle: 17,8 Mio (2008: 17,5 Mio.)</li> <li>• durchschnittliche Verweildauer: 8,0 Tage (2008: 8,1 Tage)</li> <li>• Bettenauslastung: 77,5 % (2008: 77,4 %)</li> </ul>



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
11. August 2010	Wissenschaft	Krankheitskosten auf 254 Mrd. Euro gestiegen	<p>Laut Destatis sind die Krankheitskosten seit 2002 um 35,5 Mrd. Euro angestiegen (+16 %) und lagen im Jahr 2008 bei 254,3 Mrd. Euro. Die dritthöchsten Krankheitskosten verursachte mit knapp 28,7 Mrd. Euro die Krankheitsgruppe Psychische und Verhaltensstörungen. Die Hälfte dieser Kosten haben mit 9,4 Mrd. Euro die Demenzerkrankungen und mit 5,2 Mrd. Euro die Depressionen ausgelöst. Noch höhere Kosten wurden lediglich für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (37 Mrd. Euro) und Krankheiten des Verdauungssystems (34,8 Mrd. Euro) angegeben.</p>
11. August 2010	Gesetzgebung	Diskussionsentwurf zur GKV-Finanzreform	<p>Die Bundesregierung legt einen „Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FG) vor.</p> <p><b>Ziel dieses Entwurfs ist die</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilisierung der Ausgaben,</li> <li>• Sicherung der Finanzierung,</li> <li>• Schaffung der Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb und die</li> <li>• Einführung eines zielgenauen und gerechten Sozialausgleichs.</li> </ul> <p>Zur Umsetzung der Ziele sind Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung für die Jahre 2011 und 2012 und zur Stärkung der Finanzierungsgrundlage vorgesehen.</p> <p><b>Ausgabenbegrenzungsmaßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deckelung der Verwaltungskosten der Krankenkassen auf den Stand des Jahres 2010</li> <li>• Wiedereinführung des Mehrleistungsabschlags in Höhe von 30 Prozent im Jahr 2011 und freier vertraglicher Vereinbarung der Höhe des Abschlags im Jahr 2012</li> <li>• Begrenzung der Krankenhausausgaben durch Halbierung der Grundlohnrate</li> <li>• Begrenzung des Ausgabenzuwachses in der vertragsärztlichen Versorgung</li> <li>• Begrenzung des Vergütungsniveaus bei der hausarztzentrierten Versorgung</li> <li>• Begrenzung der Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Behandlung durch Halbierung der Veränderungsrate</li> </ul> <p><b>Maßnahmen zur Stärkung der Finanzierungsgrundlage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anhebung des Beitragssatzes auf 14,6 % und Festschreibung des Arbeitgeberanteils auf 7,3 %</li> <li>• Einführung von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen</li> </ul> <p>Allein mit den geplanten Maßnahmen im stationären Sektor sollen rund 1 Mrd. Euro in den Jahren 2011 und 2012 eingespart werden.</p>

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
7. Juli 2010	Wissenschaft	DKI-Studie „Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen“	Im Rahmen einer repräsentativen Erhebung wurden Pflegedienstleitungen nach delegationsfähigen Tätigkeiten befragt. Nach Angaben der 421 beteiligten Kliniken können einfachere Tätigkeiten (Aufnahme der Essenswünsche) bzw. patientennahe Hilfstätigkeiten (Hilfe bei der Körperpflege) sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Betten beziehen) übertragen werden. „Die Kliniken wollen die Pflegekräfte weiter entlasten. Wir setzen damit die politische Botschaft des letzten Pflegegipfels im BMG im April 2009 aktiv um“, so DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters.
6. Juli 2010	Wissenschaft	IGES-Studie „Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung“	Das IGES-Institut hat im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung das Instrument der Selektivverträge untersucht mit dem Ziel, neue Impulse beim Wettbewerb um Kosten und Qualität zu nutzen, ohne dass es zu einem Geschäft zu Lasten Dritter wird. Im Ergebnis gehen die IGES-Experten davon aus, „dass sich die Entwicklungen fortsetzen und die Krankenkassen künftig einen zunehmenden Teil der Gesundheitsversorgung individuell über Selektivverträge gestalten können“. Prinzipiell halten sie Selektivverträge für geeignet, das Gesundheitswesen effizienter zu steuern, aber nur wenn Regulierungen Grenzen setzten. Die Studie beleuchtet auch den Bereich Krankenhäuser, wo derzeit noch keine Selektivverträge geschlossen werden können.
6. Juli 2010	Politik	Gemeinsame Erklärung des Schätzerkreises der gesetzlichen Krankenversicherung	Der Schätzerkreis rechnet für 2010 mit Ausgaben der GKV von 173,4 Mrd. Euro und voraussichtlichen Einnahmen von 172,5 Mrd. Euro. Aufgrund der verbesserten Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt fallen die Beitragseinnahmen um rd. 0,4 Mrd. Euro günstiger aus. Da der Gesundheitsfonds den Krankenkassen die für das Jahr 2010 zugesagten 170,3 Mrd. Euro zuweist, liegen die GKV-Ausgaben voraussichtlich um 3,1 Mrd. Euro höher als die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds.
6. Juli 2010	Gesetzgebung	Einigung der Koalitionsspitzen zur GKV-Finanzreform	Im Kanzleramt einigen sich die Koalitionsspitzen nach langen Verhandlungsdurchläufen auf ein Konzept zur Neugestaltung der GKV-Finzen. Dadurch könne laut Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler das GKV-Defizit von rund 11 Mrd. Euro behoben werden und auch ein Einstieg in eine dauerhaft stabile Finanzierung gelingen. Am 09. Juli 2010 informiert Gesundheitsminister Rösler mit dem Argumentationspapier „Finanzreform für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitswesen“ seine Fraktionskollegen der Koalition über die Eckpunkte der GKV-Finanzreform. Ein Gesetzentwurf soll bis zum Ende der parlamentarischen Sommerpause vom BMG in Zusammenarbeit mit den Koalitionsfraktionen vorgelegt werden.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
1. Juli 2010	Selbstverwaltung	GKV-Spitzenverband: Bericht zum Pflegesonderprogramm für das Budgetjahr 2009	<p>In seinem ersten Bericht zum gesetzlich verankerten Pflegesonderprogramm 2009–2011 zieht der GKV-Spitzenverband eine positive Zwischenbilanz. Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2009 rund 186 Mio. Euro zur Finanzierung zusätzlichen Pflegepersonals zur Verfügung gestellt, womit die finanziellen Voraussetzungen für etwa 5 480 zusätzliche Stellen in der Krankenpflege geschaffen wurden. Damit waren für mehr als 1 000 Krankenhäuser die finanziellen Voraussetzungen für die Aufstockung von Stellen in der Pflege gegeben.</p> <p>Inwieweit das hinter dem Pflegesonderprogramm stehende Ziel „Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte“ erreicht wird, kann bislang nicht endgültig beurteilt werden. „Es gibt keine umfassende Transparenz darüber, wie die Mittel eingesetzt werden“, so die Kritik von ver.di-Bundesvorstand Herbert Weisbrod-Frey.</p>

Krankenhaus-Report 2013 - Kapitel 17

# **Krankenhauspolitische Chronik**

Juni 2012 - Juli 2011

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
28. Juni 2012	Selbstverwaltung	3. Bericht zum Pflegesonderprogramm für die Jahre 2009–2011	<p>Der GKV-Spitzenverband berichtet gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) jährlich über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen, die aufgrund der Förderung zusätzlich eingerichtet wurden.</p> <p>Auf Basis der Vereinbarungsdaten ist eine konstant hohe Inanspruchnahme der Förderung durch die Kliniken festzustellen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben mit den Krankenhäusern in den Jahren 2009 bis 2011 finanzielle Vereinbarungen getroffen, die zu einer Aufstockung um ca. 14 400 zusätzliche Pflegevollkräfte führte. Insgesamt sind im Gesamtzeitraum rund 1,07 Mrd. Euro an Fördermitteln abgerufen worden.</p> <p>In diesem Zusammenhang muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Zahl der tatsächlich neu geschaffenen Stellen nicht zuverlässig ermittelt werden kann, weil nicht alle Krankenhäuser der gesetzlichen Nachweispflicht nachgekommen sind. So liegen dem GKV-Spitzenverband Bestätigungen von Wirtschaftsprüfern für das Jahr 2009 von 62 % und für das Jahr 2010 von 59 % der Krankenhäuser vor.</p>
27./28. Juni 2012	Politik	85. Gesundheitsministerkonferenz in Saarbrücken	<p>Im Mittelpunkt dieser 85. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) stand das Thema Sicherstellung der flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung. Mit dem beschlossenen Leittrag „Sicherung einer flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung“ sprechen sich die Mitglieder der GMK u. a. für eine bessere Verzahnung der bisher voneinander getrennten Planungsinstrumente in der ambulanten und stationären Versorgungsplanung aus, mit dem Ziel einer „Versorgung aus einem Guss“. Hinsichtlich der Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen einigten sich die Länder darauf, die Pflegefachausbildungen zeitnah zu einem Berufsgesetz zusammenzuführen.</p>
20. Juni 2012	Wissenschaft	Der Sachverständigenrat legt sein Sondergutachten 2012 „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ vor	<p>Im Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wird untersucht, ob und inwieweit eine Stärkung des Wettbewerbs an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung beizutragen vermag. Dabei thematisieren die Ausführungen zum Schnittstellenmanagement, zum Qualitätswettbewerb und zu den wettbewerblichen Bedingungen an der Sektorengrenze Konzepte und Vorschläge, die auf Effizienz und Effektivitätsverbesserungen sowohl im kollektiven als auch im selektivvertraglichen System abzielen.</p> <p>Im Detail unterbreitet der Rat zur Sicherung einer sektorenübergreifenden Versorgungskontinuität u. a. folgende Empfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Harmonisierung sozialrechtlicher Regelungen in SGB V und XI, auch zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und umfassender Pflegeberatung nach § 7a SGB XI</li> <li>• verbindliche gesetzliche Vorgaben zur Ausgestaltung des Entlassungsmanagements nach Nationalen Expertenstandards mit Entwicklung einer nationalen Leitlinie</li> </ul>

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
20. Juni 2012	Wissenschaft	Der Sachverständigenrat legt sein Sondergutachten 2012 „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ vor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erweiterung der nachstationären Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses im Sinne von Transitional Care-Modellen und Weiterentwicklung um rehabilitative Anforderungen</li> <li>• Dokumentation von ungeplanten Rehospitalisierungen und deren Aufnahme in die Qualitätsberichterstattung</li> <li>• Vorgabe von Mindeststandards für die multidisziplinäre Informationsübermittlung bei der Krankenhausentlassung</li> <li>• Festlegung von Rahmenbedingungen zur Förderung der sektorenübergreifenden Interoperabilität von Informations- und Kommunikationstechnologien sowie</li> <li>• vollständige Übermittlung des Medikamentenplans einschließlich Begründungen für erfolgte Umstellungen.</li> </ul>
20. Juni 2012	Gesetzgebung	Anrufung des Vermittlungsausschusses im Rahmen der Beratungen zum Psych-EntgG	<p>Der Gesundheitsausschuss des Bundesrats empfiehlt die Anrufung des Vermittlungsausschusses (VA) zwischen Deutschen Bundestag und Bundesrat, um seine Forderungen nach einem vollständigen Tarifausgleich für das Jahr 2012, einer vollständigen Einführung des Orientierungswerts ab 2013 sowie umfangreiche Nachbesserungen beim Mehrleistungsabschlag sowie beim Landesbasisfallwert durchzusetzen zu können. Sollten diese Länderforderungen eine Mehrheit im VA finden, ist mit einer finanziellen Mehrbelastung der GKV von rund drei Milliarden Euro bis 2014 zu rechnen.</p> <p>Der Bundesrat schließt sich dem Votum des Gesundheitsausschusses nicht an und stimmt in seiner Sitzung am 6. Juli 2012 dem Gesetz zu.</p>
15. Juni 2012	Gesetzgebung	Bundesrat beschließt Gesetze zur Neuregelung der Organspende	<p>Der Bundesrat hat den Gesetzen zur Änderung des Transplantationsgesetzes sowie zur Umsetzung einer Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz zugestimmt.</p> <p>Mit der Novelle des Transplantationsgesetzes werden EU-rechtliche Vorgaben zur Qualität und Sicherheit von Organspenden umgesetzt. Zudem werden die Entnahmekrankenhäuser verpflichtet, Transplantationsbeauftragte zu bestellen, die den Gesamtprozess der Organspende in den Kliniken und mit der Koordinierungsstelle (DSO) organisieren.</p>
14. Juni 2012	Wissenschaft	„Krankenhaus Rating Report 2012“ veröffentlicht	<p>Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (RWI) untersucht im „Krankenhaus Rating Report 2012“ den Krankenhausmarkt und die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser. Diese Ausarbeitung basiert auf einer Stichprobe von 705 Jahresabschlüssen aus dem Jahr 2009, die insgesamt 1 057 Krankenhäuser umfasst, sowie 286 Jahresabschlüsse aus dem Jahr 2010.</p> <p>Aus dem achten Report geht hervor, dass sich die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser seit 2010 verschlechtert hat. Befanden sich im Jahr 2010 noch 10 % der Häuser im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr, dürften es laut Report jetzt mittlerweile 15 % sein. Trotzdem befinden sich aber ca. 80 % der Häuser im „grünen Bereich“.</p> <p>Einen Zusammenhang gibt es auch zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität und Patientenzufriedenheit. Häuser mit geringerer Qualität und weniger zufriedenen Patienten schneiden schlechter ab.</p>

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
5. Juni 2012	Gesetzgebung	Regierungskoalition beschließt Änderungsanträge zum Psych-EntgG	<p>Die Gesundheitspolitiker aus CDU/CSU und FDP haben weitere Änderungsanträge zum Psych-EntgG (Drs. 17(14) 0280) beschlossen. Die wesentlichen Inhalte sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klarstellung, dass der Veränderungswert für optierende wie für nicht optierende Krankenhäuser an Stelle der Veränderungsrate als Obergrenze für den Anstieg des Gesamtbetrags gilt.</li> <li>• Bei der Vereinbarung des Veränderungswerts darf es bei der Bereinigung durch bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen nicht zu einer Unterschreitung der Grundlohnrate kommen. Dies gilt für die Bereiche des KHEntgG und der BpFIV.</li> </ul> <p>Die 2./3. Lesung im Deutschen Bundestag erfolgt am 14. Juni 2012 und der 2. Durchgang ist für den 6. Juli im Bundesrat geplant. Wesentliche Regelungen des Gesetzes werden zum 1. August 2012, weitere Regelungen zum 1. Januar 2013 in Kraft treten.</p>
30. Mai 2012	Wissenschaft	GKV-Spitzenverband stellt Gutachten des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung Essen (RWI) zur Mengenentwicklung vor	<p>Das Gutachten des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung Essen (RWI), das der GKV-Spitzenverband in Auftrag gegeben hat, macht deutlich, dass sich nur ein Teil der Mengenentwicklung im stationären Bereich durch die demografische Entwicklung erklären lässt. Nach Analysen der Gutachter steigt die Leistungsmenge (im DRG-Fallpauschalensystem der sogenannte Casemix) seit Einführung der Fallpauschalen jährlich um ca. drei Prozent. Schon die Begleitforschung zur DRG-Einführung zeigt, dass weniger als die Hälfte davon auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen ist. Offenbar erbringen Krankenhäuser einen Teil der zusätzlichen Leistungen allein aus ökonomischen Gründen.</p>
22. Mai 2012	Wissenschaft	GKV-Spitzenverband veröffentlicht die Studie zu Zuweisungsprämien an Leistungserbringer	<p>Die Studie, die unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Kai-D. Bussmann vom Economy &amp; Crime Research Centers der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg entstand, basiert auf einer Selbst- und Brancheneinschätzung medizinischer Leistungserbringer zur Praxis gezielter Zuweisungen.</p> <p>Niedergelassene Ärzte und stationäre Einrichtungen treten nach Einschätzung der Branche sowohl als Geber als auch als Nehmer auf; nicht-ärztliche Leistungserbringer hingegen nur als Geber. Als Anreize werden Geld, aber auch Sachleistungen wie Tagungskosten oder Geräte angeboten bzw. angenommen, urteilten die Befragten. Bei niedergelassenen Ärzten und stationären Einrichtungen kämen auch prä- bzw. postoperative Vereinbarungen vor.</p>
16. Mai 2012	Wissenschaft	Umfrage des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser	<p>Die Umfrage unter 1 800 Mitgliedern des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) zeige auf, dass 43 % der Allgemeinkrankenhäuser das Jahr 2011 mit einem Defizit abgeschlossen haben; dass der Anteil der Allgemeinkrankenhäuser, die ihre Zukunft aus eigener Kraft meistern können, bei nur noch neun Prozent liegt, da auch die Investitionsförderung der Bundesländer seit Jahren stetig abnimmt – von rund 3,8 Mrd. Euro im Jahr 1993 auf 2,8 Mrd. Euro in 2010.</p>



Termin	Gremium	Vorgang	Legende
16. Mai 2012	Wissenschaft	Umfrage des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser	Als Hauptursachen für die Defizite der Krankenhäuser nennt der VKD auf Grundlage der Umfrage vor allem die Erlöskürzungen in Höhe von 1,3 Milliarden Euro aus dem GKV-Finanzierungsgesetz in den Jahren 2011 und 2012 sowie eine falsche Kalkulationsmethode im DRG-System, die vor allem kleine Häuser der Grund- und Regelversorgung massiv benachteilige und sie nach den Daten für 2011 und 2012 sogar im Bestand gefährde. Die Fallpauschalen-Kalkulation gehe von einem Durchschnittskrankenhaus mit 401 Betten und 17 938 behandelten Fällen jährlich aus, wobei ein Durchschnittskrankenhaus laut Statistischem Bundesamt über lediglich 263 Betten verfüge und 9 946 stationäre Patienten im Jahr behandle. Es werde also zum Nachteil der kleinen Allgemeinkrankenhäuser kalkuliert, die über die Hälfte aller Häuser in Deutschland ausmachten. Aufgrund der deutlich geringeren Zahlen an stationären Patienten entstehe bei ihnen systembedingt eine Unterfinanzierung.
14. Mai 2012	Selbstverwaltung	Landesbasisfallwerte 2012 bundesweit vereinbart	Die Landesbasisfallwerte (LBFW) für 2012 sind vereinbart. Der bundesdurchschnittliche LBFW beträgt nun 2 993,09 Euro, was einer Steigerung von 1,53 % zum Vorjahr entspricht. Das Erlösvolumen steigt um 4,15 % auf 58,36 Milliarden Euro an. In Rheinland-Pfalz ist mit 3 175,75 Euro der niedrigste und in Schleswig-Holstein mit 2 930,79 Euro der höchste LBFW vereinbart worden (vgl. <a href="http://www.aok-gesundheitspartner.de">www.aok-gesundheitspartner.de</a> ).
3. Mai 2012	Gesetzgebung	Regierungskoalition und BMG verständigen sich auf „Eckpunkte zur Krankenhausfinanzierung“	Die Gesundheitspolitiker von CDU/CSU und FDP sowie das Bundesgesundheitsministerium haben sich auf einen Tarifaufgleich für die Krankenhäuser für 2012 i. H. v. einem Drittel der Differenz zwischen der Rate der Tarifierhöhungen und dem Grundlohnsummen-Anstieg geeinigt. Außerdem wird ab 2013 der anteilige Orientierungswert die Grundlohnsummen-Entwicklung als Maßstab für die Veränderung der Landesbasisfallwerte ablösen. Die Bundesregierung hat dabei festzulegen, zu welchem Anteil der Orientierungswert für die Entwicklung der Landesbasisfallwerte zugrunde gelegt wird. Außerdem ist eine stärkere Begrenzung der Erlöse für Mehrleistungen geplant. Die Erlöse für vereinbarte Mehrleistungen sollen für zwei Jahre um mindestens 30 % gekürzt werden. Darüber hinaus wird auch über indikationsbezogene Mehrleistungsabschläge nachgedacht. Schließlich soll geprüft werden, ob auch bereits im DRG-Kalkulationsverfahren Abschläge für Mehrleistungen berücksichtigt werden können.  Die Änderungen werden noch in das laufende Psych EntgG-Gesetzgebungsverfahren eingearbeitet.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
23. April 2012	Gesetzgebung	Öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag zum Psych-EntgG	Die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages erörterten im Rahmen einer öffentlichen Expertenanhörung sowohl den Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein neues Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Drs.17/8986) als auch Anträge der Fraktionen Die Linke (Drs. 17/5119) und Bündnis 90/Die Grünen (Drs. 17/9169). Die Pläne der Bundesregierung für ein neues Entgeltsystem in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen stießen dabei bei den Experten auf ein unterschiedliches Echo. So sahen z. B. Vertreter der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) Chancen für eine leistungsgerechtere Vergütung, während der ehemalige ärztliche Leiter des Klinikums Bremen Ost, Professor Peter Kruckenberg, eine schlechtere Versorgung psychisch Kranker zu höheren Kosten als heute befürchtet. DKG und GKV-Spitzenverband haben den Gesetzentwurf grundsätzlich begrüßt, dabei aber einen punktuellen Nachbesserungsbedarf aufgeführt.
23. April 2012	Qualität	BMG legt Bericht zur Umsetzung von Hygieneverordnungen für die Krankenhäuser vor	Nach dem Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit, den der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages angefordert hatte (Drs. 17(14)0262), haben es Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Sachsen und Thüringen versäumt, eine Richtlinie nach § 23 Abs. 8 des Infektionsschutzgesetzes zu erlassen. In diesen Verordnungen sollte die Anzahl der Hygienefachkräfte in Krankenhäusern und deren Fort- und Weiterbildung festgelegt werden.
19. April 2012	Qualität	Abschlussbericht des AQUA-Instituts zur Hüft-Endoprothesenversorgung wird veröffentlicht	Der G-BA beschließt die Veröffentlichung des vom AQUA-Institut Göttingen erstellten Abschlussberichts zum Qualitätssicherungsverfahren bei der Hüft-Endoprothesenversorgung. Das von AQUA entwickelte Verfahren geht über die bereits bestehende Qualitätssicherung hinaus und ermöglicht es, den Krankheitsverlauf nach Abschluss der Klinikbehandlung zu beobachten. Der Ersatz von Hüftgelenken oder Revisionen zählen zu den häufigsten Gelenkersatzoperationen in Deutschland. Im Jahr 2010 gab es 157 712 Erstimplantationen, die nicht frakturbedingt waren, 46 603 frakturbedingte Implantationen sowie fast 25 000 Revisionen.
18. April 2012	Politik	Die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion veröffentlicht Positionspapier zur Krankenhauspolitik	Die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion hat einen Entwurf für ein Positionspapier zur Krankenhauspolitik entwickelt. Die Regelungen sollen in die Beratungen zum Psych-EntgG einfließen. Mit fünf Maßnahmen wollen die Gesundheitspolitiker der Union zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser, aber auch zur Strukturverbesserung beitragen. Diese Maßnahmen umfassen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• einen teilweisen Tarifausgleich für das Jahr 2012</li> <li>• die Umsetzung des anteiligen Orientierungswertes für 2013</li> <li>• eine dauerhafte strukturelle Begrenzung von Mehrleistungen</li> <li>• Ausnahmen von der Mehrleistungsbegrenzung und</li> <li>• eine bessere Nutzung von Möglichkeiten, die Länder zur Erfüllung ihrer Investitionspflichten zu bewegen.</li> </ul>

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
18. April 2012	Politik	Bundesregierung beantwortet Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Umsetzung des Orientierungswertes für Krankenhäuser	<p>Die Ausgabenentwicklung für die Krankenhäuser soll in absehbarer Zeit genauer als bisher bemessen werden. Wie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Auftrag der Bundesregierung in seiner Antwort (Drs.17/9337) auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (Drs. 17/9229) mitteilt, soll die Einführung des sogenannten Veränderungswertes im laufenden Gesetzgebungsverfahren des Psych-Entgeltgesetzes (Drs. 17/8986) geprüft werden. Bislang ist die Einführung des neuen Wertes im kommenden Jahr geplant. Eine zeitliche Vorgabe enthalte die gesetzliche Regelung aber nicht, schreibt die Regierung.</p> <p>Das BMG weist darauf hin, dass der Veränderungswert dafür sorgen soll, „dass die Krankenhäuser auch weiterhin wirtschaftlich handeln“. Deshalb solle die geltende Grundlohnrate, die auf die beitragspflichtigen Einnahmen abstellt, nicht durch den vom Statistischen Bundesamt zu ermittelnden Orientierungswert abgelöst werden, der auf die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich abstellt, sondern „durch den zu finanzierenden Anteil des Orientierungswertes“ – den Veränderungswert (oder auch anteiligen Orientierungswert).</p>
5. April 2012	Wissenschaft	Destatis – Gesundheitsausgaben in Deutschland erreichen 2010 einen Höchstwert	Die Ausgaben für Gesundheit sind 2010 um 8,9 Milliarden Euro oder 3,2 % gestiegen. Zugleich sank aber der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 11,7 auf 11,6 %. Pro Kopf liegen die Gesundheitsausgaben 2010 bei 3 510 Euro. Sie sind damit binnen zehn Jahren um fast 36 % gestiegen. Im stationären Sektor stiegen die Ausgaben um 4,0 % auf 104,2 Milliarden Euro. Den größten Posten bilden hier die Krankenhäuser, die ein Wachstum von 4,7 Prozent auf 74,3 Milliarden Euro verbuchten.
22. März 2012	Gesetzgebung	Deutscher Bundestag berät in erster Lesung das Transplantationsgesetz sowie den Gruppenantrag zur Entscheidungslösung	<p>Der Deutsche Bundestag hat in erster Lesung das Transplantationsgesetz und den Gruppenantrag zur Entscheidungslösung beraten. Darüber hinaus wurden kurzfristig vor der ersten Lesung in Form von Änderungsanträgen Vorschläge für die Konkretisierung der Aufgaben der Transplantationsbeauftragten sowie zur Verbesserung der versicherungsrechtlichen Absicherung des Lebendorganspenders vorgelegt. Mit diesen Regelungen wird im Wesentlichen die bisher durch Richterrecht gegebene Rechtslage in Gesetzestext gefasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Krankenkasse des Organempfängers ist zuständig für die Leistungen an den Spender.</li> <li>• Die Erstattung von Verdienstausfall der Organspender soll zum einen in Gestalt eines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung (6 Wochen), zum anderen in Form eines umfassenden Krankengeldanspruchs gegenüber der Krankenkasse des Empfängers (bei Überschreitung der 6 Wochen) auf eine gesetzliche Grundlage gestellt werden.</li> <li>• Die Krankenkasse bzw. das private Krankenversicherungsunternehmen des Organempfängers erstatten dem Arbeitgeber das fortgezahlte Arbeitsentgelt einschließlich der Sozialversicherungsbeiträge auf Antrag.</li> </ul>

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
22. März 2012	Gesetzgebung	Deutscher Bundestag berät in erster Lesung das Transplantationsgesetz sowie den Gruppenantrag zur Entscheidungslösung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung wird im Interesse der Spender eine eindeutige Abgrenzung der versicherungsrechtlichen Absicherung vorgenommen; der Unfallversicherungsschutz soll sich grundsätzlich auf alle Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit einer Lebendorganspende beziehen.</li> <li>• Die Absicherung des Lebendorganspenders soll unabhängig vom Versicherungsstatus des Organempfängers gewährleistet werden (die PKV-Unternehmen haben sich dazu verpflichtet, die Absicherung der Spender sicherzustellen, wenn ein Organ an eine privat krankenversicherte Person gespendet wird).</li> </ul>
21. März 2012	Gesetzgebung	Bundeskabinett beschließt Gegenäußerung zum Psych-EntgG	<p>Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrats zum PsychEntgG 14 Änderungsvorschläge bewertet. Drei Änderungsvorschläge des Bundesrats werden im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlängerung der Frist für die Entscheidung zur Teilnahme an der Optionsphase auf den 31.12. des jeweiligen Jahres.</li> <li>• Nachverhandlungsmöglichkeiten für nicht optierende Krankenhäuser nach Psych-PV bleiben bis einschließlich 2016 erhalten.</li> <li>• Einführung eines Orientierungswerts als Obergrenze für somatische und Psych-Einrichtungen ab 2014. Hier ist in der Gegenäußerung der Bundesregierung ein redaktioneller Fehler, da der Orientierungswert für Psych-Einrichtungen dort erst ab 2017 gelten soll.</li> </ul> <p>Die 1. Lesung erfolgt im Deutschen Bundestag am 22. März 2012.</p>
21. März 2012	Politik	BMG beantwortet Kleine Anfrage der Grünen zur „steigende Rate an Kaiserschnittbindungen“	<p>In ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur gestiegenen Kaiserschnitttrate in Deutschland (BT-Drs. 17/9039) erklärt die Bundesregierung, dass im Jahr 2009 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes rund ein Drittel aller Geburten in Deutschland per Kaiserschnitt erfolgten. Vier Jahre zuvor waren es 28 %. Die Entscheidung für einen Kaiserschnitt trafen grundsätzlich Ärzte gemeinsam mit Hebammen und den werdenden Müttern „auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse“. Dabei seien die „medizinische Notwendigkeit“ und die „Abwägung der gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind vorrangig ausschlaggebend“.</p>
16. März 2012	Selbstverwaltung	Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die Einführung eines Psych-Entgeltsystems gem. § 17d KHG abgeschlossen	<p>Der GKV-Spitzenverband, die DKG und der PKV-Verband haben sich auf eine Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die Einführung eines Psych-Entgeltsystems gem. § 17d KHG geeinigt. Die Vereinbarung beinhaltet Regelungen, die für den Einstieg in die Systementwicklung eines Abrechnungssystems für Psych-Entgelte notwendig sind. Ohne diese vorzeitigen Absprachen wäre es nicht möglich, den gesetzlich vorgegebenen Termin der Systemeinführung zum 1. Januar 2013 einzuhalten.</p>

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
16. März 2012	Selbstverwaltung	Vereinbarung zur Leistungsdokumentation PIA unterzeichnet	<p>Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben eine Vereinbarung zur Leistungsdokumentation der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) geschlossen.</p> <p><b>Diese Vereinbarung beinhaltet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundesweite Vollerhebung von drei Merkmalen</li> <li>• Kontaktdatum</li> <li>• Fand ein Arztkontakt statt: Ja/Nein</li> <li>• Fand ein Hausbesuch statt: Ja/Nein</li> <li>• Die Länder, die das bayerische Modell anwenden, müssen keine zusätzliche Dokumentation durchführen, sofern die genannten Basismerkmale aus ihren Datensätzen herausgelesen werden können.</li> </ul> <p>Mit ersten Ergebnissen ist nicht vor dem Jahr 2014 zu rechnen.</p>
2. März 2012	Gesetzgebung	Bundesrat beschließt Stellungnahme zum Psych-EntgG	<p>Der Bundesrat stimmt dem Gesetzentwurf grundsätzlich zu und erläutert seine darüber hinausgehenden Änderungsvorschläge. Zu diesen zählt u. a., „die finanziellen Steuerungsmöglichkeiten eines künftigen leistungsbezogenen Entgeltsystems nicht allein zur Herstellung von mehr Kostentransparenz und Kostendämpfung zu nutzen, sondern mit geeigneten finanziellen Anreizen auch dem Ziel einer qualitativen Verbesserung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Gesamtversorgung gerecht zu werden“. Für die Krankenhäuser ist zudem der Vorschlag des Bundesrates von Bedeutung, zum 1. Januar 2014 den Orientierungswert sowohl für somatische als auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen verpflichtend einzuführen. Die für die Steigerung der Krankenhauspreise maßgebliche Grundlohnrate bilde die realen Kostenentwicklungen nur unzureichend ab, so der Bundesrat. Insbesondere die steigenden Personalkosten führten nach der bestehenden Regelung zu einem steigenden Missverhältnis zwischen Kosten- und Einnahmentwicklung. Unter diesem Aspekt sei auch im Bereich der Allgemeinkrankenhäuser der Anteil der Tarifsteigerungen, der die Veränderungsrate der Grundlohnentwicklung übersteige, zusätzlich im Landesbasisfallwert zu berücksichtigen.</p>
1. März 2012	Politik	Bund und Länder vereinbaren Eckpunktepapier zur Neuordnung der Pflegeausbildung	<p>Bund und Länder haben sich auf eine gemeinsame Grundlage für eine Neuordnung der Pflegeausbildung geeinigt. Demnach sollen die bisher getrennten Ausbildungsgänge für Alten-, Kranken-, und Kinderkrankenpflege zusammengelegt werden. Ergänzend soll eine neue akademische Pflegeausbildung eingeführt werden. Darüber hinaus werden vier Finanzierungsalternativen geprüft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbildungsfonds finanziert von Ländern und Trägern</li> <li>• Ausgleichsfonds finanziert von Trägern, GKV &amp; SPV</li> <li>• Ausbildungskosten durch Träger, GKV &amp; SPV sowie Schulkosten durch die Länder</li> <li>• Ausbildungskosten durch Träger, GKV &amp; SPV sowie Schulkosten schrittweise durch die Länder</li> </ul> <p>Dies geht aus einem Eckpunktepapier zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes hervor.</p>

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
27. Februar 2012	Selbstverwaltung	DKG-Symposium „Krankenhausfinanzierung zukunftssicher gestalten“	Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat in Berlin zum Symposium „Krankenhausfinanzierung zukunftssicher gestalten“ u. a. auch den Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) eingeladen. Der DKG-Präsident Alfred Dänzer fordert in seinem Eröffnungsstatement finanzielle Unterstützung für die Krankenhäuser. Höhere Personalkosten durch neue Tarifabschlüsse hinterließen eine Finanzierungslücke von einer Milliarde Euro. Diese Finanzierungsschwierigkeiten sind nach Ansicht von Dänzer durch finanzielle Einschnitte in den vergangenen zwei Jahren entstanden. „Diese Kürzungen sind mit dem Blick auf die positiven Entwicklungen der gesetzlichen Krankenkassen verfassungswidrig“, sagte Dänzer. Der damalige Grund entfallte jetzt durch den Gewinn der Kassen; die Kürzungen müssten somit zurückgenommen werden. Der Bundesgesundheitsminister will jedoch mit den Überschüssen nicht die Defizite der Krankenhäuser finanzieren. „Die Hauptlast haben die Beitragszahler getragen“, so der Minister in seiner Replik. Des Weiteren kündigte Bahr an, dass die Anbindung der Krankenhauspreise an die Entwicklung der Grundlohnsumme in Kürze fallen werde. Näheres solle im „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“ (Psych-EntgG) geregelt werden.
21. Februar 2012	Wissenschaft	Statistisches Bundesamt veröffentlicht Daten zur „Notfallversorgung“ durch Krankenhäuser	Im Jahr 2010 wurden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) 39 % aller Krankenhauspatientinnen und -patienten in Deutschland als Notfall eingewiesen (6,8 Millionen). Bei den übrigen vollstationären Aufnahmen handelte es sich entweder um eine reguläre Einweisung durch einen Arzt (9,3 Millionen), um eine Geburt (0,6 Millionen) oder um eine Verlegung aus einem anderen Krankenhaus (0,7 Millionen). Am häufigsten wurden Notfallpatientinnen und -patienten wegen Krankheiten des Kreislaufsystems behandelt, gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen. Unter den Krankheiten des Kreislaufsystems waren Herzinsuffizienz und Hirninfarkt die häufigste Diagnose, bei den Verletzungen und Vergiftungen wurde die Schädel-/Hirnverletzung (intrakranielle Verletzung) am häufigsten diagnostiziert.
8. Februar 2012	Rechtssprechung	Bundessozialgericht entscheidet über Praxisgebühreneinzug bei Notfallambulanzen an Krankenhäusern	Nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts – Az. B 6 KA 12/11 R – dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auch bei Krankenhäusern die Honorarzahlungen kürzen, wenn diese für ambulante Behandlungen in großem Umfang keine Praxisgebühr eingezogen haben. Für Notfallambulanzen müssen die KVen dabei allerdings berücksichtigen, dass deren Ausfallquote naturgemäß höher ist als in einer normalen Arztpraxis.  Das Zurückbehaltungsrecht der KVen ist in den Bundesmantelverträgen verankert. Es greift, wenn der Leistungserbringer über 10 % der Praxisgebühren nicht beibringt.



Termin	Gremium	Vorgang	Legende
31. Januar 2012	Wissenschaft	DKI veröffentlicht erstmals das Psychiatrie-Barometer	<p>Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) veröffentlicht erstmals das Psychiatrie-Barometer für das Jahr 2011. Bei diesem handelt es sich um eine Befragung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen zu aktuellen Fragestellungen in diesem Versorgungsbereich.</p> <p><b>Wesentliche Eckpunkte sind:</b></p> <p><b>Bei den Strukturdaten der Krankenhäuser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser verfügen im Durchschnitt (Median) über 158 Betten, während die Allgemeinkrankenhäuser im Budgetbereich durchschnittlich 105 Betten vorhalten.</li> <li>• In den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern kamen im Jahr 2010 durchschnittlich 12,1 Fälle auf ein Bett. In den Allgemeinkrankenhäusern lag der Wert mit 12,5 Fällen etwas höher.</li> <li>• Die mittlere Verweildauer über alle Fälle aller Abteilungen im Budgetbereich lag im Jahr 2010 bei den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern bei 25,4 Tagen.</li> </ul> <p><b>Bei den MDK-Prüfungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern fällt der entsprechende Anteilswert mit 8,8 % nur geringfügig niedriger aus. Hochgerechnet auf die Gesamtfallzahl in diesen Einrichtungen würden bundesweit somit nahezu 50 000 psychiatrischer stationärer Fälle einer Einzelfallprüfung durch den MDK unterzogen.</li> <li>• Anlass der Prüfung: Generelle Notwendigkeit der stationären Behandlung und Dauer der stationären Behandlung.</li> </ul>
30. Januar 2012	Selbstverwaltung	Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) stößt bereits vor dem Start auf reges Interesse bei den Krankenhäusern	<p>Schon rund 150 Kliniken haben nach Aussage des Leiters des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit (BQS-Institut), Dr. Christof Veit, Informationen angefordert oder signalisiert, dass sie sich am „Endoprothesenregister Deutschland“ (EPRD) beteiligen wollen. Derzeit würden durch das Institut die Dokumentation und der Datenfluss zwischen den Krankenhäusern, den beteiligten Krankenkassen und der Registerstelle getestet. Der endgültige Startschuss für das neue bundesweite Register falle voraussichtlich Mitte 2012.</p> <p>Für die Krankenhäuser lohnt sich der Aufwand: EPRD-Kliniken erhalten exklusiv einmal im Jahr einen klinikspezifischen Bericht vom Register. Er gibt unter anderem Aufschluss darüber, welche Art von Prothese bei welchen Patienten bevorzugt eingebaut wird, wie sich die Zahl der Wechseloperationen entwickelt hat und warum es zu Wechseloperationen gekommen ist – bezogen auf das eigene Haus und im Vergleich zum Durchschnitt aller teilnehmenden Kliniken. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen zudem, dass sich mithilfe eines Registers die Zahl der Implantate, die wegen Problemen ausgewechselt werden müssen, deutlich senken lässt. Das erhöht die Patientensicherheit, ist aber auch ein Erfolg für alle Krankenhäuser, die ja eine bestmögliche Behandlung ihrer Patienten anstreben.</p>



Termin	Gremium	Vorgang	Legende
30. Januar 2012	Selbstverwaltung	DKG und Landeskrankenhausgesellschaften raten von Teilnahme an RWI-Studie zu den Landesbasisfallwerten ab	Im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums soll das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) herausfinden, warum die Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich sind. Ein Teil der Untersuchung ist eine bundesweite Datenerhebung bei den Kliniken. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und mehrere Landeskrankenhausgesellschaften raten den Häusern aber von einer Teilnahme ab, weil an der Neutralität der Untersuchung Zweifel geäußert werden.
25. Januar 2012	Politik	Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages empfiehlt OP-Checklisten	Der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages hat sich für die Schaffung gesetzlicher Regelungen zum Einsatz von OP-Checklisten in Krankenhäusern ausgesprochen. In ihrer Sitzung am 25. Januar 2012 beschlossen die Abgeordneten einstimmig, eine dahingehende Petition dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) als Material zu überweisen und den Fraktionen des Bundestages zur Kenntnis zu geben.  Wie aus der Begründung zur Beschlussempfehlung hervorgeht, sieht auch das BMG Checklisten als „wichtiges Instrument zur Erhöhung der Patientensicherheit“ an. Schon jetzt seien alle Erbringer von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements sowie zur Beteiligung an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung verpflichtet, erklärte das BMG gegenüber dem Petitionsausschuss. Hingewiesen wird auf Initiativen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS), das eine Vielzahl von Materialien erarbeitet habe, um Fehler im medizinischen Behandlungsprozess und sonstige Risiken für Patienten zu erkennen. Das BMG bezeichnet es daher als fraglich, ob eine rechtliche Verankerung von OP-Checklisten darüber hinaus noch zu einer weiteren Verbreitung und Beachtung beitragen könnte.
19. Januar 2012	Rechtsprechung	Entscheidung des LSG Rheinland-Pfalz zur Abrechnung von intensivmedizinischer Komplexbehandlung	Die Abrechnung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung, bei der eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation gewährleistet sein muss, ist durch einen Krankenträger nicht möglich, wenn der anwesende Arzt gleichzeitig Aufgaben auf der internistischen Hauptstation wahrnehmen muss. Dies entschied das LSG Rheinland-Pfalz in seinem heutigen Urteil (Aktenzeichen L 5 KR 97/11)  Der klagende Träger eines Krankenhauses führte die Behandlung eines bei der beklagten Krankenkasse Versicherten auf der Intensivstation durch, auf der montags bis freitags von 8.00 Uhr bis 16.30 Uhr ständig ein Arzt anwesend ist. In der übrigen Zeit ist ein ärztlicher Bereitschaftsdienst für die gesamte Abteilung Innere Medizin einschließlich der Intensivstation eingerichtet. Damit ist nach Auffassung des Landessozialgerichts allerdings die ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation nicht gewährleistet, weil ein solcher Arzt nicht auch andere Aufgaben wahrnehmen dürfe. Dies ergebe sich aus den Beschreibungen der Abrechnungskodierungen, deren Wortlaut eine solche anderweitige Tätigkeit nicht zulasse. Damit konnte der Code 8-980 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) Version 2008 nicht abgerechnet werden.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
18. Januar 2012	Gesetzgebung	Bundeskabinett beschließt Psych-EntgG	Das Bundeskabinett hat den Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz) beschlossen. Im Vergleich zum Referentenentwurf bleiben die wesentlichen Eckpfeiler wie die Options- und Konvergenzphase unverändert. Die 1. Lesung im Deutschen Bundestag ist für den 22. März, die öffentliche Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit für den 23. April und die abschließende 2./3. Lesung für den 11. Mai terminiert. Inkrafttreten soll das Gesetz zum 1. Juli 2012.
16. Januar	Politik	BMG und BMJ legen gemeinsam Referentenentwurf für ein Patientenrechtegesetz vor	Mit dem Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) will die Bundesregierung mehr Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte und ein neues Fundament für das gegenseitige Vertrauen von Patienten, Krankenkassen und Ärzten erreichen. Im Referentenentwurf ist u. a. vorgesehen, dass Krankenhäuser Anreize zur Erfassung von Fehlern erhalten sollen. Hierzu soll der G-BA einheitliche Regeln für ein Risiko- und Fehlermeldesystem erarbeiten.
5. Januar 2012	Wissenschaft	Managementberatung Kienbaum veröffentlicht Vergütungsstudie „Führungs- und Fachkräfte in Krankenhäusern 2011“	Nach Erkenntnissen des Vergütungsreports „Führungs- und Fachkräfte in Krankenhäusern“, in dem die Daten von 2 414 Mitarbeitern aus 176 Krankenhäusern ausgewertet wurden, sind die Gehälter der Fach- und Führungskräfte in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2011 gestiegen, nachdem sie 2010 noch stagnierten: Die Krankenhäuser haben im Vergleich die Vergütung der nichtärztlichen Führungskräfte um durchschnittlich 2,7 % und die der Ärzte um 2,3 % angehoben. Im Jahr 2011 sind die Gehälter der Klinikgeschäftsführer im Schnitt um 4 000 Euro auf 156 000 Euro gestiegen. Chefärzte erhielten 266 000 Euro, das waren 9 000 Euro mehr als ein Jahr zuvor. Ärztliche Direktoren verdienten mit 123 000 Euro weniger als halb so viel wie Chefärzte. Für das Jahr 2012 erwarten die Kliniken eine weitere Gehaltssteigerung um 2 %.
22. Dezember 2011	Qualität	Mindestmenge bei der Behandlung von Früh- und Neugeborenen	Vor dem Landesgericht Berlin-Brandenburg ist der G-BA gescheitert, durch eine Steuerung über Mindestfallzahlen für Behandlungszentren die Qualität der medizinischen Versorgung von Früh- und Neugeborenen zu sichern. Das LSG sieht keinen ausreichend gesicherten Beleg für die Eignung einer Mindestbehandlungsfallzahl als eine die Qualität der Versorgung „in besonderem Maße“ fördernde Maßnahme. Eine abschließende Entscheidung soll nun das Bundessozialgericht treffen, so Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des G-BA.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
15. Dezember 2011	Wissenschaft	4,8 Mio. Beschäftigte im Gesundheitswesen	In Deutschland waren zum 31. Dezember 2010 rund 4,8 Mio. Menschen im Gesundheitswesen tätig. Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, gab es 2010 im Gesundheitswesen damit rund 90 000 Arbeitsplätze mehr als im Vorjahr (+ 1,9 %). Zusätzliche Arbeitsplätze gab es in folgenden Berufen: Ärzte (+ 8 000), Gesundheits- und Krankenpflege (+ 14 000) und Altenpflege (+ 11 000). In den Krankenhäusern gab es einen Zuwachs von 17 000 Beschäftigten. Von den 4,8 Mio. Beschäftigten waren 43,1 % teilzeit- oder geringfügig beschäftigt.
13. Dezember 2011	Wissenschaft	Krankenhausdiagnosestatistik für das Jahr 2010	Das Statistische Bundesamt hat die Krankenhausdiagnosestatistik für das Jahr 2010 veröffentlicht. Danach wurden insgesamt knapp 18,5 Mio. Patienten vollstationär im Krankenhaus behandelt. Die Herzinsuffizienz war mit 271 335 Fällen der häufigste Grund für einen stationären Krankenhausaufenthalt. An zweiter Stelle lagen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (333 357 Fälle), worunter auch der akute Alkoholmissbrauch fällt. Die Herzerkrankung Angina pectoris (255 625 Fälle) nahm den dritten Platz ein.
8. Dezember 2011	Selbstverwaltung	Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für 2012	Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 KHG haben die Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2012 geschlossen (VBE 2012). Die Ausnahmeregelung für Palliativstationen bleibt für 2012 unverändert bestehen. Der entsprechende Prüfauftrag an das InEK wird auf das Jahr 2013 verschoben. Die Abrechnungsfähigkeit der Zusatzentgelte für besonders pflegeaufwändige Fälle (ZE 130 und ZE 131) wird für als Besondere Einrichtung anerkannte Palliativstationen ausgeschlossen.
1. Dezember 2011	Gesetzgebung	Bundestag beschließt VStG	Der Bundestag hat das Versorgungsstrukturgesetz in 2. und 3. Lesung mit der Mehrheit der Stimmen von CDU/CSU und FDP beschlossen. Jens Spahn betont für die Union, dass man gute Versorgung nur mit den Ärzten und nicht gegen sie erreichen könne. Karl Lauterbach kritisiert für die SPD, dass sich durch dieses Gesetz die Versorgungsstrukturen nicht ändern würden und reine Klientelpolitik betrieben werde. Gegenüber dem ursprünglichen Entwurf der Bundesregierung ist es zum Teil zu weitreichenden Änderungen gekommen. Zum Beispiel hat sich der Bundestag auch unter Einbezug von Vertretern aus den Bundesländern auf einen in Teilen völlig neuen Wortlaut für die Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung geeinigt. Das VStG wird am 16.12. den Bundesrat passieren und tritt wie geplant zum 1.1.2012 in Kraft.
28. November 2011	Politik	Antwort des BMG zur Krankenhausfinanzierung	Der Linken-MdB Harald Weinberg stellt die Frage: „Wie steht die Bundesregierung zu Forderungen aus der Koalition, die für eine Rücknahme der Kürzungen bei den Krankenhäusern aus dem GKV-FinG sprechen, und die Rücknahme welcher Kürzungen findet die Zustimmung der Bundesregierung?“ Im Wesentlichen antwortete das BMG: „Eine Rücknahme der mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) eingeführten Maßnahmen, die eine Begrenzung des Einnahmeanstiegs der Krankenhäuser zum Ziel hatten, würde zu Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen und die übrigen Kostenträger führen. Die durch das GKV-Finanzierungsgesetz erreichte stabile finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung darf jedoch nicht gefährdet werden.“

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
28. November 2011	Politik	Ersatzvornahme: Fallpauschalensystem 2012	<p>Nach dem Scheitern der Verhandlungen zum Fallpauschalensystem 2012 zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft hat das BMG die Ersatzvornahme zum DRG-Vergütungssystem unterzeichnet.</p> <p>Hintergrund war die Überführung der Finanzmittel aus dem Pflegesonderprogramm. Durch die Einrechnung dieser Mittel in die Landesbasisfallwerte und die gleichzeitige Abrechnung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege besteht laut GKV-Spitzenverband die Gefahr einer Doppelfinanzierung in Höhe von rund 230 Mio. Euro. Das BMG sieht grundsätzlich auch ein Doppelfinanzierungsrisiko, fordert allerdings eine Lösung durch die Selbstverwaltungspartner. Eine gemeinsame Empfehlung gem. § 9 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG für die Berücksichtigung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege bei der Vereinbarung der Basisfallwerte hat die DKG abgelehnt. Aus diesem Grund hat der GKV-Spitzenverband die Verhandlungen für gescheitert erklärt und dies damit begründet, dass die Vereinbarung des Fallpauschalensystemkatalogs 2012 für die GKV unmittelbar mit der Beseitigung des Doppelfinanzierungsrisikos verbunden ist.</p>
18. November 2011	Politik	Länder fordern Patientenrechtgesetz ein	<p>Die Bundesländer Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Thüringen legen gemeinsame Eckpunkte für ein Patientenrechtgesetz vor. Mit der Initiative wollen die Länder erreichen, dass der seit langem von der Bundesregierung in Aussicht gestellte Referentenentwurf endlich vorgelegt wird. Das im März vom Patientenbeauftragten gemeinsam mit dem BMG und dem BMJ vorgelegte Grundlagenpapier findet bei den Ländern Zustimmung. Allerdings fordern die Länder weitergehende Verbesserungen der Patientenrechte. Dazu gehören u. a. eine umfassende Aufklärung, der Beratungsanspruch durch eine neutrale Institution, ein Patientenbrief mit Therapieinformationen bei schweren Erkrankungen, die Verpflichtung der Kassen, Versicherte im Schadenfall zu unterstützen und der Anspruch auf ein kostenloses Gutachten vom MDK.</p>
11. November 2011	Wissenschaft	Krankenhausfallkosten steigen auf 3 853 Euro	<p>Das Statistische Bundesamt informiert, dass sich die Gesamtkosten der Krankenhäuser im Jahr 2010 auf 79,7 Mrd. Euro beliefen. Umgerechnet auf rund 18 Mio. vollstationär behandelten Patienten betragen die Krankenhausfallkosten 2010 im Bundesdurchschnitt 3 854 Euro (2009: 3 772 Euro).</p> <p>In diesen Gesamtkosten waren Ausgaben für nicht stationäre Leistungen im Umfang von 10,3 Mrd. Euro enthalten, z. B. Kosten für Ambulanz sowie für wissenschaftliche Forschung und Lehre. Die reinen Kosten der stationären Krankenhausversorgung lagen bei rund 69,5 Mrd. Euro. In den einzelnen Bundesländern variieren die durchschnittlichen Kosten je Fall stark. Mit 3 516 Euro je Fall waren sie in Mecklenburg-Vorpommern am niedrigsten und in Bremen mit 4 311 Euro je Fall am höchsten.</p>

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
7. November 2011	Gesetzgebung	Referentenentwurf für das Entgeltsystem in der Psychiatrie	<p>Das BMG hat einen Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“ vorgelegt. Ziel des Gesetzes ist die Überleitung des alten Vergütungssystems in ein neues System, d.h. die bisherigen kostenorientierten Vergütungsregelungen der Bundespflegesatzverordnung werden sukzessive durch leistungsorientierte Vergütungsregelungen ersetzt.</p> <p><b>Schwerpunkte des Gesetzes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Budgetneutrale Optionsphase in den Jahren 2013 bis 2014</li> <li>• Budgetneutraler verpflichtender Umstieg auf das Entgeltsystem in den Jahren 2015 bis 2016</li> <li>• Konvergenzphase in den Jahren 2017 bis 2021 zur Angleichung an ein landeseinheitliches Preisniveau</li> <li>• Erstmalige Verhandlung von Landesbasisentgeltwerten für das Jahr 2017</li> <li>• Verhandlung von Zusatzentgelten, krankenhausindividuellen Entgelten, Besonderen Einrichtungen, Zu- und Abschlägen und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</li> <li>• Verpflichtung des G-BA, Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität zu entwickeln</li> <li>• Zur sektorübergreifenden Versorgung werden die Vorgaben zu Modellvorhaben weiter ausgestaltet</li> <li>• Psychosomatischen Einrichtungen wird die Möglichkeit eröffnet, institutsambulante psychosomatische und psychotherapeutische Behandlungen nach § 118 SGB V zu erbringen.</li> </ul> <p>Der Kabinettsbeschluss wird für den 18.01.2012 erwartet, der 1. Durchgang im Bundesrat soll am 20.02. und die 1. Lesung im Bundestag soll am 22.03. erfolgen.</p>
4. November 2011	Selbstverwaltung	DKG fordert Kürzungen zurückzunehmen, um Infektionsschutz zu stärken	<p>Georg Baum, DKG-Hauptgeschäftsführer, fordert die Rücknahme von Kürzungen zu Lasten der Krankenhäuser, um den Infektionsschutz nachhaltig stärken zu können. Hintergrund war die wiederholte Kritik an den Hygienemaßnahmen der Krankenhäuser, nachdem in einem Bremer Klinikum drei Frühgeborene an einer Infektion mit multiresistenten Erregern gestorben waren.</p> <p><b>Aus dem DKG-Statement:</b></p> <p>„Die Bundesregierung darf sich angesichts der Aufarbeitung der aktuellen tragischen Ereignisse nicht darauf zurückziehen, den verbesserten Infektionsschutz nur einzufordern. Sie muss prüfen, ob die im nächsten Jahr anstehenden Kürzungen in den Krankenhäusern nicht ausgesetzt werden können, um die Kliniken zu unterstützen. Denn: Kürzungen und mehr Sicherheit, das geht nicht, so Baum. Mehr Sicherheit gegen Infektionsübertragungen in Krankenhäusern zum Schutz der Patienten erfordere insbesondere auch mehr finanzielle Ressourcen für mehr Personal, mehr Zeit und weniger Hektik. Kontraproduktiv und problemverschärfend handele die Koalition mit dem Beharren auf der Fortsetzung der Kürzungen zu Lasten der Krankenhäuser in 2012. Erneut sollen die Häuser durch Preisbegrenzungen 600 Mio. Euro zugunsten der mit Milliarden übersanierten Krankenversicherung aufbringen. Ohne die Chance, zumindest die Inflationsrate ausgeglichen zu bekommen, werde der Kosten-</p>

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
4. November 2011	Selbstverwaltung	DKG fordert Kürzungen zurückzunehmen, um Infektionsschutz zu stärken	und Rationalisierungsdruck in den Krankenhäusern weiter verschärft. Zu Recht hätten die für die Krankenhäuser primär zuständigen Bundesländer im Bundesrat mit großer Mehrheit die Bundesregierung aufgefordert, die Kürzungen zu Lasten der Kliniken nicht fortzusetzen.“
2. November 2011	Wissenschaft	HWWI-Studie zur Krankenhauslandschaft	In Deutschland werden künftig weniger Krankenhausbetten gebraucht. Das hat eine Studie des Hamburgischen WeltWirtschaftsinstituts (HWWI) im Auftrag der HSH Nordbank ergeben. Es würden zwar vermehrt ältere Kranke eine Behandlung im Krankenhaus benötigen, doch werde das durch eine kürzere Behandlungszeit mehr als ausgeglichen. Insgesamt könnte die Bettenzahl bis zum Jahr 2020 um 3,8 % zurückgehen, etwa 200 Krankenhäuser seien entbehrlich. Zwischen 1991 und 2009 ist die Zahl der Krankenhausbetten um 24 % und die Zahl der Krankenhäuser um 14 % zurückgegangen.
26. Oktober 2011	Politik	Expertengespräch über fehlerhafte Krankenhausabrechnung im Gesundheitsausschuss	<p>Der Ausschuss für Gesundheit hat Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, der DKG und des Bundesrechnungshofs zu einem Gespräch über fehlerhafte Krankenhausabrechnung geladen.</p> <p>Im Verlauf des Gesprächs verwies der stellvertretende Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Johann-Magnus von Stackelberg, darauf, dass im vergangenen Jahr ein Gesamtschaden von bis zu 1,5 Mrd. Euro für die Beitragszahler entstanden sei. 45,6 % aller geprüften Abrechnungen seien falsch gewesen. Der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, sprach dagegen von einer „gemeinen Kampagne des Spitzenverbandes“. 95 bis 96 % aller Krankenhausrechnungen blieben unbeanstandet. Er spricht sich dafür aus, es beim jetzigen Anreizsystem zu belassen. Aktuell muss eine Krankenkasse einem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zahlen, wenn eine Prüfung ergibt, dass die untersuchte Rechnung richtig war. Der GKV-Spitzenverband fordert den Gesetzgeber hingegen dazu auf, die 300 Euro Pauschale zu streichen oder aber den Kassen für ihren bürokratischen Aufwand ebenfalls eine Pauschale einzuräumen. Laut von Stackelberg „sei es nicht gerechtfertigt, dass die Kassen zwar bei fehlender Beanstandung 300 Euro pro geprüfter Rechnung zahlen müssten, die Krankenhäuser bei einer falschen Abrechnung der Kasse nur den Fehlbetrag zu erstatten hätten. Das sei so, als müsste der Kontrolleur in der U-Bahn den Fahrgästen mit korrektem Ticket Geld geben und von Schwarzfahren nur den Ticketpreis verlangen.“ Der DKG-Hauptgeschäftsführer unterstrich, dass „betrügerische Abrechnungen“ die „totale Ausnahme“ seien und es nachträglich meistens nicht um die Rechnung als Ganzes, sondern um Interpretationen von Details gehe. Der Vertreter des Bundesrechnungshofes, Volker Intrau, erläuterte, dass rund 30 Prozent der von den Krankenkassen geprüften Abrechnungen fehlerhaft seien und deshalb insgesamt rund 875 Mio. Euro zu Unrecht an die Krankenhäuser gezahlt wurden und zurückerstattet werden müssten.</p>



Termin	Gremium	Vorgang	Legende
26. Oktober 2011	Politik	Expertengegespräch über fehlerhafte Krankenhausabrechnung im Gesundheitsausschuss	Kurz zuvor hat die DKG anlässlich einer Diskussionsveranstaltung zum Thema „Krankenhausabrechnung im Fokus“ ein neues Konzept zum Prüfprozedere von Krankenhausabrechnungen vorgestellt. Laut Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), zielen „die vorgeschlagenen Neuregelungen primär darauf, die Zahl der geprüften Fälle zu reduzieren, indem Hürden aufgebaut und Aufwände der Prüfungen auf den MDK verlagert werden sollen.“
19. Oktober 2011	Gesetzgebung	Anhörung zum Versorgungsstrukturgesetz	Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur „Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ ist nach wie vor unter den Verbänden umstritten. Bei den über 60 vorliegenden Änderungsanträgen betreffen folgende Themen den stationären Sektor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassmanagement der Krankenhäuser</li> <li>• Ambulantes Operieren im Krankenhaus</li> <li>• Qualitätsanforderungen bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</li> <li>• Datenschutz bei der Integrierten Versorgung</li> </ul> Der Anhörung liegen auch Anträge der Fraktionen „Die Linke“ und „BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN“ zugrunde. Die Linksfraktion fordert u. a. die Analyse und Planung des Versorgungsbedarfs. Eine Schaffung von Vergütungsanreizen für Ärzte, die sich in unterversorgten Regionen niederlassen, verlangen hingegen die Grünen.
12. Oktober 2011	Selbstverwaltung	Schätzerkreis: Ausgaben 2012 werden gedeckt	Der GKV-Schätzerkreis kommt zu der einvernehmlichen Prognose der Einnahmen und Ausgaben der GKV für die Jahre 2011 und 2012. Demnach ist 2011 mit Beitragseinnahmen in Höhe von 183,4 Mrd. Euro und geschätzten Ausgaben von 177,5 Mrd. Euro zu rechnen. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds werden entsprechend der rechtlichen Vorgabe weiterhin unverändert 178,9 Mrd. Euro betragen. Der hieraus resultierende Überschuss in Höhe von rund 4,5 Mrd. Euro fließt der Liquiditätsreserve zu. <p>Für das Jahr 2012 werden Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 185,7 Mrd. Euro erwartet. Die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen veranschlagt der Schätzerkreis mit 185,4 Mrd. Euro. Damit könnten auch im Jahr 2012 die Ausgaben der Krankenkassen durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Durchschnitt vollständig gedeckt werden.</p>
28. September 2011	Gesetzgebung	Gegenäußerung der Bundesregierung zum VStG	Auf die Stellungnahme des Bundesrates zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (Drs. 456/11) hat die Bundesregierung mit einer Gegenäußerung reagiert. <p>Danach lehnt die Bundesregierung folgende Forderungen für den stationären Sektor ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nichtteilnahme an der Erprobung bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</li> <li>• Neue Vorgaben zur Organisation und Gründung von Medizinischen Versorgungszentren</li> <li>• Modifikation des Mehrleistungsabschlags und Streichung von absenkend zu berücksichtigenden Faktoren bei der Vereinbarung des LBFW</li> <li>• Minderung der Veränderungsrate</li> </ul>



Termin	Gremium	Vorgang	Legende
28. September 2011	Gesetzgebung	Gegenäußerung der Bundesregierung zum VStG	Folgende zwei Forderungen für den stationären Sektor wird die Bundesregierung prüfen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgestaltung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V)</li> <li>• Zulassung geriatrischer Institutsambulanzen</li> </ul>
26. September 2011	Politik	SPD-Leitantrag zur Gesundheitspolitik	Das SPD Präsidium hat seinen Leitantrag „Solidarische Gesundheitspolitik für alle Bürgerinnen und Bürger“ beschlossen. Dieser bezieht sich neben der Konkretisierung der Bürgerversicherung in Kranken- und Pflegeversicherung auf u. a. folgende Themenbereiche: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einheitliche ärztliche Vergütung für gesetzlich und privat Versicherte</li> <li>• Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (Förderung MVZ)</li> <li>• Stärkung der hausärztlichen Versorgung</li> <li>• Weiterentwicklung des spezialärztlichen Bereichs (Mengensteuerung)</li> <li>• Weiterentwicklung des stationären Sektors (mittelfristig monetarische Finanzierung)</li> <li>• Stärkung der Beteiligungsrechte der Länder bei der Bedarfsplanung</li> </ul>
23. September 2011	Gesetzgebung	Länder kritisieren VStG	Der Bundesrat hat zum Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes äußerst kritisch und umfangreich Stellung genommen und zu 58 Punkten Änderungsbedarf angemeldet. In der zusammenfassenden Bewertung wird moniert, dass der „Gesetzesentwurf den Anforderungen an ein umfassendes, nachhaltiges, wirksames und kosteneffizientes Maßnahmenpaket gegen medizinische Unterversorgung (...) nur unzureichend gerecht“ wird. Der Bundesrat „bedauert, dass dem Gesetzesentwurf ein wirksames Umverteilungsmoment fehlt: Maßnahmen zur Schließung von Versorgungslücken und zur Erhöhung der Attraktivität ärztlicher Tätigkeiten in strukturschwachen Gebieten werden nicht ausreichend durch wirksame kostenneutrale Vorkehrungen zur Reduzierung von regionaler Überversorgung kompensiert“. Der Entwurf enthält eine Vielzahl von Regelungen, die weder in der Bund-Länder-Kommission noch an anderer Stelle mit den Ländern erörtert wurden. Auch wird das Potenzial, das nichtärztliche Gesundheitsberufe zur Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung haben, nicht ausreichend genutzt. <p>Insbesondere die Regelung zur Spezialärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V) ist für die Länder „nicht sinnvoll umsetzbar und mit erheblichen Kostenrisiken für die Krankenkassen verbunden, die letztlich den Versicherten in Form von Zusatzbeiträgen auferlegt werden müssten.“ Die Ausgestaltung des vorgesehenen neuen Versorgungsbereichs „ist unpraktikabel und offenbart in der vorliegenden Form Regelungslücken und Fehlanreize, die die anderen Zielsetzungen des Gesetzesentwurfs konterkarieren.“</p>

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
15. September 2011	Qualität	G-BA setzt Mindestmenge für Knie-TEP aus	<p><b>Aus der Pressemitteilung des G-BA:</b></p> <p>„Bis zum Vorliegen einer höchstrichterlichen Entscheidung durch das Bundessozialgericht setzt der Gemeinsame Bundesausschuss die Anwendung seiner seit dem 1. Januar 2006 geltenden Mindestmenge für Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP) aus. Einen entsprechenden Beschluss fasste der G-BA und reagierte damit auf ein Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 17.08.2011, das der Klage einer Klinik gegen diese Mindestmenge stattgegeben hatte. Zudem entschied der G-BA, beim BSG Revision einzulegen. Das noch nicht rechtskräftige Urteil des LSG habe grundsätzliche Bedeutung für die rechtliche Bedeutung von Mindestmengen als Instrument der Qualitätssicherung von Krankenhausbehandlungen. Der G-BA habe ein fundamentales Interesse an einer höchstrichterlichen Entscheidung in diesem Rechtsstreit und gehe deshalb in Revision. „Wir sind nach wie vor davon überzeugt, dass die Entscheidung zur Mindestmenge von 50 bei der Knie-TEP rechtmäßig ist. Damit jedoch für alle Krankenhäuser die Situation bis zum Vorliegen einer BSG-Entscheidung und einer erneuten Beschlussfassung des G-BA hierzu klar und einheitlich ist und um Planungssicherheit herzustellen, habe sich der G-BA zudem für die Aussetzung der Anwendung dieser Mindestmenge entschieden“, sagte Dr. Rainer Hess, unparteiischer Vorsitzender des G-BA.“</p> <p>Der Beschluss des G-BA zur Aussetzung der Mindestmenge tritt voraussichtlich am 19.10.2011 in Kraft.</p>
15. September 2011	Politik	Bekanntgabe der Grundlohnrate für 2012	<p>Das BMG legt die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Kassen (Grundlohnrate) für das Jahr 2012 fest. Sie beträgt für das gesamte Bundesgebiet 1,98 %. Im stationären Sektor ist die Grundlohnrate in Höhe von 1,48 % anzuwenden, da das GKV-Finanzierungsgesetz eine Reduzierung um 0,5 Prozentpunkte vorsieht.</p>
7. September 2011	Qualität	AQUA-Institut veröffentlicht Bericht zur Qualität in den Krankenhäusern	<p>Mit dem „Bericht zum Strukturierten Dialog“ hat das AQUA-Institut erstmals eine bundesweite Übersicht zum Stand des Qualitätsdialogs mit den Krankenhäusern veröffentlicht. Hinterfragt werden auffällige Werte in einzelnen oder mehreren Leistungsbereichen, die in der Behandlungsdokumentation für die vergleichende Qualitätsbewertung der Krankenhäuser auftreten. Insgesamt haben das AQUA-Institut oder die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung 9 332 Stellungnahmen von Krankenhäusern für das Jahr 2009 angefordert. In vielen Fällen hat sich gezeigt, dass sich mutmaßliche Qualitätsprobleme anderweitig, z. B. durch Dokumentationsfehler, erklären ließen. Bezüglich 247 Auffälligkeiten sind die Krankenhausleitung und Chefärzte zu Besprechungen eingeladen worden und in 13 Krankenhäusern fand eine Vor-Ort-Begehung statt.</p>

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
31. August	Gesetzgebung	Erste Eckpunkte für das Entgeltsystem in der Psychiatrie	<p>Das BMG hat „Vorschläge für Eckpunkte zur Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen für ein pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“ vorgelegt.</p> <p><b>Wesentliche Inhalte des 3-Seiten-Papiers:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4-jährige budgetneutrale Phase (Optionsjahre: 2013 bis 2014; verpflichtende Einführung: 2015 bis 2016)</li> <li>• 5-jährige Konvergenzphase (2017 bis 2021; inkl. Kappungsgrenze, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Besondere Einrichtungen)</li> <li>• Separate Vereinbarung von Landesbasisentgeltwerten</li> <li>• Förderung sektorübergreifender Versorgungsmöglichkeiten durch Weiterentwicklung der Vorgaben für Modellvorhaben</li> <li>• Bundeseinheitliche Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen</li> </ul>
19. August 2011	Wissenschaft	2010 erstmals über 18 Mio. Behandlungsfälle im Krankenhaus	<p>Basierend auf vorläufigen Berechnungsergebnissen präsentiert das Statistische Bundesamt folgende Krankenhaus-Kennzahlen für das Jahr 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der Krankenhäuser: 2 065 (2009: 2 080)</li> <li>• Betten: 503 000 (2009: 503 000)</li> <li>• Fälle: 18,0 Mio. Fälle (2009: 17,8 Mio. Fälle)</li> <li>• Durchschnittliche Verweildauer: 7,9 Tage (2009: 8,0 Tage)</li> <li>• Bettenauslastung: 77,4 % (2009: 77,5 %)</li> </ul>
17. August 2011	Qualität	Mindestmengen für künstliche Kniegelenke gekippt	<p>Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat die Mindestmenge von 50 Eingriffen für Kniegelenk-Totalendoprothesen in dem entschiedenen Einzelfall, aber auch generell für unwirksam erklärt (AZ: L 7 KA 77/08 KL). Damit müssen Krankenhäuser keine Mindestmenge von Knieoperationen vorweisen, um Patienten behandeln zu können. Aus Sicht des Gerichts konnte der G-BA nicht nachweisen, dass durch die Mengenvorgabe automatisch auch die Qualität einer Operation gewährleistet ist. Statistische Angaben allein seien nicht ausreichend, so die Richter. Nach dem Gesetz müsse es vielmehr einen klaren Zusammenhang zwischen der Anzahl der Eingriffe und der Qualität geben. Das Gericht betont, dass das Urteil für sämtliche Akteure des Gesundheitswesens verbindlich sei.</p>
3. August 2011	Gesetzgebung	Kabinett beschließt Versorgungstrukturgesetz	<p>Das Kabinett hat den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) beschlossen.</p> <p><b>Wesentliche Schwerpunkte des Gesetzes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung</li> <li>• Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems</li> <li>• Ambulante spezialärztliche Versorgung</li> <li>• Verbesserung des Entlassmanagements nach Krankenhausaufenthalt</li> <li>• Schneller Zugang zu Innovationen</li> <li>• Stärkung der ambulanten Rehabilitation</li> </ul> <p>Die Verbände des Gesundheitswesens bewerten die Regelungen des Gesetzes unterschiedlich. Der GKV-Spitzenverband sieht „Licht und Schatten“. Der Hauptgeschäftsführer der DKG, Georg Baum, bemängelt, dass gerade im zentralen Bereich der Krebsbehandlung die Rechte der</p>

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
3. August 2011	Gesetzgebung	Kabinett beschließt Versorgungsstrukturgesetz	<p>Patienten zur Wahl der Klinik geschmälert und das Spektrum der onkologischen Behandlung, die eine Klinik durchführen darf, reduziert werde. Auch sei aus Krankenhaus- und ordnungspolitischer Sicht nicht nachvollziehbar, dass die Neugründung und Erweiterung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erschwert werde. Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) befürchtet, dass die geplanten Änderungen nur wenig positive Auswirkungen für die Patienten bringen werden. Zudem werden die im Referentenentwurf ausgewiesenen Kosten von 122 Mio. Euro nicht ausreichen und letztendlich wieder nur über Zusatzbeiträge zu Lasten der Versicherten finanziert.</p> <p>Der weitere gesetzgeberische Zeitplan sieht vor, dass am 23.09. der 1. Durchgang im Bundesrat und am 29.09. die 1. Lesung im Bundestag erfolgt. Das Gesetz soll i.W. zum 1.1.2012 in Kraft treten.</p>
28. Juli 2011	Politik	Stellungnahme der Bundesregierung zur Entwicklung der belegärztlichen Versorgung	<p>Mit seiner Entschließung zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) hat der Bundesrat die Bundesregierung unter Ziffer 2 aufgefordert, die Entwicklung der belegärztlichen Tätigkeit spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten der Neuregelung auf seine Wirksamkeit hin zu überprüfen. Ergebnis ist, dass die Entwicklung eines eigenständigen, differenzierten DRG-Katalogs für das Honorarvertragsmodell für Belegkliniken zu aufwendig wäre. Laut DRG-Institut ist der gesetzlich vorgegebene Abschlag von 20 Prozent insgesamt vertretbar. Nach Einschätzung des BMG würde eine Aufhebung des 20 %-Abschlags mit großer Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass zukünftig die Belegkrankenhäuser und -abteilungen sämtliche Belegleistungen mit ungekürzten Hauptabteilungs-DRGs abrechnen würden. Der Aufhebung des Abschlags kann daher nicht entsprochen werden.</p> <p>Nach Daten des GKV-Spitzenverbandes liegt der Anteil der über Belegärzte mit Honorarvertrag abgerechneten Leistungen am Gesamtcasemix der über Belegärzte insgesamt abgerechneten Leistungen im Bundesdurchschnitt bei ca. 1,5 %. Der Anteil variiert zwischen den Bundesländern stark von 0 bis 12 % (vgl. Drs. 373/11).</p>
8. Juli 2011	Gesetzgebung	Infektionsschutzgesetz passiert den Bundesrat	<p>Nach Zustimmung des Bundesrates zum Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzes und weiterer Gesetze tritt dieses wie geplant noch in diesem Monat in Kraft.</p> <p>Danach müssen z. B. die Länder bis zum 31.03.2012 Verordnungen zur Infektionshygiene und zur Prävention vor resistenten Krankheitserregern in medizinischen Einrichtungen erlassen. Diese Verordnungen gelten auch für Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen. Weiterhin werden die Krankenhäuser durch die gesetzlichen Neuregelungen verpflichtet, Hygienefachpersonal zu rekrutieren und den Verbrauch von Antibiotika zu erfassen und zu bewerten, um die Prävention resistenter Erreger zu verbessern. Der G-BA muss in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygienequalität vorgeben. Vor allem sollen darin Kriterien zur Messung der Hygienequalität festgelegt werden, die eine Bewertung und Vergleichbarkeit der Hygienesituation in den Krankenhäusern ermöglichen. Diese Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten der einzelnen Kliniken zu veröffentlichen, damit sich die Patienten gezielt über die Hygienequalität informieren können.</p>

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
4. Juli 2011	Selbstverwaltung	Bericht zum Pflegesonderprogramm für die Budgetjahre 2009 und 2010	Laut GKV-Spitzenverband haben mehr als 1 000 Krankenhäuser im Jahr 2010 das Pflegesonderprogramm genutzt und mit den gesetzlichen Krankenkassen rund 5 400 zusätzliche Stellen für Pflegevollkräfte vereinbart. Bereits im Jahr 2009 stellte die gesetzliche Krankenversicherung 181 Mio. Euro zur Verfügung. Zusammen sind in beiden Jahren kumulativ über 500 Mio. Euro an die Krankenhäuser geflossen. Insgesamt können so bundesweit etwa 10 700 Pflegevollkräfte finanziert werden. Die dreijährige Sonderregelung für die Finanzierung zusätzlichen Pflegepersonals läuft Ende 2011 aus. Zusätzliche Finanzmittel werden ab dem Jahr 2012 im Rahmen des Krankenhausabrechnungssystems an diejenigen Kliniken verteilt, die Patienten mit besonders hohem Pflegeaufwand versorgen.

*Krankenhaus-Report 2014 - Kapitel 17*

# ***Krankenhauspolitische Chronik***

*Juni 2013 - Juli 2012*

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.  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, richten 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). 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 Personalbemessung“ (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 Krankenausgaben 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 Träger Vielfalt</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 Krankenhaussektor 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 87000 mehr Arbeitsplätze im Gesundheitswesen als im Vorjahr (+ 1,8 %). Zusätzliche Arbeitsplätze gab es z. B. bei den Ärzten (+ 8000) und den Gesundheits- und Krankenpflegern (+ 8000). 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 59000, 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 Bonusysteme immer mehr um sich greifen würden. 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. 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 verfüigten 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 zukunftsfähig 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 Strukturaneizen 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 demographische 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 Chefärzte“ sowie „Ärztmangel“ geäußert.</p> <p>Bonuszahlungen für Chefärzte: 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: 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	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: <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	Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland (VKD) 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. Der VKD fordert die Politik auf, umgehend einen Gesetzentwurf vorzulegen, der folgende Lösungen vorsieht: <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 Entgelt-system im Krankenhaus (InEK) fortgeschrieben. Verhandlungsgegenstand auf Spitzenverbandsebene 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 Fallpauschalenkatalog 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 (WifOR) 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 Mehrleistungsabschlüge 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 Hüftgelenksarthrose	<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 Hüftgelenkersatz, der Wurzelspitzenresektion und dem Kniegelenkersatz.
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 Krankenhaus Kennzahlen 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. 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. 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 krankenhauseigenen Basisentgeltwerte an landesweit geltende Basisentgeltwerte (Konvergenzphase)</li> </ul> Außerdem sind im Psych-Entgeltgesetz Finanzierungshilfen für somatische Krankenhäuser in Höhe von 280 Millionen Euro geregelt. Dies betrifft insbesondere einen Tarifaufgleich im Jahr 2012, die Einführung eines anteiligen Orientierungswertes und einen gemeinsamen Forschungsauftrag zur Analyse, Bewertung und Entwicklung von Lösungsstrategien der Mengendynamik im Krankenhaus.
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 Krankenhausausgaben 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“.

*Krankenhaus-Report 2015 – Kapitel 18*

# ***Krankenhauspolitische Chronik***

*Juni 2014 - Juli 2013*

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
30. Juni 2014	Politik	Zweite „Runde“ der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform	Im Mittelpunkt der zweiten Zusammenkunft und der eigentlich ersten „Arbeitsrunde“ der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform stehen die Themenblöcke Krankenhausplanung/Qualität und Sicherstellung.
26. und 27. Juni 2014	Politik	GMK spricht sich für ein stärkeres Engagement von Kliniken in der ambulanten Versorgung aus	Die GMK hat sich im Rahmen der 87. Tagung für eine Neuausrichtung von Rahmenbedingungen und Strukturen im Gesundheitswesen ausgesprochen. In diesem Zusammenhang fordert sie auch ein stärkeres Engagement von Kliniken in der ambulanten Versorgung sowie mehr Delegation an nichtärztliche Fachberufe.
26. Juni 2014	Wissenschaft	Jede dritte Klinik in den roten Zahlen	Wiesen laut „Krankenhaus-Rating-Report“ 2009 nur 14,1 % der Kliniken eine negative Bilanz aus, so stieg dieser Anteil 2012 auf 34,3 % an. Durch diesen negativen Trend steigt auch die Insolvenzgefahr: Von 7,4 % im Jahr 2009 auf 13,8 % im Jahr 2012. Als Hauptursache der Schieflage sieht der Report die sinkenden Investitionsfördermittel der Länder: So ist die Investitionsquote von 10 % im Jahr 1991 auf 4 % im Jahr 2012 zurückgegangen.
23. Juni 2014	Wissenschaft	SVR legt Jahresgutachten 2014 vor	Der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen legt sein Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ vor. Für den stationären Bereich werden Überkapazitäten in Ballungszentren und die Sicherstellung von bedarfsnotwendigen Krankenhausstrukturen in sehr ländlichen Bereichen als die beiden größten Herausforderungen angesehen. Zum Abbau von stationären Überkapazitäten empfiehlt der SVR, stärkere finanzielle Anreize in Form von gezielten Übergangszahlungen zu setzen, die es Krankenhausträgern erleichtern, sich aus solchen Geschäftsfeldern zurückzuziehen, in denen sie absehbar weder die erforderlichen Deckungsbeiträge noch Qualitätsniveaus erreichen.
5. Juni 2014	Politik	Deutscher Bundestag beschließt Qualitätsinstitut, Änderungen bei PEPP und Schlichtungsausschüssen	Im Rahmen der 2./3. Lesung im Deutschen Bundestag wird das GKV-FQWG mit breiter Mehrheit beschlossen. Abgelehnt werden in diesem Zusammenhang die Anträge der Opposition zum PEPP-System, da die Regierungskoalition durch eigene Änderungsanträge die „Scharstellung“ des neuen Vergütungssystems um zwei Jahre verschoben hat. Für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bedeutet dies, dass sie auch in den Jahren 2015 und 2016 frei darüber entscheiden können, ob sie bereits das neue oder noch das alte Vergütungssystem anwenden wollen. Verschärft wurden auch die Vorgaben für die Einrichtung von Landes-Schlichtungsausschüssen nach § 17c KHG.
26. Mai 2014	Politik	Startschuss für Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform	Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform kommt zum ersten offiziellen Gespräch unter Vorsitz des Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe und der Vorsitzenden der GMK, Landesministerin Cornelia Prüfer-Storcks, in Berlin zusammen. Grundlage für diese AG sollen die im Koalitionsvertrag gemeinsam von SPD, CDU und CSU getroffenen Vereinbarungen sein.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
22. Mai 2014	Rechtspredung	„Brustzentren“ können Zuschläge geltend machen	Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat in sechs Verfahren aus Nordrhein-Westfalen entschieden, dass Krankenhäuser mit einem besonderen Versorgungsauftrag für die Behandlung von Brustkreberkrankungen (Brustzentren) von den Krankenkassen einen Zuschlag für stationäre Zentrumsleistungen beanspruchen können, soweit diese Leistungen nicht schon über die normalen Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden (Az.: BVerwG 3 C 8.13; BVerwG 3 C 9.13; BVerwG 3 C 12.13; BVerwG 3 C 13.13; BVerwG 3 C 14.13; BVerwG 3 C 15.13).
9. Mai 2014	Selbstverwaltung	DKG will an die Spitze der Qualitätsbewegung	Im Rahmen des „Qualitätstages der Krankenhäuser“ bekundet die DKG ihren Willen, sich an die Spitze der Qualitätsbewegung zu setzen. Im Positionspapier „Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit“ fordert sie ein Zweitmeinungsverfahren vor jeder Operation als Regelleistung der GKV und lehnt eine qualitätsorientierte Vergütung von Krankenhausleistungen ab, da hierdurch Patienten aufgrund ihres Risikos selektiert werden könnten.
7. Mai 2014	Politik	Regierungsfraktionen legen Änderungsanträge zu Schlichtungsausschuss und PEPP vor	Die Regierungsfraktionen von CDU/CSU und SPD wollen mit der Vorlage von Änderungsanträgen (ÄA) zum GKV-FQWG den Beschluss der Geschäftsführenden Vorstände vom 29. April zum PEPP-System umsetzen. Dadurch haben die Anträge der Fraktionen „Die Linke“ (BT-Drucksache 18/557) sowie BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drucksache 18/849) zum PEPP keine Chance auf eine parlamentarische Zustimmung. Des Weiteren wird mit dem ÄA die Landesschiedsstelle (§ 18a Absatz 1 KHG) beauftragt, die Aufgaben des Schlichtungsausschusses übergangsweise wahrzunehmen.
29. April 2014	Politik	Verlängerung der PEPP-Optionsphase	Die Geschäftsführenden Vorstände der Regierungsfraktionen haben während ihrer Klausurtagung in Königswinter zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland beschlossen, dass die Optionsphase beim PEPP um zwei Jahre bis zum 31. Dezember 2016 verlängert wird. In diesen zwei Jahren wird das PEPP-System durch das BMG grundsätzlich geprüft und gegebenenfalls können Alternativen dazu entwickelt werden. Des Weiteren sollen für Häuser, die für eine Teilnahme optieren, budgetäre Anreize gesetzt werden.
16. April 2014	Politik	Sondertreffen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK)	Im Rahmen eines Sondertreffens der GMK und der Arbeits- und Sozialministerkonferenz in Berlin wurde der Start der Beratungen in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform für den 26. Mai 2014 vereinbart. Klinikplanung und -bezahlung sollten sich stärker am Erfolg der Behandlungen ausrichten, sagte die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, die Hamburger Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD). „Es ist wichtig, dass wir das Thema Qualität voranbringen.“ Dazu solle ein geplantes neues Institut zur Messung der Qualität dienen. Die Länder wollten bei den entsprechenden Verfahren stärker als bisher geplant eingezogen werden. Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sieht die Notwendigkeit, dass die Mittel der Krankenkassen für den laufenden Betrieb der Kliniken steigen. Zurückhaltend äußerte sich Gröhe zu Forderungen nach mehr Bundesmitteln für Gebäude und Ausstattung der Krankenhäuser.



Termin	Gremium	Vorgang	Legende
15. April 2014	Selbstverwaltung	Investitionsbewertungsrelationen fürs DRG-System werden vorgestellt	Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) legt erstmals einen Katalog mit Investitionsbewertungsrelationen (§ 10 KHG) für den DRG-Entgeltbereich vor. Auf Grundlage dieser können die Bundesländer nun entscheiden, ob bzw. bis zu welchem Anteil sie ihre pauschalen Investitionen über dieses Verfahren auszahlen.
8. April 2014	Selbstverwaltung	Aus für Landes-Schlichtungsausschüsse gefordert	In einem gemeinsamen Brief an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe fordern DKG und GKV-SV, die Vorgabe zur Einrichtung landesweiter Schlichtungsstellen (§ 17c KHG) ersatzlos zu streichen.
30. März bis 02. April 2014	Wissenschaft	30.000 Tote – Klinikhygieniker schlagen Keim-Alarm	Auf 900 000 im Jahr schätzt die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) die Zahl der nosokomialen Infektionen in Krankenhäusern in Deutschland. 30 000 Menschen fielen alljährlich den Klinikkeimen zum Opfer.
26. März 2014	Politik	Bundeskabinett beschließt den Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)	Kernpunkte des durch den Bundesrat zustimmungsfreien Gesetzentwurfs bleiben die Veränderungen in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen und der Beitragserhebung sowie die Qualität der Behandlung und die Schaffung des neuen Instituts zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (siehe auch Meldung vom 12. Februar 2014). Die erste Lesung soll im Deutschen Bundestag am 8. oder 9. April 2014 erfolgen. Die Öffentliche Anhörung findet voraussichtlich am 21. Mai statt. Insgesamt soll das Gesetz bis Mitte Juli und damit vor Beginn der parlamentarischen Sommerpause beschlossen worden sein. Die Regelungen zum Qualitätsinstitut treten bereits am Tag nach der Verkündung in Kraft, die weitergehenden zum 1. Januar 2015.
20. März 2014	Qualität	G-BA: Erstmals finanzielle Sanktionsmöglichkeiten bei Verstoß gegen Berichtspflicht beschlossen	Ab dem Berichtsjahr 2013 wird ein Krankenhaus einen Qualitätssicherungsabschlag in Höhe von zunächst einem Euro und im Wiederholungsfall von zwei Euro pro vollstationären Krankenhausfall des Berichtsjahres zahlen müssen, wenn es seiner Pflicht zur Qualitätsberichterstattung nicht nachkommt. Des Weiteren müssen die Krankenhäuser Angaben darüber machen, ob sie leistungsbezogene Zielvereinbarungen mit ihren leitenden Ärztinnen und Ärzten abgeschlossen haben. Dies hat der G-BA mit seinem Änderungsbeschluss zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) festgelegt.
5. März 2014	Politik	Krankenhäuser erzielten 64,91 Mrd. Euro an Einnahmen durch die GKV in 2013	Die GKV hat nach den vorläufigen Finanzergebnissen für das Jahr 2013 einen Überschuss von knapp 1,2 Mrd. Euro und der Gesundheitsfonds von 510 Mio. Euro verbuchen können. Insgesamt belaufen sich die Finanzreserven nun auf 30,3 Mrd. Euro (GKV rd. 16,7 Mrd. Euro & Fonds rd. 13,6 Mrd. Euro). Die GKV wendete insgesamt 64,91 Mrd. Euro für den Krankenhaussektor auf, was einem Plus von 3,7 % zu 2012 entspricht.
3. März 2014	Selbstverwaltung	Uniklinika melden Rekorddefizit	Trotz des von der christlich-liberalen Bundesregierung kurz vor der Wahl verabschiedeten „Krankenhaushilfspakets“ meldet der Verband der Universitätsklinika (VUD), dass nach vorläufigen Jahresabschlusszahlen 2013 ein Defizit von 161 Millionen Euro entstanden sei. Damit seien in nur zwei Jahren die Ergebnisse um rund 200 Millionen Euro eingebrochen.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
24. Februar 2014	Selbstverwaltung	ver.di legt Umsetzungsvorschlag zur Personalbemessung vor	Die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di will in zwei Schritten zu einer Berücksichtigung der Personalkosten im Krankenhaus kommen. So soll in den patientennahen Pflegebereichen das durch eine Pflegepersonalbedarfsregelung (PPR) errechnete Personal zu 100 % zur Verfügung gestellt und finanziert werden. Krankenhäuser müssten im Gegenzug den Nachweis der Stellenbesetzung gegenüber den Krankenkassen erbringen. Für nicht besetzte Stellen sei ein Abschlag vorzusehen. Parallel zu dieser Sofortmaßnahme soll ein Beirat eingesetzt werden, der mit der Weiterentwicklung der PPR zu einer bedarfsgerechten Personalbemessung auch für andere Berufsgruppen beauftragt wird.
18. Februar 2014	Wissenschaft	Im Jahr 2012 waren 7,5 Millionen stationäre Aufnahmen Notfälle	Laut Destatis wurden im Jahr 2012 rund 7,5 Mio. Patienten als Notfälle stationär in deutschen Krankenhäusern aufgenommen. Das waren 42 % aller Aufnahmen. Die häufigsten Notfälle waren Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Verletzungen und Vergiftungen.
12. Februar 2014	Politik	Institut für Qualitätssicherung wird durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz auf den Weg gebracht	Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) setzt die schwarz-rote Regierungskoalition die ersten gesundheitspolitischen Elemente aus dem Koalitionsvertrag um. Neben der Neugestaltung der GKV-Finanzierung enthält der Referentenentwurf auch die Grundlagen für die Gründung eines fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Aufgabe des Instituts ist es, sich wissenschaftlich mit der Ermittlung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zu befassen. Mit der konkreten Ausgestaltung des Instituts wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt.
11. Februar 2014	Selbstverwaltung	Schlichtungsausschuss Bund vereinbart	DKG und GKV-SV haben sich über die Umsetzungsvoraussetzungen eines „Schlichtungsausschusses Bund“ geeinigt. Dadurch setzen sie die gesetzlichen Vorgaben des § 17c Absatz 3 KHG um, der mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung neugestaltet worden war. Unter dem Vorsitz des unparteiischen Mitglieds Dr. Christof Veit, Geschäftsführer des BQS-Instituts für Qualität & Patientensicherheit, wird das neue Gremium nun seine Arbeit aufnehmen. Als weitere unparteiische Mitglieder sind Prof. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin, und Prof. Thorsten Kingreen, Universität Regensburg, bestellt worden.
31. Januar 2014	Selbstverwaltung	Drei Mrd. Euro an Investitionsmittel fehlen jedes Jahr	Die Bundesländer haben im Jahr 2013 Investitionsmittel i. H. v. 2,72 Mrd. Euro bereitgestellt. Damit bleibt die Investitionsförderung weiterhin auf einem niedrigen Niveau. Um die Kliniken auf einem modernen Stand zu halten und ihnen eine zukunftsfähige Ausstattung zu ermöglichen, so die DKG, wären nach Einschätzung aller Experten mindestens 6 Mrd. Euro an Investitionsmitteln erforderlich. Jedes Jahr fehlen somit weit über 3 Mrd. Euro.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
23. Januar 2014	Qualität	AQUA-Bericht über die Nutzung von Routinedaten zur Qualitätssicherung	Das AQUA-Institut wird im Auftrag des G-BA zukünftig regelhaft prüfen, ob Indikatoren auf Basis von Routinedaten die Grundlage sowohl für sektorenübergreifende als auch für sektorenspezifische QS-Verfahren sein können. Dies ist das Ergebnis des Follow-up-Verfahrens bei Gallenblasenentfernungen (Cholezystektomie), wonach durch die Nutzung von Routinedaten Komplikationen und ungeplante Folgeeingriffe während einer Behandlung und darüber hinaus auch nach dem ersten stationären Aufenthalt besser erfasst werden können.
15. Januar 2014	Politik	Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages wählt Vorsitzenden	In der konstituierenden Sitzung des Gesundheitsausschusses wählen die 37 Mitglieder den SPD-Abgeordneten Prof. Dr. Edgar Franke zum Vorsitzenden. Tags zuvor wurde Jens Spahn (CDU/CSU) in seinem Amt als gesundheitspolitischer Sprecher bestätigt und Hilde Mattheis (SPD), Harald Weinberg (Die Linke) und Maria Klein-Schmeink (Die Grünen) als „neue“ gesundheitspolitische Sprecher gewählt.
23. Dezember 2013	Rechtsprechung	Landgericht Tübingen weist die Klage des BDPK gegen Landkreis Calw ab	Das Landgericht Tübingen hat die Forderung des BDPK auf Unterlassung rechtswidriger Subventionen für die Kreiskliniken Calw GmbH – Aktenzeichen 5 O 72/13 – mit der Begründung abgewiesen, dass die streitgegenständliche Krankenhausfinanzierung keinen Wettbewerbsverstoß darstelle. Der Vorstand des BDPK hat am 24. Januar 2014 entschieden, gegen diese Entscheidung Berufung einzulegen.
17. Dezember 2013	Politik	Bundesregierung konstituiert sich – Hermann Gröhe wird neuer Bundesgesundheitsminister	Nach der Wahl von Dr. Angela Merkel zur Bundeskanzlerin hat Bundespräsident Joachim Gauck den bisherigen Generalsekretär der CDU Deutschlands, Hermann Gröhe, zum Bundesminister für Gesundheit ernannt. Als Parlamentarische Staatssekretärinnen im BMG sind die beiden CDU-Abgeordneten Annette Widmann-Mauz und Ingrid Fischbach berufen worden. Beamteter Staatssekretär für das neu geschaffene Amt eines Beauftragten für Pflege und Patienten wird Karl-Josef Laumann. Die Position des verbeamteten Staatssekretärs wird Lutz Stroppe übernehmen.
11. Dezember 2013	Wissenschaft	Gutachten zu unterschiedlichen Basisfallwerten in den Ländern veröffentlicht	Das RWI hat das vom BMG beauftragte Gutachten zu den unterschiedlichen Basisfallwerten in den Ländern veröffentlicht. Die wesentlichen Erkenntnisse sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Variation in den LBFW kann nur zu einem geringen Teil durch unterschiedliche Kostenniveaus und andere beobachtbare Faktoren erklärt werden. Eine weitere Erklärungskraft besitzen die Unterschiede in der Höhe der Investitionsfördermittel, v. a. in Hinblick auf den Unterschied zwischen Ost und West.</li> <li>• Keine große Erklärungskraft für die Unterschiede der LBFW scheinen dagegen zusätzliche Erlösbestandteile, besondere Verhandlungsstile bei Landesbasisfallwertverhandlungen, Qualitätsunterschiede sowie besondere Krankenhaus- oder Bundeslandstrukturen in den Ländern zu besitzen.</li> <li>• Es ist insofern davon auszugehen, dass mindestens zwei Drittel der Variation der LBFW auf historisch vorhandene – jedoch ökonomisch nicht begründbare – Unterschiede zurückzuführen sein müssen.</li> </ul>

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
21. November 2013	Wissenschaft	Personalkosten der Krankenhäuser steigen fast doppelt so stark wie Sachkosten	Nach Veröffentlichung von Destatis belaufen sich die Gesamtkosten der Krankenhäuser für das Jahr 2012 auf 86,8 Mrd. Euro (2011: 83,4 Mrd. Euro). Die durchschnittlichen Kosten je Behandlungsfall stiegen von 3 960 Euro im Jahr 2011 auf 4 060 Euro. Während Personalkosten um 4,8 % auf 51,9 Mrd. Euro zugelegt haben, war die Entwicklung bei den Sachkosten mit 2,9 % (32,6 Mrd. Euro) weniger dynamisch.
21. November 2013	Wissenschaft	OECD-Gesundheitsbericht: Viele Behandlungsfälle, Beschäftigte und Krankenhausbetten	Wie aus der Ausgabe von <i>Health at a Glance</i> der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hervorgeht, hat Deutschland im Verhältnis zu seinen Einwohnern die zweithöchste Zahl von Krankenhausbehandlungen in der OECD. Nur in Österreich gibt es noch höhere Fallzahlen. Auch liegt Deutschland mit acht Krankenhausbetten pro tausend Einwohnern im Vergleich nur hinter Japan und Korea (OECD-Schnitt: 5) – und das, obwohl die Anzahl der Krankenhausbetten pro Einwohner seit dem Jahr 2000 um knapp 10 % gesunken ist. Deutlich über dem Durchschnitt der OECD-Länder rangiert Deutschland darüber hinaus beim medizinischen Personal: Auf tausend Einwohner kommen 3,8 Ärzte und 11,4 Pflegekräfte, der Durchschnitt in der OECD beträgt 3,2 Ärzte und 8,8 Pfleger.
20. November 2013	Wissenschaft	Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser weiter verschlechtert	Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat das <i>DKI Krankenhaus-Barometer 2013</i> veröffentlicht. Danach hat sich die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser weiter verschlechtert. So schrieb 2012 jedes zweite Krankenhaus rote Zahlen (2011: 31 %). Die Anzahl der Kliniken mit einem Jahresüberschuss ist auf knapp 43 % gesunken (2011: 55 %), die Anzahl der Häuser mit einem ausgeglichenen Ergebnis hat sich mit knapp 7 % halbiert.
19. November 2013	Politik	Koalitionsunterhändler einigen sich auf Gesundheitsreform-GKV-Finanzierung und Pflegevorsorgefonds müssen von Parteichefs entschieden werden	Leitmotiv für den stationären Bereich sind die Themen Qualität und Reform der Krankenhausstrukturen. Um rechtssichere Grundlagen für eine qualitätsbasierte Krankenhausplanung zu schaffen, soll ein unabhängiges Institut gegründet werden, das Qualität auf Grundlage sektorenübergreifender Routinedaten auswertet. Des Weiteren soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe gegründet werden, die gemeinsame Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen entwickelt.
19. November 2013	Qualität	Im Ausland erfolgen schneller Sanktionen bei schlechter Qualität	„In Deutschland wird Qualität derzeit im Vergleich zu anderen Ländern gut gemessen, aber es werden keine Konsequenzen daraus gezogen“, betont Dr. Karsten Neumann, Geschäftsführer des IGES-Instituts Berlin, auf Basis der Studie zur Qualitätsorientierung im stationären Bereich mit Blick ins Ausland, die der vdek in Auftrag gegeben hatte. Die vdek-Vorstandsvorsitzende, Ulrike Elsner, fordert als Konsequenz daraus, dass „schlechte Qualität nicht schlechter vergütet, sondern gar nicht mehr erbracht werden sollte!“

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
11. November 2013	Qualität	Richtlinie über die Versorgung von Früh- und Neugeborenen im Bundesanzeiger veröffentlicht	Der G-BA hat seinen Beschluss vom 20. Juni 2013 zur Richtlinie für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen im Bundesanzeiger veröffentlicht. Das BMG hat den Beschluss zwar nicht beanstandet, jedoch mit Auflagen versehen (Änderungen bzgl. verbindliche Pflegeschlüssel und Mindestanforderung an qualifiziertes Pflegepersonal). Der Beschluss müsse mit einer entsprechenden Anpassung der Richtlinie dem BMG spätestens bis zum 30. Juni 2016 zur Prüfung nach § 94 SGB V vorgelegt werden. Der Beschluss wird am 1. Januar 2014 in Kraft treten.
11. November 2013	Selbstverwaltung	PEPP-Entgeltkatalog für 2014 vereinbart	Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien der Vertragsparteien auf Bundesebene konnte der PEPP-Entgeltkatalog für 2014 und die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen konsentiert werden. Zusätzlich hat sich die Selbstverwaltung auf Klarstellungen und ergänzende Fallbeispiele zu den Abrechnungsbestimmungen geeinigt.
29. Oktober 2013	Wissenschaft	BCG-Studie plädiert für mehr Qualitätswettbewerb	In der deutschen Krankenhauslandschaft bestehen erhebliche Qualitätsunterschiede. Das geht aus der Studie „Qualitätswettbewerb – Chancen für Deutschlands Gesundheitswesen“ der Boston Consulting Group hervor. Lösungsvorschläge der Forscher sind unter anderem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehr Qualitätstransparenz für Patienten und Einweiser</li> <li>• Stärkere Spezialisierung der Krankenhäuser</li> <li>• Öffnung des Kontrahierungszwangs für ausgewählte elektive Leistungsbereiche</li> <li>• Qualitätsanreize durch Strukturvorgaben bei der Krankenhausplanung und Mindestmengen setzen</li> </ul> Für ihre neue Studie haben die BCG-Gesundheitsexperten Daten der für jedes Krankenhaus gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung ausgewertet und auch mit internationalen Ergebnissen verglichen.
25. Oktober 2013	Wissenschaft	2011 betrug der Fehlbetrag bei den Länderinvestitionen laut ifo-Studie 713 Mio. Euro.	Die Studie des Münchener ifo-Instituts „Kränkelnde Krankenhäuser – Ursachen und Auswirkungen des Rückgangs der Krankenhausinvestitionen der Länder“ ermittelt, dass die Bundesländer allein im Jahr 2011 zusammen 713 Mio. Euro zu wenig investiert haben, um den abschreibungsbedingten Wertverlust des öffentlich geförderten Krankenhauskapitalstocks zu stoppen. Als Hauptursache der rückläufigen Entwicklung der öffentlichen Investitionsmittel identifiziert das ifo vor allem die Bemühungen der Länder um eine Konsolidierung ihres Landshaushaltes.
23. Oktober 2013	Wissenschaft	Mehr Operationen, weniger Kaiserschnitte	Die Zahl der in Krankenhäusern durchgeführten Operationen und medizinischen Prozeduren ist im Jahr 2012 um 3,3% angestiegen. Destatis zufolge wurden 2012 knapp 18 Millionen Patienten vollstationär behandelt, insgesamt wurden an ihnen knapp 51 Mio. Operationen oder medizinische Prozeduren durchgeführt. Bei den Frauen im Alter zwischen 15 bis 44 waren die häufigsten Eingriffe mit einer Entbindung verbunden. Dabei ist 2012 erstmals seit 21 Jahren der Anteil der Frauen zurückgegangen, die ihr Kind per Kaiserschnitt entbunden haben.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
23. Oktober 2012	Politik	Beginn der schwarz-roten Koalitionsverhandlungen	Gut fünf Wochen nach der Bundestagswahl und nach drei schwarz-roten Sondierungsrunden starten die Koalitionsverhandlungen. Die gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU, Jens Spahn, und der SPD, Prof. Karl Lauterbach, übernehmen die Leitung der Koalitionsarbeitsgruppe „Gesundheit & Pflege“.
22. Oktober 2013	Selbstverwaltung	Bundesbasisfallwert für 2014 wird vereinbart	Der Bundesbasisfallwert (BBFW) für das Jahr 2014 wird von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene auf Basis des vom DRG-Institut übermittelten Berechnungsergebnisses in Höhe von 3 156,82 Euro vereinbart. Die Korridor Grenzen von 2,5 % über dem BBFW und 1,25 % unter dem BBFW für die Annäherung der Landesbasisfallwerte an den BBFW liegen damit bei 3 235,74 Euro für die obere Grenze und 3 117,36 Euro für die untere Grenze.
22. Oktober 2013	Politik	Konstituierung der 18. Deutschen Bundestages – Bahr bleibt bis auf Weiteres Bundesgesundheitsminister	Der am 22. September neugewählte Deutsche Bundestag hat sich konstituiert. Als Präsident des 18. Deutschen Bundestages wird Prof. Norbert Lammert (CDU) mit einem Rekordergebnis von 94,6 % wiedergewählt. Die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) und der bisher für die Gesundheitspolitik zuständige stellvertretende Fraktionsvorsitzende der CDU/CSU, Johannes Singhammer, werden zu Vizepräsidenten gewählt. Mit dem Zusammentritt des neuen Deutschen Bundestags endet offiziell die Amtszeit der schwarz-gelben Regierung. Das Kabinett bleibt jedoch bis zur Wahl einer neuen Bundesregierung „geschäftsführend“ im Amt.
14. Oktober 2013	Selbstverwaltung	Neuer Fallpauschalenkatalog vereinbart	GKV-SV, DKG und PKV verständigen sich auf den neuen Katalog für 2014. Die Schwerpunkte der Weiterentwicklung sind die sachgerechtere Abbildung von seltenen, hochspeziellen sowie extrem teuren Fällen. Weiter differenziert wurden auch die Bereiche der Wirbelsäulenoperationen und der Herzkatheter-Operationen. Zudem erhält die Kinderheilkunde weitere speziell zugeschnittene Abrechnungsmöglichkeiten und auch für besonders teure Fälle bei der Gabe von Blutgerinnungsfaktoren wurden bessere Abrechnungsmöglichkeiten vereinbart.
30. September 2013	Wissenschaft	Grundlohnrate toppt mit 2,81 % den Kosten-Orientierungswert von 2,02 %	Das Statistische Bundesamt (Destatis) veröffentlicht zum zweiten Mal den sogenannten Orientierungswert für Krankenhäuser gemäß den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes. Der Orientierungswert gibt die durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten wieder, die ausschließlich auf Preis- oder Verdienständerungen zurückzuführen sind. Für den Zeitraum des zweiten Halbjahres 2012 und des ersten Halbjahres 2013 beträgt der Orientierungswert im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum (zweites Halbjahr 2011/erstes Halbjahr 2012) 2,02 %. Damit liegt der aktuelle Orientierungswert unter der diesjährigen Grundlohnrate in Höhe von 2,81 %. Laut Gesetz gilt somit die Grundlohnrate automatisch als Veränderungswert.



Termin	Gremium	Vorgang	Legende
22. September 2013	Politik	Gesundheitsminister Daniel Bahr, Birgitt Bender und Dr. Martina Bunge werden dem 18. Deutschen Bundestag nicht mehr angehören	Deutschland hat gewählt und entschieden, dass die FDP nicht mehr im Deutschen Bundestag vertreten sein soll; sie scheiterte erstmals seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland an der 5 %-Hürde. Damit verliert Daniel Bahr (36), der bisher jüngste Bundesgesundheitsminister, nicht nur sein Ministeramt, sondern auch sein Mandat als Abgeordneter. Aber auch die Wahlstimmenverluste bei den Grünen und den Linken waren groß. Daher werden die gesundheitspolitischen Sprecherinnen dieser beiden Fraktionen nicht mehr als Abgeordnete direkt mitwirken können. Birgitt Bender (56) von den Grünen scheiterte auf Platz 11 der baden-württembergischen Landesliste, die nur bis Platz 10 wirkte. Auch Dr. Martina Bunge (62) schaffte trotz Platz 5 auf der Liste der Linken in Mecklenburg-Vorpommern den Wiedereinzug nicht. Erfolgreich zeigten sich jedoch die gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU und der SPD. Jens Spahn (33), CDU, der in seinem Wahlkreis Steinfurt/Borken 52 % der Erststimmen hinter sich vereinigte und Prof. Karl Lauterbach (50), SPD, der im Wahlkreis Leverkusen – Köln IV 41,3 % der Erststimmen erhielt. Beide werden somit weiterhin die Gesundheitspolitik an vorderster Stelle mitgestalten können.
19. September 2013	Qualität	Qualitätsreport 2012 – hohes Qualitätsniveau, aber Verbesserungspotenzial noch nicht ausgenutzt	Der G-BA hat den Qualitätsreport 2012 zur Veröffentlichung freigegeben. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Patienten überwiegend gut behandelt und versorgt werden. Besonderen Handlungsbedarf sehen die Autoren nur noch in einem Bereich: beim Einsatz von Herzklappen mithilfe eines Katheters. In einigen Krankenhäusern wird diese Operation auffällig oft vorgenommen, obwohl internationale Leitlinien dies nur bei Patienten mit einem sehr hohen Risiko empfehlen.
13. September 2013	Selbstverwaltung	Überraschungscoup: Die Fresenius-Tochter Helios übernimmt 43 Kliniken der Rhön-Klinikum AG und ist damit der neue Gigant unter den privaten Trägern in Europa	Für gut drei Mrd. Euro kauft der Bad Homburger Konzern 43 Kliniken mit rund 11 800 Betten sowie 15 Medizinische Versorgungszentren von Rhön und macht die Tochter Helios damit zum Krankenhaus-Giganten mit einem Umsatz von knapp 5,5 Mrd. Euro. Anders als bei der bisher geplanten Komplettübernahme ist der Klinik-Kauf ohne die Zustimmung der Hauptversammlung möglich – und kann daher nicht von den Konkurrenten gestoppt werden. Asklepios und B. Braun hatten sich zuletzt mit jeweils fünf Prozent bei Rhön eingekauft und damit den milliardenschweren Übernahme-Versuch gestoppt.
6. September 2013	Politik	Veränderungsrate der Grundlohnsumme für das Jahr 2014 liegt bei 2,81 %	Das BMG gibt gemäß § 71 Absatz 3 SGB V die Veränderungsrate der Grundlohnsumme (GLS-VÄR) für das Jahr 2014 mit 2,81 % bekannt. Sollte der Orientierungswert in diesem Jahr erneut niedriger sein als die GLS-VÄR, gilt automatisch die GLS-VÄR als Veränderungswert. Ist der O-Wert höher, besteht ein Verhandlungskorridor zum Veränderungswert, bei dem maximal der komplette Orientierungswert weitergegeben werden kann. Im BpflV-Bereich sind mindestens 40 % des Deltas zwischen VÄR der GLS und O-Wert weiterzugeben. Der Orientierungswert wird spätestens am 30.09.2013 veröffentlicht.



Termin	Gremium	Vorgang	Legende
4. September 2013	Selbstverwaltung	Verwaltungsrat des GKV-SV beschließt Positionspapier zur „Reform der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes“	Unter dem Titel „14 Positionen für 2014“ beschreiben die Mitglieder des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes die aus ihrer Sicht bestehenden Fehlentwicklungen und leiten daraus ein größeres Mitsprache- und Gestaltungsrecht für die Krankenkassen im Krankenhausbereich ab.
4. September 2013	Selbstverwaltung	In vier Transplantationszentren hat es schwerwiegende Verstöße bei der Vergabe von Spenderorganen gegeben	Die erste Vor-Ort-Überprüfung aller 24 Lebertransplantationszentren durch die Prüfungs- und Überwachungskommission von BÄK, DKG und GKV-Spitzenverband ist abgeschlossen. In vier Transplantationszentren (Göttingen, Leipzig und München sowie Münster) wurden schwerwiegende Richtlinienverstöße festgestellt. In 20 Transplantationszentren wurden keine beziehungsweise nur solche Verstöße festgestellt, bei denen sich aufgrund der Umstände des Einzelfalls oder der geringen Anzahl kein Verdacht auf systematische oder bewusste Falschangaben zur Bevorzugung bestimmter Patienten ergab.
30. August 2013	Selbstverwaltung	Bundesärztekammer fordert Reform der Krankenhausfinanzierung	In ihrem Positionspapier zur bevorstehenden Bundestagswahl fordert die Bundesärztekammer (BÄK) eine umfassende Reform der Klinik-Finanzierung („volle Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen“). Die Verantwortung für den Sicherstellungsauftrag und Gewährleistung der medizinischen Versorgung will die BÄK weiterhin bei den Bundesländern belassen.
28. August 2013	Wissenschaft	Weniger Krankenhäuser versorgen mehr Patienten	Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) nach vorläufigen Ergebnissen mitteilt, wurden im Jahr 2012 rund 18,6 Millionen Patientinnen und Patienten stationär im Krankenhaus behandelt, das waren 1,5 % mehr als im Jahr zuvor. Dabei dauerte der Aufenthalt im Krankenhaus durchschnittlich 7,6 Tage (2011: 7,7 Tage). Mit 77,4 % lag die Bettenauslastung geringfügig über dem Vorjahresniveau (77,3 %). Für die stationäre Behandlung standen in 2 017 Krankenhäusern (2011: 2 045) insgesamt rund 501 000 Betten zur Verfügung; das waren gut 500 Betten weniger als 2011. Nach wie vor steht annähernd jedes zweite Bett (47,9 %) in einem Krankenhaus eines öffentlichen Trägers. Die Anzahl der Krankenhausbetten in privater Trägerschaft stieg 2012 um 4 003 auf 90 044 Betten (2011: 86.041) an. In freigemeinnützigen Häusern sinkt die Zahl der Betten um 170 auf 171 170.
27. August 2013	Selbstverwaltung	Krankenhaushilfe 2013 umgesetzt – DKG und Krankenkassen vereinbaren Tarifausgleichsrate	Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband sowie der PKV-Verband haben sich auf die konkrete Höhe der Zahlungen für Tarifsteigerungen in den Krankenhäusern geeinigt, sodass ab 1. September 2013 den Kliniken rd. 150 Mio. Euro zur Refinanzierung der Personalkostensteigerungen zusätzlich zur Verfügung stehen. Zusammen mit den Versorgungszuschlägen, die bereits seit 1. August in Höhe von 250 Mio. Euro fließen, ist das für das Jahr 2013 von der Bundesregierung beschlossene Hilfspaket für die Krankenhäuser umgesetzt.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
20. August 2013	Rechtspredung	Auch für ausgegründete Privatkliniken gelten die Preise der Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung	Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat die Klage von Helios gegen die Vorgaben des § 17 Abs. 5 und 6 KHG, wonach in ausgegründeten Privatkliniken auch die gesetzlichen Preisvorgaben gelten, nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG, 1 BvR 2402/12).
15. August 2013	Qualität	G-BA veröffentlicht Auswertung der externen stationären Qualitätssicherung für 2012	Der G-BA hat die vom AQUA-Institut erstellten Bundesauswertungen 2012 für die 30 von den Krankenhäusern verpflichtend zu dokumentierenden Leistungsbereiche zur Veröffentlichung freigegeben. Insgesamt haben 1 658 Krankenhäuser an der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung teilgenommen. Das Spektrum der erfassten Leistungsbereiche reicht von der Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung) bis zur Dekubitusprophylaxe (Verhinderung des Wundliegens).
14. August 2013	Politik	Zahl der Operationen stark gestiegen	Die Zahl der Operationen in Deutschland ist seit 2005 um mehr als ein Viertel gestiegen. Das geht aus den Antworten des BMG auf eine parlamentarische Anfrage der Linksfraktion (17/14555) hervor. Danach habe es im Jahr 2005 etwa 12,13 Mio. Operationen gegeben. 2011 seien es bereits 15,37 Mio. gewesen. Aus dem Bericht ergibt sich des Weiteren, dass sich die Zahl der Wirbelsäulen-OPs im selben Zeitraum mehr als verdoppelt hat – von 326 962 auf 734 644. Im Jahr 2010 gab es in Deutschland mit 295 pro 100 000 Einwohner so viele Hüftoperationen wie nirgendwo sonst in Europa. In Österreich seien es 249, in Frankreich 223 und in den Niederlanden 213 gewesen.
14. August 2013	Politik	Palliativstationen können auch weiterhin als „Besondere Einrichtungen“ vom Fallpauschalensystem ausgenommen werden	Die Versorgung schwerkranker Patienten in der Palliativmedizin ist nach Auskunft der Bundesregierung in den zurückliegenden Jahren besser geworden. Das geht aus den Antworten des BMG auf eine parlamentarische Anfrage der Linksfraktion (17/ 14554) hervor. Des Weiteren gebe es keine gesetzliche Vorgabe, dass stationäre palliativmedizinische Einrichtungen ab 2014 verpflichtend das Fallpauschalensystem anzuwenden hätten. Sie können weiterhin als „Besondere Einrichtungen“ vom Fallpauschalensystem ausgenommen werden. Allerdings rechnen die meisten Krankenhäuser mit Palliativversorgung im Rahmen der Vergütung mit diagnosebezogenen Fallpauschalen und ergänzenden Zusatzentgelten ab. Diese Systematik ermögliche „aufwandsgerechte Vergütungen“ und begründe keine vorzeitigen Entlassungen schwerkranker Menschen.
7. August 2013	Politik	Aktionsbündnis gegen Psychiatrieentgeltssystem gegründet	Gegen die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) haben sich Attac, die AG Soziale Sicherungssysteme, der Verein demokratischer Ärzte und Ärztinnen (vdää), medico international und die Soltauer Initiative für Sozialpolitik und Ethik zu einem Aktionsbündnis zusammengefunden. Dieses Bündnis ruft zu Unterschriften gegen die Einführung des PEPP-Systems auf. Mit einer möglichst großen Anzahl von Unterschriften und ersten Aktionen soll die Bundesregierung überzeugt werden, das PEPP-System nicht einzuführen.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
24. Juli 2013	Selbstverwaltung	Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung im Krankenhaus vergeben	Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherungen haben den Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung im Krankenhaus vergeben (§ 17 b Abs. 9 KHG). Ziel ist, herauszufinden, warum Krankenhäuser seit Jahren immer mehr Leistungen erbringen, obwohl die demografische Entwicklung nur ein Drittel des Mengenanstiegs erklärt. Den Zuschlag hat das Hamburg Center for Health Economics (hche) in Kooperation mit der TU Berlin erhalten. Die Forschungsergebnisse sollen im Frühjahr 2014 vorliegen.
18. Juli 2013	Rechtsprechung	Ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein, um intensivmedizinische Komplexbehandlungen abrechnen zu können	Das BSG hat mit seiner Entscheidung (B 3 KR 25/12 R) zur intensivmedizinischen Komplexbehandlung, wonach nach dem OPS-Kode 8-980 eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation gewährleistet sein muss, deutlich gemacht, dass Strukturvoraussetzungen grundsätzlich zu erfüllen sind. Kliniken, die diese nicht erfüllen, dürfen entsprechende Leistungen nicht mehr abrechnen.
18. Juli 2013	Qualität	G-BA genehmigt freiwillige Veröffentlichung von Qualitätsdaten der Versorgung von Früh- und Neugeborenen	Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist es nun Krankenhäusern, die zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen zugelassen sind, möglich, ihre Qualitätsdaten – wie z. B. Häufigkeit von Hirnblutungen, Netzhauterkrankungen oder Sterblichkeitsrate – im Internet <a href="http://www.perinatalzentren.org">www.perinatalzentren.org</a> zu veröffentlichen. Im Frühjahr 2014 soll dann ein Beschluss des G-BA zur Verpflichtung der Veröffentlichung dieser Daten folgen.
18. Juli 2013	Rechtsprechung	Arzneimittel-Nebenwirkungen rechtfertigen keine erneute Vergütung bei Wiederaufnahme	Machen Nebenwirkungen eines Arzneimittels eine Wiederaufnahme im Krankenhaus erforderlich, so kann das Krankenhaus keine neue Fallpauschale veranschlagen. Denn auch Arzneimittel-Nebenwirkungen gehören zu den „Komplikationen“, für die das Gesetz eine einheitliche Fallpauschale vorschreibt. Die „Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall“ ist im Krankenhausentgeltgesetz und ähnlich in der Fallpauschalenvereinbarung vorgesehen, wenn es „im Zusammenhang“ mit der ersten Behandlung zu Komplikationen kommt, so das Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil (Az. B 3 KR 6/12).
9. Juli 2013	Politik	BMG gibt grünes Licht für ambulante spezialfachärztliche Versorgung	Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) erhebt gegen die allgemeinen Regeln für die „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV) keine Einwände. Der G-BA hatte am 21. März einen Teil der ASV-Richtlinie beschlossen. Teilnehmen können demnach niedergelassene Fachärzte und Fachärzte in Kliniken, die in Teams schwere Verlaufsformen von Krankheiten und seltene Erkrankungen behandeln sollen. Die Veröffentlichung dieser Richtlinie erfolgt im Bundesanzeiger (BAnz) am 19. Juli 2013, in Kraft treten soll die Richtlinie somit am 20. Juli.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
8. Juli 2013	Selbstverwaltung	1,1 Mrd. Euro für mind. 13.600 Pflegekräfte – GKV-SV veröffentlicht Abschlussbericht zum Pflegesonderprogramm	Zwischen 2009 und 2011 stellten die Krankenkassen den Krankenhäusern 1,1 Mrd. Euro für neue Pflegestellen zur Verfügung. Aus diesen Mitteln finanzierten sie bis 2011 nachweislich 13 600 zusätzliche vollzeitbeschäftigte Pflegekräfte. Durch das Pflegesonderprogramm konnten die Krankenhäuser in den Jahren 2009 bis 2011 0,48 % ihres Budgets zusätzlich von den Krankenkassen erhalten, um neue Pflegekräfte einzustellen oder vorhandene Teilzeitstellen aufzustocken bzw. moderne Arbeitszeitmodelle umzusetzen. Insgesamt 1 125 Häuser nutzen diese Fördermittel und schufen nach eigenen Angaben rund 15 300 zusätzliche Pflegestellen. Allerdings legten die Krankenhäuser nur für rund 13 600 Pflegekräfte einen testierten Nachweis vor.
5. Juli 2013	Politik	Bundesrat stimmt Krankenhausfinanzhilfe in Höhe von 1,1 Mrd. Euro zu	Durch die Zustimmung des Bundesrates zum „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ wird sichergestellt, dass die finanzielle Hilfe für die Krankenhäuser ab August 2013 erfolgen kann. Den Krankenhäusern stehen somit für die kommenden beiden Jahre rd. 1,1 Mrd. Euro zur Verfügung. Umgesetzt wird diese Hilfe u. a. durch einen Rechnungszuschlag, einen zusätzlichen Ausgleich von Tarifsteigerungen sowie ein Hygiene-Förderprogramm zur Neueinstellung bzw. Fort- und Weiterbildung von Hygienefachkräften.

*Krankenhaus-Report 2016 – Kapitel 16*

# ***Krankenhauspolitische Chronik***

*Juni 2015 – August 2014*

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
30. Juni 2015	Selbstverwaltung	GKV-Spitzenverband legt ersten Bericht zur Umsetzung des Hygienesonderprogramms vor	Für die Jahre 2013/2014 wurden den Krankenhäusern durch die GKV ca. 66,6 Mio. Euro für die Verbesserung der personellen Situation in der Hygiene zusätzlich zur Verfügung gestellt. Von diesen Mitteln haben seit dem Programmstart fast 1 000 Krankenhäuser profitiert. 37 Mio. Euro entfallen auf die Neueinstellung von Hygienepersonal, die interne Besetzung neu geschaffener Stellen sowie die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen.
30. Juni 2015	Politik	Rückblick auf zehn Jahre Fusionskontrolle durch das Bundeskartellamt	In der Zeit von 2004 bis 2014 hat das Bundeskartellamt 210 Zusammenschlüsse von Krankenhäusern geprüft und davon 182 Fusionen genehmigt bzw. sieben untersagt. Bei 21 Prüfungen habe entweder keine Fusionskontrollpflicht vorgelegen oder die Verfahren seien noch nicht abgeschlossen, so der Jahresbericht 2014 des Bundeskartellamtes.
30. Juni 2015	Politik	Gesundheitsausschuss des Bundesrates berät das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)	Mehr als 25 Änderungsanträge stehen auf der Tagesordnung dieser Sondersitzung des Gesundheitsausschusses im Bundesrat. Die Länder fordern darin u. a. finanzielle Nachbesserungen und Aufsichtsrechte bei Abschluss von Selektivverträgen. Darüber hinaus bewerten sie den Gesetzentwurf als zustimmungspflichtig.
24. Juni 2015	Wissenschaft	Private Kliniken arbeiten effizient und investieren stärker	Die im Auftrag des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) erstellte Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) zeigt auf, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft im Durchschnitt finanzkräftiger sind und auch rentabler als freigemeinnützige oder öffentlich-rechtliche Krankenhäuser arbeiten. Zudem tätigen sie höhere Investitionen in die medizinische Infrastruktur als Krankenhäuser in anderer Trägerschaft.
19. Juni 2015	Politik	Jens Spahn soll Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesfinanzministerium werden	Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Jens Spahn, soll am 3. Juli 2015 als Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesfinanzministerium berufen werden. Die sächsische CDU-Politikerin Maria Michalk soll die Leitung der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion übernehmen, die Wahl wird allerdings erst im September 2015 stattfinden.
18. Juni 2015	Selbstverwaltung	DKG kündigt Prüfverfahrensvereinbarung	Trotz Kündigung durch die DKG gilt bei Prüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V die geschlossene Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) vorerst weiter.
18. Juni 2015	Wissenschaft	An 393 Krankenhäusern wird eine eigene Apotheke betrieben	Zum Tag der Apotheke teilt das Statistische Bundesamt mit, dass im Jahr 2013 knapp ein Fünftel (19,7 %) aller Krankenhäuser über eine eigene Apotheke verfügen.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
11. Juni 2015	Wissenschaft	Publikation des „Krankenhaus-Rating-Reports 2015: Bad Bank für Krankenhäuser – Krankenhausausstieg vor der Tür?“. Zu wenig Geld für Investition und zu viel Angst vor Entscheidungen	Die Autoren des Krankenhaus-Rating-Reports 2015 identifizieren zwei große Problembereiche: Den Investitionsstau von „mindestens zwölf Mrd. Euro“, den die Bundesländer zu verantworten haben, und dass sich kaum eine Kommune zur Schließung ihres unrentablen Krankenhauses entscheidet, obwohl dadurch „die Versorgungssicherheit in kaum einer Region gefährdet würde“.
11. Juni 2015	Politik	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) in 2./3. Lesung durch den Deutschen Bundestag beschlossen	Auch für die Krankenhäuser enthält das GKV-VSG umfangreiche gesetzliche Änderungen, wie z. B. ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Entlassmanagement, Zweitmeinungsverfahren, Hochschulambulanzen und Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt sowie Bewertung von NUB mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse. Das GKV-VSG tritt zum 1. August 2015 in Kraft.
11. Juni 2015	Sonstiges	BG-Kliniken gründen Verbund	Die 13 berufsgenossenschaftlichen Akut- und Rehakliniken gründen die „BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH“. Dieser Verbund versorgt jährlich mehr als 550 000 Patienten bei einem Jahresumsatz von rund 1,2 Mrd. Euro und beschäftigt mehr als 12 000 Mitarbeiter.
10. Juni 2015	Politik	Bundeskabinett beschließt beschleunigtes Verfahren zur Umsetzung der Krankenhausreform	Mit einigen Änderungen im Vergleich zum Referentenentwurf hat das Bundeskabinett das KHSG auf den parlamentarischen Weg gebracht und es sowohl an den Bundesrat als auch an den Deutschen Bundestag verwiesen (beschleunigtes Verfahren). Das KHSG ist zudem nicht mehr zustimmungspflichtig und entsprechend den Forderungen von Ländern, DKG und GKV können die Landesschlichtungsausschüsse nach §17c KHG nun „freiwillig“ eingesetzt werden.
29. Mai 2015	Selbstverwaltung	Landesbasisfallwerte 2015 – Erlösvolumen steigt um 2 Mrd. Euro	Mit der Genehmigung durch die Landesaufsicht Mecklenburg-Vorpommern sind die Landesbasisfallwerte (LBFW) für das Jahr 2015 komplett. Die DRG-Erlöse steigen im Vergleich zu 2014 um rd. 2 Mrd. Euro (+ 3,3 %) auf mehr als 65 Mrd. Euro. Am stärksten nehmen sie in Niedersachsen und Hessen (jeweils + 4,6 %) zu. Die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einkommen liegt bei 2,5 %.
20. Mai 2015	Selbstverwaltung	Neue Statistik zu Behandlungsfehlern	In 3 796 von 14 663 (plus 2 000 zu 2013) Verdachtsfällen auf Behandlungsfehler bestätigen Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) das Vorliegen eines Fehlers. In 155 Fällen starben Patienten und bei 1 294 erlitten Patienten einen Dauerschaden.
8. Mai 2015	Politik	MRSA-Screening der Krankenhäuser soll extrabudgetär vergütet werden	Weil das Screening der Krankenhäuser auf MRSA-Besiedelung derzeit durch das bestehende DRG-Fallpauschalensystem nicht finanziert wird, fordert der Bundesrat die Bundesregierung auf, die rechtlichen Voraussetzungen für eine entsprechende Vergütung zu schaffen.



Termin	Gremium	Vorgang	Legende
28. April 2015	Politik	Referentenentwurf Krankenhaus-Strukturgesetz	Mit dem Referentenentwurf des KHSG sollen die in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vereinbarten Eckpunkte vom 5. Dezember 2014 umgesetzt werden. Abweichend zu den Eckpunkten werden auch Regelungen zu „Zielvereinbarungen“ (§ 135c SGB V), und „Einzelfallbegutachtung durch den MDK“ (§ 276 SGB V) getroffen. Die Verbändeanhörung im BMG erfolgt am 18. Mai 2015.
14. April 2015	Wissenschaft	Gesundheitsausgaben steigen 2013 um 4 % auf insgesamt 314,9 Mrd. Euro	Nach Angaben von Destatis stiegen die Ausgaben für Gesundheit im Vergleich zum Jahr 2012 um 12,1 Mrd. Euro an. Auf den (teil-)stationären Sektor entfielen wie im Vorjahr 37,7 % der gesamten Gesundheitsausgaben: Krankenhäuser (+ 4,4 % auf 82,4 Mrd. Euro) und (teil-)stationäre Pflege (+ 4,4 % auf 27,6 Mrd. Euro).
14. April 2015	Wissenschaft	Jeder zweite Arzt ist im Krankenhaus tätig	Der neuen Ärztestatistik der Bundesärztekammer ist zu entnehmen, dass sich der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte auf 50,7 % (Vorjahr: 50,1 %) erhöht hat. Damit ist die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte – zum siebten Mal in Folge – um 3,5 % (absolut: 6.183) auf 181 012 angestiegen.
14. April 2015	Rechtsprechung	Patient muss Hygienemängel bei MRSA-Infektion nachweisen können	Ein Patient, bei dem während eines Krankenhausaufenthaltes eine MRSA-Infektion auftritt, muss einen schadensursächlichen Hygienemangel auch dann beweisen, wenn währenddessen vier weitere Patienten MRSA-Infektionen erleiden. Allein diese Anzahl weiterer MRSA-Infektionen rechtfertigt keine Beweislastumkehr zu Lasten des Krankenhauses (OLG Hamm – 26 U 125/13)
31. März 2015	Selbstverwaltung	Veröffentlichung des Extremkostenberichts durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)	Im Ergebnis wurde festgestellt, dass es bei den speziellen Versorgungsleistungen der Universitäten und Maximalversorger keine Kostenunterdeckung, sondern eine Kostenüberdeckung gibt. Bei den allgemeinen Versorgungsleistungen der Unikliniken und Maximalversorger kann jedoch eine Kostenunterdeckung festgestellt werden. Das wahre Ausmaß der Belastung durch Kostenausreißer ist allerdings unbekannt.
26. März 2015	Wissenschaft	Zu viele Krankenhäuser: RWI-Ökonomen sehen fast 600 Mio. Euro jährliches Einsparpotenzial	Durch die Aufgabe von 210 Krankenhäusern in Deutschland ließen sich jährliche Einspareffekte von mindestens 570 Mio. Euro erzielen, ohne dass die Bevölkerung merkliche Nachteile in der Versorgung oder weitere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen hätte. Das Einsparvolumen errechnet sich aus einem reduzierten Investitionsbedarf und vermiedenen Defiziten abzüglich zusätzlicher Kosten für Sicherstellungszuschläge und den Ausbau der Luftrettung.
25. März 2015	Politik	Gröhe veröffentlicht Zehn-Punkte-Plan gegen Klinikkeime	Das BMG veröffentlicht einen Zehn-Punkte-Plan zur Vermeidung behandlungsassoziierter Infektionen und Antibiotika-Resistenzen. Danach sollen unter anderem die Meldepflichten für Kliniken beim Auftreten besonders gefährlicher Keime verschärft werden.
21. März 2015	Selbstverwaltung	Amtsniederlegung des Vorsitzes des Schlichtungsausschusses Bund	Dr. Christof Veit legt sein Amt als Vorsitzender des Schlichtungsausschusses Bund gem. §17c Abs. 3 KHG mit sofortiger Wirkung nieder. Im Januar hat er die Geschäftsführung des neuen Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) übernommen.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
17. März 2015	Selbstverwaltung	Vereinbarung zum Katalog für Investitionsbewertungsrelationen	GKV-SV, PKV-Verband und DKG haben sich für das Jahr 2015 auf einen Katalog von Investitionsbewertungsrelationen geeinigt. Dieser basiert auf Kalkulationen des InEK. Im Vergleich zum Vorjahr weist der Katalog zu jedem Fall des DRG-Systems neben einem fallbezogenen nun auch ein verweildauerbezogenes Relativgewicht aus.
6. März 2015	Sonstiges	Bundesweiter „Nachdienstcheck“ der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di	Viele deutsche Kliniken seien zum Teil gefährlich unterbesetzt, lautet ein Ergebnis des von ver.di durchgeführten „Nachdienstchecks“. In der Nacht vom Donnerstag auf Freitag, den 6. März 2015 hat ver.di nach eigenen Angaben die Stichprobe in Gesprächen mit Pflegekräften in 237 Krankenhäusern erhoben. In 55 % der Fälle habe eine Pflegekraft allein 25 Patienten betreuen müssen.
5. März 2015	Politik	Erste Lesung des GKV-VSG im Bundestag	Der Bundestag hat in erster Lesung den Gesetzentwurf des VSG beraten; dabei stehen die Themen Terminservice und Arztsitze im Vordergrund. Die Anhörung des Gesundheitsausschusses findet am 25. März 2015 statt.
4. März 2015	Politik	BMG veröffentlicht GKV-Finanzergebnis 2014	2014 gaben die gesetzlichen Krankenkassen knapp 1,2 Mrd. Euro mehr aus, als sie einnahmen. Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung stiegen je Versicherten um 3,9%. Der aktuelle Anstieg ist auch auf die vom Gesetzgeber im Laufe des vergangenen Jahres eingeführten Finanzhilfen für Krankenhäuser zurückzuführen, die ab August 2013 wirksam wurden. Insgesamt erhielten die Krankenhäuser allein von den gesetzlichen Krankenkassen rund 3 Mrd. Euro mehr als im entsprechenden Vorjahreszeitraum.
28. Februar 2015	Qualität	176 Frühchen-Kliniken legen Qualitätsdaten offen	Bereits 176 Kliniken, die Frühchen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1 500 Gramm behandeln, legen auf einer gemeinsamen Internetplattform ihre Qualitätsdaten offen ( <a href="http://www.perinatalzentren.org">www.perinatalzentren.org</a> ). Nach Angaben des Göttinger AQUA-Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen sind das doppelt so viele wie vor einem Jahr.
24. Februar 2015	Selbstverwaltung	Vergütungen für Meldungen an Krebsregister festgelegt	Im Rahmen des Aufbaus flächendeckender klinischer Krebsregister wurde in einem Schiedsverfahren festgelegt, wie hoch die Vergütung ist, die die Krankenkassen dem Krankenhaus, Arzt oder Zahnarzt bezahlen, wenn Daten zu Diagnose, Behandlung und Verlauf von an Krebs erkrankten Patienten an ein Krebsregister gemeldet werden.
20. Februar 2015	Wissenschaft	Krankenhaus-Report 2015 mit Schwerpunkt „Strukturwandel“ veröffentlicht	Nach Ansicht des Herausgebers, Prof. Dr. Jürgen Wasem, ist der qualitätsorientierte Umbau der Krankenhauslandschaft das wichtigste gesundheitspolitische Vorhaben dieser Legislaturperiode. Das Fazit des Reports: Qualität in Kliniken sei messbar. Der Report dokumentiert dies am Beispiel zertifizierter Krebszentren. Die Überlebensrate liegt in den zertifizierten Zentren nach vier Jahren bei 90 % im Gegensatz zu 83 % bei denen ohne Zertifikat.
19. Februar 2015	Selbstverwaltung	G-BA beschließt erstes sektorenübergreifendes Verfahren zur Qualitätssicherung	Die Qualität der medizinischen Behandlung bestimmter Eingriffe mit einem Herzkatheter soll ab 2016 sowohl ambulant als auch stationär gesichert werden. Mit dem Verfahren sollen nun valide und vergleichbare Aussagen zur Qualität der Koronarangiographie und der perkutanen Koronarintervention (PCI) unabhängig vom Ort gewonnen werden.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
17. Februar 2015	Wissenschaft	DKG veröffentlicht „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“ in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)	Das Gutachten führt aus, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser vielerorts stark überlastet und unterfinanziert seien. Einem durchschnittlichen Erlös von 32 Euro pro ambulanten Notfall stünden Fallkosten von mehr als 120 Euro gegenüber, was zu einer Unterfinanzierung von bis zu 1 Mrd. Euro führe. Die ambulante Notfallversorgung sei nicht mehr durch die KVen sichergestellt, obwohl diese dafür zuständig seien.
5. Februar 2015	Sonstiges	Tarifeinigung: Klinikärzte erhalten mehr Geld	Die 52 500 Ärzte an kommunalen Krankenhäusern bekommen 4,1 % mehr Gehalt. Darauf hat sich die Ärztegewerkschaft Marburger Bund und die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) geeinigt. In der dritten Tarifrunde vereinbarten die Tarifparteien auch eine Erhöhung der Entgelte für Bereitschaftsdienste um durchschnittlich 7,1 %.
2. Februar 2015	Selbstverwaltung	InEK veröffentlicht aktuelle Aufstellung der NUB für 2015	Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat die Aufstellung für die neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) für das laufende Jahr veröffentlicht. Danach erfüllen 112 Methoden und Leistungen die Kriterien der NUB-Vereinbarung (Status 1).
26. Januar 2015	Wissenschaft	Sachverständigenrat Gesundheit konstituiert sich neu	In Berlin hat sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) neu konstituiert. Neu dabei sind die Pflege-Expertin Prof. Gabriele Meyer von der Universität Halle sowie der Gesundheitsökonom Prof. Jonas Schreyögg von der Universität Hamburg. SVR-Vorsitzender bleibt der Allgemeinmediziner Prof. Ferdinand Gerlach (Universität Frankfurt).
22. Januar 2015	Selbstverwaltung	G-BA beschließt Mindeststandards für Herzklappenoperationen	Für minimalinvasive Herzklappeninterventionen gelten künftig Mindeststandards. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beschlossen. Krankenhäuser, die kathetergestützte Aortenklappenimplantationen (TAVI) oder das Clipverfahren an der Mitralklappe durchführen wollen, müssen künftig bestimmte Anforderungen erfüllen. Ziel ist es, das Komplikationsrisiko zu senken und die Behandlung im Fall von Komplikationen zu verbessern.
19. Januar 2015	Selbstverwaltung	Katalog zum ambulanten Operieren im Krankenhaus vereinbart	Der Katalog zum ambulanten Operieren (AOP-Katalog) für das Jahr 2015 und das entsprechende Meldeformular nach §115b SGB V liegen vor. Neben den jährlichen Anpassungen an den gültigen Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) enthält der aktuelle Katalog auch weitere Änderungen.
15. Januar 2015	Selbstverwaltung	DSO-Budget für 2015 vereinbart	Die Selbstverwaltungspartner und die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) haben das DSO-Budget für das Jahr 2015 vereinbart. Danach beträgt die Organisationspauschale für die Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs zur Transplantation inklusive der Kosten für die Konsiliardienste Hirntoddiagnostik 10 806 Euro.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
13. Januar 2015	Politik	Referentenentwurf für das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)	Das BMG hat einen Referentenentwurf für ein E-Health-Gesetz vorgelegt. Zentrale Inhalte sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaffung von Anreizen für die zügige Einführung und Nutzung medizinischer und administrativer Anwendungen</li> <li>• Weiterentwicklung und Öffnung der Telematikinfrastruktur</li> <li>• Verbesserung der Strukturen der Gesellschaft für Telematik</li> <li>• Verbesserung der Interoperabilität der Systeme.</li> </ul> Für den elektronischen Entlassbrief sollen Ärzte und Krankenhäuser als Anschubfinanzierung für zwei Jahre (ab 1. Juli 2016) eine gesetzlich festgelegte Vergütung von 50 Cent (Ärzte) beziehungsweise einem Euro (Krankenhäuser) erhalten.
9. Januar 2015	Selbstverwaltung	Neues Qualitätsinstitut IQTIG gegründet und Geschäftsführer ernannt	Der Stiftungsrat tritt erstmals zusammen. Der ebenfalls neu konstituierte Vorstand der Stiftung ernannt den Mediziner Dr. Christof Veit, bisher Geschäftsführer des BQS Instituts für Qualität und Patientensicherheit, einstimmig zum Leiter des neuen Instituts.
1. Januar 2015	Selbstverwaltung	Mindestmengenregelung des G-BA zu Knie-TEP tritt in Kraft	Ab sofort gilt für den Einsatz von Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP) wieder die Mindestmengenregelung. Dies hat der G-BA am 22. Dezember 2014 beschlossen. Laut der Regelung dürfen Kliniken diese Leistung nur noch dann zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, wenn sie mindestens 50 künstliche Kniegelenke pro Jahr einsetzen. Der Beschluss ist Folge von Grundsatzentscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG).
18. Dezember 2014	Politik	Bericht der Bundesregierung über nosokomiale Infektionen und Erreger	Die Bundesregierung berichtet in einer Unterrichtung an den Bundestag (18/3600) über den Stand „nosokomialer Infektionen und Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen“. Mit besserer Aufklärung, konsequenter Vorbeugung und mehr Hygienefachpersonal könnte die große Zahl der schweren Krankenhausinfektionen zurückgedrängt werden. Die Zahl der durch schwere Krankenhausinfektionen verursachten Todesfälle schwanke in Deutschland zwischen 15 000 und 30 000 pro Jahr.
17. Dezember 2014	Politik	Bundeskabinett beschließt das GKV-VSG	Das Bundeskabinett hat den Entwurf des GKV-VSG beschlossen. Der Kabinettsentwurf entspricht weitestgehend dem Referentenentwurf vom 21. Oktober 2014.
17. Dezember 2014	Politik	Petition zur Verbesserung der Finanzierung von Krankenhäusern in strukturschwachen Regionen erfolgreich	Der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages beschließt, die Petition zur Verbesserung der Finanzierung von Krankenhäusern in strukturschwachen ländlichen Gegenden an das BMG zu überweisen sowie an die Länderparlamente weiterzuleiten. Das BMG hat nun zu prüfen, ob dem Anliegen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur Krankenhausreform entsprochen werden kann.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
5. Dezember 2014	Politik	Bund-Länder-AG einigt sich auf Eckpunkte zur Krankenhausreform	Nach sechs intensiven Verhandlungsmonaten legen die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die Ergebnisse der Arbeitsgruppe auf 24 Seiten vor. So sollen u. a. der Umbau der Krankenhausstruktur mit einer Mrd. Euro sowie mehr Pflegepersonal mit rd. 660 Mio. Euro gefördert werden. Dem G-BA kommt bei dieser Reform eine Hauptaufgabe zu. Er soll vor allem bei Qualität, Mindestmenge oder zur Sicherstellung Regelungsvorgaben entwickeln.
5. Dezember 2014	Rechtsprechung	BSG: Nur wirtschaftliche Behandlung wird vergütet	Krankenhäuser müssen das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten. Wählen sie einen unwirtschaftlichen Behandlungsweg, können sie nur eine Vergütung in Höhe der wirtschaftlich gerechtfertigten Behandlungsweise beanspruchen. Diese Grundsatzentscheidung hat das Bundessozialgericht (BSG) in einem Urteil (B 1 KR 62/12 R) gefällt.
27. November 2014	Rechtsprechung	Auch 3. Senat des Bundessozialgerichts bestätigt Mindestmengen	Der 3. Senat des BSG schloss sich einem Urteil des 1. Senats vom Oktober an und bestätigt die Mindestmenge bei Knie-TEP (Az.: B 3 KR 1/13 R und B 3 KR 3/13 R). Ab Januar gilt für das Implantieren nun wieder die Mindestmenge von 50. Den entsprechenden Beschluss hat der G-BA am 18. Dezember 2014 gefasst.
26. November 2014	Wissenschaft	Studie zur „Zukunft der ländlichen Krankenhäuser“	Die Hamburger Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO AG veröffentlicht in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krankenhausinstitut die Studie zur „Ländlichen Krankenhausversorgung Heute und 2020“. Die Gutachter weisen daraufhin, dass rund 44 % aller in ländlichen Gegenden angesiedelten Krankenhäuser Verluste schreiben und nur etwas mehr als ein Drittel der ländlichen Häuser positive Jahresergebnisse erzielen. Aus gut 40 % der Kliniken verlauten Befürchtungen, dass sich ihre wirtschaftliche Situation kommendes Jahr weiter verschlechtert. Darüber hinaus sei bis 2020 zu erwarten, dass eine „deutliche Marktbereinigung durch Klinikfusionen oder Standort- und Abteilungsschließungen“ stattfinden würde.
25. November 2014	Selbstverwaltung	Thomas Reumann neuer DKG-Präsident	Der Reutlinger Landrat und seit 2009 Vorstandsvorsitzender der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKKG), Thomas Reumann, ist zum Nachfolger von Alfred Dänzer als Präsident der DKG gewählt worden. Das Präsidium komplettieren die beiden Vizepräsidenten Ingo Morell und Dr. Michael Philippi.
20. November 2014	Rechtsprechung	Subventionen durch öffentliche Träger sind weiterhin zulässig	Städte und Kreise dürfen ihre finanziell angeschlagenen Kliniken weiterhin mit Zuschüssen unterstützen und Verluste ausgleichen. In zweiter Instanz wies das Oberlandesgericht Stuttgart in einem Musterverfahren die Klage des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken (BDPK) gegen den Landkreis Calw ab. Die bisherige Praxis, die bundesweit bei Hunderten Kliniken üblich ist, verstoße nicht gegen EU-Recht und das Wettbewerbsrecht. Der BDPK prüft eine Revision vor dem BGH.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
17. November 2014	Wissenschaft	dggö fordert Monistik und Qualitätswettbewerb	Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (dggö) sieht zehn Jahre nach Einführung der DRGs vor allem Probleme bei der Investitionsfinanzierung und in der „Art der Leistungsentwicklung“. Zur Lösung dieser legt sie zahlreiche Vorschläge für Strukturreformen vor. Die wesentlichen Vorschläge sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Investitionskosten in die Krankenhausvergütung einzubeziehen</li> <li>• mittelfristig Selektivverträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen einzuführen</li> <li>• regionale Versorgung bei Bedarf weiterhin zu subventionieren</li> <li>• Marktaustritte mit staatlichen Zuschüssen zu flankieren</li> </ul>
12. November 2014	Wissenschaft	Weniger Kliniken schreiben 2013 rote Zahlen	Nachdem laut „Krankenhaus-Barometer“ des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) im Jahr 2012 noch 52 % aller Kliniken über Verluste klagten, ging der Anteil mit solch negativen Ergebnissen auf 42 % im Jahr 2013 zurück.
11. November 2014	Wissenschaft	Aufwendungen für Krankenhäuser 2013 auf 78 Mrd. Euro gestiegen	Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, stiegen die Aufwendungen für die Krankenhäuser von 75,6 Mrd. Euro im Jahr 2012 um 3,2 % auf 78,0 Mrd. Euro im Jahr 2013. Umgerechnet auf rund 18,8 Mio. Patientinnen und Patienten lagen somit die Kosten je Fall bei durchschnittlich 4 152 Euro (bei einer Spannweite von 3 667 Euro in Brandenburg bis 4 856 Euro in Hamburg).
10. November 2014	Rechtsprechung	Bezahlung folgt der Qualität	Das BSG stellt mit seinem Urteil (B 1 KR 15/13 R) klar, dass ein Krankenhaus nur dann Anspruch auf Vergütung einer Leistung hat, wenn es die vom G-BA festgelegten Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfüllt.
7. November 2014	Politik	Bundesrat stimmt Erstem Pflegegesetz zu	Durch die Zustimmung zum Ersten Pflegestärkungsgesetz werden der Versorgungszuschlag (§ 8 Abs. 10 KHEntgG) und der Mehrleistungsabschlag (§ 4 Abs. 2a KHEntgG) für Krankenhäuser verlängert.
4. November 2014	Politik	Arbeitssitzung der Bu-Lä-AG zur Krankenhausreform wird durch „Ausscheiden“ zweier Landesgesundheitsminister überschattet	Im Mittelpunkt dieser Arbeitssitzung sollten eigentlich die Themen Krankenhausinvestitionen und -investitionsförderung stehen. Durch die Kabinettsumbildungen im Saarland und in Rheinland-Pfalz, wo zum einen Andreas Storm (CDU) und zum anderen Alexander Schweitzer (SPD) ihre Mandate als Minister aufgeben mussten, war die Verhandlungsfähigkeit dieses Gremiums jedoch erheblich eingeschränkt. Verhandlungsergebnisse wurden demzufolge auch nicht bekannt.
23. Oktober 2014	Selbstverwaltung	Alfred Dänzer erklärt Rücktritt	Alfred Dänzer, Geschäftsführer des Universitätsklinikums Mannheim, erklärt während der Sondersitzung des Aufsichtsrats seinen Rücktritt. Vorausgegangen war eine erneute Durchsuchung des Uniklinikums im Rahmen des Hygieneskandals. Auch das Amt als Präsident der DKG ruht einstweilen; zur Wiederwahl am 25. November wird er nicht mehr antreten.
22. Oktober 2014	Wissenschaft	52 Mio. Behandlungen im Krankenhaus	Nach Angaben des Statistischen Bundesamts (Destatis) stieg die Zahl der stationär behandelten Patientinnen und Patienten auch im Jahr 2013 um 2 %, auf dann rd. 52 Mio. an. Mit knapp einem Drittel (15,8 Mio.) blieben Operationen die am häufigsten durchgeführte Versorgungsleistung der Krankenhäuser.



Termin	Gremium	Vorgang	Legende
21. Oktober 2014	Politik	BMG legt Referentenentwurf zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vor	Mit der Vorlage des Referentenentwurfs für das GKV-VSG setzt das BMG einen weiteren Punkt aus dem Koalitionsvertrag um. Im Bereich der stationären Versorgung sollen folgende Punkte neugestaltet werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• § 27b SGB V Zweitmeinung</li> <li>• § 39 SGB V Entlassmanagement</li> <li>• § 116a SGB V Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung</li> <li>• § 117 SGB V Hochschulambulanzen</li> <li>• § 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen</li> <li>• § 137c SGB V Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus</li> <li>• § 137h SGB V Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten der Risikoklassen IIb und III</li> </ul>
15. Oktober 2014	Politik	Versorgungszu- und Mehrleistungsabschlag werden verlängert	CDU/CSU und SPD beschließen im Gesundheitsausschuss die Fortführung des Versorgungszuschlags i. H. v. 0,8 % und die Verlängerung des Mehrleistungsabschlags auf drei Jahre. Dadurch stehen den Krankenhäusern weiterhin rd. 500 Mio. Euro zusätzlich zu Verfügung.
14. Oktober 2014	Rechtsprechung	Fallpauschalen sind nach Tagen anteilig abzurechnen	Wechselt ein Patient die Krankenkasse oder läuft sein Versicherungsschutz aus, dann kann das Krankenhaus für nachfolgende Behandlungen von der ursprünglichen Kasse kein Honorar mehr beanspruchen. Wie das BSG in seinem Urteil (Az.: B 1 KR 18/13 R) betont, sei die Aufteilung der Pauschale „zwingendes Gesetzesrecht“. Daran könne auch die Fallpauschalenvereinbarung nichts ändern.
14. Oktober 2014	Rechtsprechung	Mindestmengen sind rechters	Das BSG bestätigt in seinem Urteil (B 1 KR 33/13 R) die Vorgabe für eine Mindestmenge von 50 Knie-TEP im Kalenderjahr pro Betriebsstätte und teilt damit die Einschätzung des G-BA, dass dies die Güte der Versorgung fördert.
14. Oktober 2014	Selbstverwaltung	Bundesbasisfallwert 2015 vereinbart	Die Selbstverwaltung hat den Bundesbasisfallwert für das Jahr 2015 i. H. v. 3 231,20 Euro vereinbart. Die obere Korridorgrenze (+2,5 %) beträgt 3 311,98 Euro und die untere (-1,25 %) liegt bei 3 190,81 Euro.
8. Oktober 2014	Rechtsprechung	BSG erlaubt weiterhin Klinikklagen	Das BSG hat mit seinem Urteil (B 3 KR 714 R) entschieden, dass der gesetzliche Schlichtungszwang aus §17c Abs. 4b Satz 3 KHG erst dann zur Anwendung gelangen kann, wenn arbeitsfähige Schlichtungsstellen eingerichtet sind. Andernfalls verstoße die Zwangsschlichtung gegen das Grundgesetz.
30. September 2014	Wissenschaft	Statistisches Bundesamt veröffentlicht Orientierungswert 2014 in Höhe von 1,44 %	Der Orientierungswert 2014 für Krankenhäuser beträgt laut Statistischem Bundesamt 1,44 %. Der Wert gibt die durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten wieder, die ausschließlich aus Preis- oder Verdienänderungen resultiert.
26. September 2014	Selbstverwaltung	Vereinbarung des DRG- und PEPP-Systems für 2015	GKV-SV, PKV-Verband und DKG haben sich für das Jahr 2015 auf den Fallpauschalenkatalog (DRG-Katalog) für Krankenhäuser geeinigt. Ebenfalls eine Verständigung erzielt wurde über den pauschalierenden tagesbezogenen Entgeltkatalog für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-Entgeltkatalog).



Termin	Gremium	Vorgang	Legende
17. September 2014	Politik	Änderungsantrag zum 5. SGB-XI-Änderungsgesetz (1. Pflegestärkungsgesetz)	Für die Anhörung zum 5. SGB-XI-Änderungsgesetz am 24. September 2014 erhält der Ausschuss für Gesundheit Änderungsanträge, die Gegenstand der Anhörung werden. Der Änderungsantrag zu Artikel 2b bezieht sich auf die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes zur Verlängerung des Mehrleistungsabschlags und des Versorgungszuschlags.
16. September 2014	Wissenschaft	OECD und Bertelsmann-Stiftung: Operationshäufigkeit variiert regional	Bei der Häufigkeit von bestimmten Operationen gibt es in Deutschland große regionale Unterschiede. Zwei Studien der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Bertelsmann-Stiftung zufolge werden Kindern und Jugendlichen in manchen Regionen beispielsweise achtmal häufiger die Mandeln entfernt als in anderen Gebieten. In jedem dritten Landkreis bestehe vermutlich eine Über- oder Unterversorgung, so das Fazit der beiden Organisationen.
15. September 2014	Politik	BMG veröffentlicht Grundlohnrate 2015 in Höhe von 2,53 %	Die Grundlohnrate, also die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, für das Jahr 2015 beträgt laut BMG im gesamten Bundesgebiet 2,53 %. Die Veränderungsrate und der Orientierungswert bilden die Grundlage für das Preisniveau der Krankenhausleistungen.
9. September 2014	Wissenschaft	Studie „Umsetzung der Mindestmengenvorgaben – Analyse der Krankenhausqualitätsberichte: Eine retrospektive Studie der Jahre 2004–2010“ des Instituts für Gesundheitssystemforschung der Universität Witten/Herdecke	Untersucht wurde die Frage, ob Krankenhäuser die Mindestmengenvorgaben tatsächlich umsetzen. Der Anteil an Krankenhäusern, die trotz Unterschreitens der Mindestmengen die jeweiligen Eingriffe durchführen, liegt je nach Mindestmenge zwischen 5 % und 45 % und der Anteil dort behandelter Fälle zwischen 1 % bis 15 %. Die Untersuchung kommt zu der Schlussfolgerung, dass die Mindestmengenverordnung über den Zeitraum von 2004 bis 2010 die Anzahl behandelter Fälle in Krankenhäusern mit einer Fallzahl unterhalb der Mindestmengenvorgabe nicht vermindert hat.
9. September 2014	Politik	BMG fördert Endoprothesenregister mit weiteren 250 000 Euro	Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) erhält für das Jahr 2014 weitere Fördermittel des Bundes. Bis Ende des Jahres stellt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) insgesamt rund 250 000 Euro zur Verfügung. Gesundheitsminister Hermann Gröhe sei davon überzeugt, dass solche Register einen wichtigen Beitrag zu einer noch besseren Versorgung von Patienten leisten können, hieß es zur Begründung.
8. September 2014	Wissenschaft	Studie „Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus – Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen im Krankenhaus“ der Universität Duisburg-Essen: Medizin folgt Ökonomie	Die Studie kommt zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass der wirtschaftliche Druck im Krankenhausesektor gegenwärtig vom Großteil der Befragten als sehr stark wahrgenommen wird und folglich mit erkennbaren Rationierungstendenzen in der Patientenversorgung – insbesondere bei der Pflege und Zuwendung – verbunden ist.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
2. September 2014	Politik	BMG veröffentlicht Ergebnisse der Finanzkennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung (KV 45 1. Halbjahr)	Nach Angaben des BMG sind die Ausgaben für Krankenhausbehandlung im ersten Halbjahr 2014 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 4,3 % je Versicherten gestiegen. Damit hat sich der Zuwachs gegenüber der Veränderungsrate von 5,1 % im 1. Quartal abgeflacht. Der aktuelle Anstieg ist zu einem Teil auf die vom Gesetzgeber im Laufe des vergangenen Jahres eingeführten Finanzhilfen für Krankenhäuser zurückzuführen, die ab August 2013 wirksam wurden. Insgesamt erhielten die Krankenhäuser allein von den gesetzlichen Krankenkassen in den Monaten Januar bis Juni 2014 um rund 1,6 bis 1,7 Mrd. Euro höhere Finanzmittel als im entsprechenden Vorjahreszeitraum.
28. August 2015	Wissenschaft	Hans-Böckler-Stiftung veröffentlicht eine von ihr geförderte Krankenhausstudie vom Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen	Die Ergebnisse zeigen, dass viele Krankenhäuser in Deutschland in letzter Zeit Organisation und Arbeitsteilung verändert haben. Allerdings bringt das auf den Stationen häufig keine Verbesserungen für Beschäftigte und Patienten. Medizinisches und Pflegepersonal sind weiterhin mit Arbeitsverdichtung und Stellenabbau konfrontiert. Vor allem den Pflegenden bleibt oft zu wenig Zeit für Kernaufgaben, insbesondere das Gespräch mit Patienten und Angehörigen
26. August 2014	Selbstverwaltung	G-BA gründet IQTiG	Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die Gründung der „Stiftung für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ beschlossen. Die Stiftung wird Trägerin des gleichnamigen Instituts sein, das mit der fachlich unabhängigen und wissenschaftlichen Qualitätssicherung im Gesundheitswesen beauftragt werden soll.
25. August 2014	Wissenschaft	GKV-SV veröffentlicht Studie „Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern in Deutschland 2003–2013“	Zwischen 2003 und 2013 mussten 74 Krankenhäuser vom Markt gehen. Das sind deutlich weniger als bisher angenommen. Zu diesem Ergebnis kommt ein aktuelles Gutachten im Auftrag des GKV-SV, das die Marktaustritte von Krankenhäusern in Deutschland analysiert. Laut der Studie waren vor allem kleine Krankenhäuser von Schließungen betroffen. Im Durchschnitt verfügten sie nur über 70 Betten. Die meisten aufgegebenen Häuser standen in dicht besiedelten Gebieten. Bevor ein Krankenhaus tatsächlich vollständig schließt, komme es oft zu Umstrukturierungs- und Rettungsversuchen, stellt das Gutachten fest. Daher sprechen sich die Autoren der Untersuchung für substantielle und rechtsverbindliche Marktaustrittshilfen für Krankenhausträger aus.
22. August 2014	Wissenschaft	Zahl der Krankenhauspatienten 2013 gestiegen	Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) nach vorläufigen Ergebnissen mitteilt, ist die Patientenzahl 2013 auf rund 18,8 Mio. gestiegen (2012: 18,6 Mio.). Gleichzeitig werden die Aufenthalte im Krankenhaus immer kürzer. 1991 blieb ein Patient noch durchschnittlich 14 Tage in der Klinik, 2013 nur noch 7,5 Tage. Damit hat sich die Verweildauer in 23 Jahren nahezu halbiert. Insgesamt haben 2013 im Vergleich zu 1991 rund 29 % mehr Patienten 30 % weniger Berechnungs- und Belegungstage verursacht.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
21. August 2014	Selbstverwaltung	Veröffentlichung des Qualitätsreports 2013	Die Qualität der Behandlung in deutschen Krankenhäusern ist weitgehend stabil. 40 Qualitätsindikatoren, das entspricht 9,9 %, zeigten Verbesserungen auf. Bei den Ergebnissen von 17 Qualitätsindikatoren (4,2 %) wurden Verschlechterungen festgestellt. Bei den weitaus meisten Indikatoren (85,9 %) wurden im Vergleich zum Vorjahr keine Veränderungen, sondern ein flächendeckend stabiles Qualitätsniveau festgestellt.
15. August 2014	Qualität	Onlineplattform zur Ergebnisqualität von Perinatalzentren	Aktuell sind auf der Website <a href="http://www.perinatalzentren.org">www.perinatalzentren.org</a> Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung von 90 Krankenhäusern für die Erfassungsjahre 2008 bis 2012 zu sehen. Bis zum 1. September können die Kliniken nun für das Jahr 2013 ihre Ergebnisse einstellen.
7. August 2014	Politik	Bundesregierung: 38 % mehr Notaufnahmen	Die Zahl der vollstationär aufgenommenen Patienten, bei denen ein Notfall der Anlass war, ist zwischen 2005 und 2012 in deutschen Krankenhäusern um 38 % auf 7,46 Mio. gestiegen. Dies geht aus einer Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke zur Situation in den klinischen Notaufnahmen hervor (Drucksache 18/2302). Die Regierung weist aber darauf hin, dass „der Notfalldefinition keine medizinische Definition zu Grunde“ liege. Es handle sich um einen „administrativen Notfallbegriff“, der sich von einer Aufnahme infolge einer ärztlichen Überweisung abgrenze. Ob es immer um einen „echten“ Notfall gehe, sei kaum zu beantworten.
1. August 2014	Selbstverwaltung	DRG-Erlöse liegen 2014 bei 63 Mrd. Euro	Die DRG-Erlöse der Krankenhäuser klettern 2014 auf 63 Mrd. Euro. Das sind zwei Mrd. oder 3,6 % mehr als im Vorjahr. Die beitragspflichtigen durchschnittlichen Einkommen steigen dagegen nur um 2,8 %. Die Landesbasisfallwerte, also die tatsächlichen Preise für die Krankenhausleistungen, wachsen im Durchschnitt um 2,6 %. Die vereinbarte Leistungsmenge nimmt im Vergleich zu 2013 um 0,7 % zu.
28. Juli 2014	Selbstverwaltung	Kassen und Kliniken vereinbaren neue Prüfregeln für Krankenhausrechnungen (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV)	DKG und GKV-SV haben das Prüfverfahren für Krankenhausabrechnungen unter Mitwirkung der Bundesschiedsstelle neu geregelt. Die Abrechnungsprüfung für Klinikrechnungen umfasst künftig ein rund dreimonatiges Vorverfahren zwischen Krankenkasse und Krankenhaus. Bestehen danach weiter Zweifel am Rechnungsinhalt, kann die Kasse den Medizinischen Dienst (MDK) einschalten. Mit Hilfe dieses Falldialogs über Auffälligkeiten in der Rechnung sollen Mängel direkt zwischen Krankenkasse und Klinik vor einem Einbinden des MDK behoben werden. Der Prüfaufwand kann auf beiden Seiten reduziert und unnötige MDK-Prüfungen vermieden werden.
28. Juli 2014	Selbstverwaltung	Neue Vorgaben für Qualitätsberichte der Krankenhäuser	Der Gemeinsame Bundesausschuss hat für das Berichtsjahr 2013 neue Inhalte für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser festgelegt. Konkret hat der Ausschuss 295 der insgesamt 434 Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung benannt, die in den Berichten der Kliniken veröffentlicht werden müssen. Gegenüber 2012 sind somit 32 Qualitätsindikatoren weggefallen, 37 kamen hinzu.

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
25. Juli 2014	Politik	Regelungen zum Qualitätsinstitut treten in Kraft	<p>Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) wird im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Für den Krankenhausbereich ergeben sich folgende Neuerungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gründung eines fachlich unabhängigen, wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG).</li> <li>• Der verbindliche Start für das pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wird um zwei Jahre verlängert. Um möglichst viele Kliniken dazu zu bewegen, das neue Entgeltsystem auf freiwilliger Basis einzuführen, hat der Gesetzgeber die finanziellen Anreize erhöht.</li> <li>• Nach der Neuregelung zur Rechnungsprüfung im Krankenhaus von Mitte 2013 muss bei Streitwerten unter 2 000 Euro ein Schlichtungsausschuss im jeweiligen Bundesland angerufen werden. Wenn bis zum 31. August 2014 noch kein Schlichtungsausschuss gebildet ist, wird die Schiedsstelle die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zu seiner Bildung Übergangsweise wahrnehmen.</li> </ul>
11. Juli 2014	Politik	GKV-FQWG vom Bundesrat verabschiedet	Der Bundesrat verabschiedet in seiner Sitzung das GKV-FQWG. Eine Anrufung des Vermittlungsausschusses findet somit nicht statt.
10. Juli 2014	Selbstverwaltung	Gutachten zur Mengenentwicklung im Krankenhaus	Das vom GKV-SV, PKV-Verband und DKG ausgeschriebene Forschungsgutachten zur Mengenentwicklung nach §17b Abs. 9 Krankenhausfinanzierungsgesetz wird veröffentlicht. Das Gutachten wurde von einem Forscherkonsortium unter Leitung von Prof. Schreyögg (Universität Hamburg) sowie Prof. Busse (TU Berlin) erarbeitet. Darin werden die Ursachen der Mengenentwicklung untersucht und Vorschläge zur Steuerung der Krankenhausleistungen sowie für eine stärker an der Qualität orientierte Vergütung erarbeitet.
8. Juli 2014	Politik	Bundeskartellamt legt Jahresbericht 2013 vor	Das Bundeskartellamt veröffentlicht seinen Jahresbericht 2013. Von 2003 bis 2013 wurden insgesamt über 200 Zusammenschlüsse von Krankenhäusern geprüft: 166 Klinikfusionen wurden freigegeben und sechs untersagt. In den übrigen Fällen lag entweder keine Fusionskontrollpflicht vor oder die Verfahren sind noch nicht abgeschlossen.
1. Juli 2014	Rechtsprechung	BSG-Entscheidung zu Verstößen gegen G-BA-Qualitätssicherungs-Richtlinie	Das Bundessozialgericht (BSG) entscheidet (B 1 KR 15/13 R), dass ein Krankenhaus, das die Voraussetzungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL) nicht erfüllt, nicht befugt ist, entsprechende Behandlungen durchzuführen. Für dennoch durchgeführte Behandlungen kann das Krankenhaus keine Vergütung beanspruchen.

*Krankenhaus-Report 2017 – Kapitel 15*

# ***Krankenhauspolitische Chronik***

*Juni 2016 - Juli 2015*

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
17. Juni 2016	Qualität	Erste Uniklinik erhält das Palliativsiegel	Als erste Universitätsklinik erhält das Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum das „Deutsche Palliativsiegel“, mit dem die Versorgungsqualität von Sterbenden und Schwerstkranken durch die „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ) als vorbildlich bewertet wird.
17. Juni 2016	Politik	Länder fordern bessere Finanzierung der Unikliniken	Die Landesregierungen von Niedersachsen, Baden-Württemberg, Hessen und Schleswig-Holstein fordern von der Bundesregierung in einem Entschließungsantrag, dass sie die Regelungen des GKV Versorgungsstrukturgesetz (VSG) und des Krankenhausstrukturgesetz (KHSVG) zeitnah nachbessert, um die finanzielle Lage der Hochschulkliniken und Maximalversorger schneller zu verbessern. Der Antrag wurde an die Fachausschüsse des Bundesrates überwiesen.
16. Juni 2016	Selbstverwaltung	Indikatoren für Qualitätsbericht der Krankenhäuser festgelegt	Der G-BA hat die Qualitätsindikatoren festgelegt, die von den Krankenhäusern im Qualitätsbericht 2015 veröffentlicht werden müssen. Im Vergleich zu 2014 kommen 30 neue Indikatoren hinzu, wie z. B. zu Kaiserschnittgeburten, die kathetergestützte Untersuchung und Behandlung von Herzkranzgefäßen; 76 entfallen.
9. Juni 2016	Wissenschaft	Weniger Kliniken mit Verlust, aber weiterhin zu wenig Investitionsmittel	Laut Krankenhaus Rating Report ist die Zahl von Krankenhäusern mit Gewinn von 66,3 auf 77 % angestiegen. Auch die Insolvenzgefahr ist rückläufig (10,8 statt 12,4 %). Dennoch verfügen die meisten Häuser nicht über ausreichende Mittel, um ihre Investitionsfähigkeit zu verbessern.
31. Mai 2016	Politik	Bundeskartellamt will 500 Krankenhäuser hinsichtlich Marktsituation und finanzielle Lage befragen	Das Bundeskartellamt will im Rahmen einer sogenannten Sektoruntersuchung die deutsche Krankenhausbranche überprüfen. Hintergrund seien auch Zusammenschlüsse zu regionalen Klinikverbänden und das Auftreten von bundesweit aktiven Krankenhausbetreibern.
19. Mai 2016	Politik	Referentenentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)	Mit dem Referentenentwurf sollen die Rahmenbedingungen für die Anwendung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen weiterentwickelt werden. An dem Ziel der Leistungsorientierung der Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen soll festgehalten werden.
11. Mai 2016	Qualität	15 Krankenhäuser haben für 2013 keinen ordnungsgemäßen Qualitätsbericht geliefert	Die Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, jährlich einen Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Der G-BA aktualisiert jährlich die Übersicht über berichtspflichtige Krankenhäuser (Positivliste). Darüber hinaus veröffentlicht er auch eine Liste über diejenigen, die ihren Qualitätsbericht nicht ordnungsgemäß abgeliefert haben.
19. April 2016	Rechtsprechung	Rechnungskürzung wegen unzureichender Weiterbildung des Pflegepersonals zulässig	Krankenkassen dürfen nach Entscheidung des BSG – Az.: B 1 KR 28/15 R – die Krankenhausrechnung dann kürzen, wenn die Stationsleitung der Intensivstation die „Voraussetzungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma“ nicht voll erfüllt.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
16. April 2016	Selbstverwaltung	Vereinbarung zu Investitionspauschalen – Länder entscheiden aber über Anwendung	Die Selbstverwaltung hat sich auf einen Katalog für Investitionspauschalen für 2016 geeinigt. Für die Bundesländer besteht nun wieder die Chance, jedem Fall eine Investitionsbewertungsrelation zuzuordnen, um den damit verbundenen Investitionsbedarf eines Krankenhauses zu finanzieren. Bisher wendet jedoch nur das Land Berlin die Investitionsbewertungsrelationen an.
13. April 2016	Politik	Öffentliche Anhörung zur Krankenhausfinanzierung	Bei der Öffentlichen Anhörung des von der Fraktion „DIE LINKE“ eingebrachten Antrags zur Krankenhausfinanzierung (18/6326) beklagten die Experten vor allem ausbleibende Investitionen der zuständigen Länder in die Häuser sowie fehlendes Pflegepersonal. Darüber hinaus warnten auch mehrere Experten nachdrücklich vor einer Rückkehr zum Prinzip der Selbstkostendeckung. Dies würde zu Intransparenz und unkalkulierbaren Kosten führen.
8. April 2016	Selbstverwaltung	Innovationsfonds: Startschuss für Antragsverfahren auf Fördermittel	Der Innovationsausschuss beim G-BA veröffentlicht die Grundlagen zur Förderung. Gefördert werden u. a. Projekte für neue Versorgungsmodelle, wie z. B. in strukturschwachen und ländlichen Gebieten
7. April 2016	Wissenschaft	Klinikmanager: Pflegepersonal genießt Priorität	Um eine Qualitätsverbesserung zu erreichen, hat für 84 von 100 befragten Klinikmanagern die Aufstockung des Pflegepersonals die größte Bedeutung. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie, die die Personalberatungsagentur Rochus-Mummert durchgeführt hat.
5. April 2016	Wissenschaft	„Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ Stellungnahme des Deutschen Ethikrats	Trotz vielfältiger Verbesserungsvorschläge beurteilt der Deutsche Ethikrat die aktuelle Gesundheitspolitik der Bundesregierung in seiner Stellungnahme als gut. Gerade das KHSG nähme das Wohl des Patienten wieder verstärkt in den Blick und orientiere sich bei der Ressourcenzuweisung an diesem Maßstab.
29. März 2016	Rechtsprechung	BGH bestätigt Zuschuss für Kliniken	Der Bundesgerichtshof (BGH) in Karlsruhe entscheidet (Az.: I ZR 263/14), dass die Kommunen ihre Krankenhäuser bezuschussen dürfen. Voraussetzungen seien eine Aufnahme in die Bedarfsplanung sowie vorab transparente Berechnungsregeln. Damit wird eine Klage des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) gegen den Landkreis Calw im Grundsatz abgewiesen. Sie richtete sich gegen einen Beschluss des Kreistags vom Dezember 2013, bis 2016 das Defizit der Kreiskliniken Calw GmbH mit zwei Kliniken in Calw und Nagold auszugleichen.
23. März 2016	Politik	Kabinett beschließt Gesetzentwurf zum Transplantationsregistergesetz (TxRegG)	Das Bundeskabinett hat heute den Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters beschlossen. Mit dem Transplantationsregister werden erstmals Daten von verstorbenen Organspendern, Organempfängern und Lebendspendern bundesweit zentral zusammengefasst und miteinander verknüpft.
17. März 2016	Politik	Entlassmanagement: Klinikärzte dürfen jetzt AU-Bescheinigung ausstellen	Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Entlassmanagement von Krankenhäusern treten infolge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes in Kraft. Klinikärzte können ihren Patienten für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen nach dem stationären Aufenthalt häusliche Krankenpflege, Heil-, Hilfsmittel und Soziotherapie verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Zudem ist im Krankenhaus eine Verordnung von Arzneimitteln möglich.



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
07. März 2016	Politik	BMG veröffentlicht vorläufige Finanzergebnisse der GKV 2015	Das Bundesgesundheitsministerium hat die KV-45-Zahlen des 4. Quartals 2015 veröffentlicht. Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung stiegen 2015 je Versicherten um 3,1 %. Insgesamt erhielten die Krankenhäuser hierdurch im vergangenen Jahr allein von den gesetzlichen Krankenkassen um rund 2,5 Milliarden Euro höhere Finanzmittel als 2014.
29. Februar 2016	Selbstverwaltung	Extremkostenbericht des InEK veröffentlicht	Die Fallpauschalen bilden die Kosten der Krankenhäuser immer genauer ab. Dadurch sinkt die Belastung der Kliniken durch extreme Kostenausreißer. Das geht aus dem aktuellen Extremkostenbericht des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hervor. Demnach sank die Belastung der Krankenhäuser durch Kostenausreißer im Saldo von 30,7 Millionen Euro auf 5,3 Millionen Euro im Jahr 2014.
29. Februar 2016	Wissenschaft	Krankenhaus-Report 2016 mit Schwerpunkt Ambulante Versorgung veröffentlicht	Deutsche Krankenhäuser behandeln immer häufiger Patienten ambulant. In den vergangenen drei Jahrzehnten sind rund 20 verschiedene Versorgungsformen entstanden: von Hochschul- und Notfallambulanzen über ambulantes Operieren im Krankenhaus bis hin zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.
18. Februar 2016	Politik	Weiterentwicklung des PEPP-Systems	Das Entgeltsystem in der Psychiatrie wird an entscheidenden Stellen umgebaut und weiterentwickelt. Darauf haben sich die Gesundheitspolitiker der Großen Koalition geeinigt. Diese Einigung stellt somit das Ergebnis des im Jahre 2014 initiierten strukturierten Dialoges der Bundesregierung zum Entgeltsystem in der Psychiatrie dar. Die Neuausrichtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für das neue Psych-Entgeltsystem erfolgt im Jahr 2016. Es wird angestrebt, dass alle Psych-Einrichtungen das neue Entgeltsystem ab dem Jahr 2017 unter budgetneutralen Bedingungen verbindlich anwenden.
17. Februar 2016	Politik	Anhörung im Gesundheitsausschuss zu Kinderkliniken	Viele Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen kämpfen mit Personalmangel und einer latenten Unterfinanzierung. Das erklärten Gesundheitsexperten im Gesundheitsausschuss des Bundestages und machten zugleich deutlich, dass die medizinische Versorgung von Kindern sehr aufwändig ist und sich von der für Erwachsene stark unterscheidet.
16. Februar 2016	Selbstverwaltung	Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV) – Einleitung des Unterschriftenverfahrens	Nach der Kündigung der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (Prüfverfahrenvereinbarung – PrüfvV) gemäß § 17c Abs. 2 KHG durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft per 30.06.2015 erfolgte die Neuverhandlung. Die Verhandlungen konnten sowohl für die PrüfvV als auch für die zugehörige DTA-Vereinbarung abgeschlossen werden. Beide Vereinbarungen treten zum 01.01.2017 in Kraft.
27. Januar 2016	Selbstverwaltung	InEK veröffentlicht Prüfergebnisse für das NUB-Verfahren 2016	Das InEK hat die Prüfergebnisse der Anfragen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG für das Jahr 2016 veröffentlicht. Nach Angaben des InEK sind insgesamt 30 080 Anfragen eingegangen. Diese entsprechen 710 inhaltlich verschiedenen Methoden/Leistungen. Davon wurden 139 mit Status 1 gekennzeichnet.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
25. Januar 2016	Selbstverwaltung	AOP-Katalog tritt in Kraft	Der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Katalog) sowie das Meldeformular für das ambulante Operieren am Krankenhaus für das Jahr 2016 liegen vor.
21. Januar 2016	Selbstverwaltung	Qualitätssicherung: Erstes sektorenübergreifendes QS-Verfahren für den Bereich Psychiatrie und Psychosomatik	Das AQUA-Institut hat den Abschlussbericht für ein Verfahren zur Qualitätssicherung (QS) bei der Versorgung Volljähriger mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen vorgelegt. Das Institut ermittelte insgesamt 27 Indikatoren, die die sektorenübergreifende Qualität der Behandlung im Hinblick auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse messbar machen sollen.
13. Januar 2016	Politik	Stand der Weiterentwicklung PEPP-System	Die Bundesregierung hat eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems beantwortet. Es wird dabei auf den Strukturierten Dialog der Bundesregierung verwiesen, dessen Ergebnissen man nicht vorgehen solle. Die nächste Sitzung in diesem Kontext soll noch im ersten Quartal 2016 stattfinden
8. Januar 2016	Politik	SPD-Fraktion: Positionspapier zum Pauschalieren Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)	Die SPD-Fraktion hat anlässlich ihrer Fraktionsklausur ein Positionspapier „PEPP muss endgültig weg: Für eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker Menschen!“ beschlossen. Darin lehnt die SPD-Bundestagsfraktion ein solches System strikt ab und fordert stattdessen ein Vergütungssystem, das individuellen Anforderungen gerecht wird und den tatsächlichen Behandlungsaufwand honoriert.
22. Dezember 2015	Selbstverwaltung	DSO-Budget für 2016 vereinbart	Die Verhandlungen zu den Budgets der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und der Stiftung Eurotransplant für das Jahr 2016 sind abgeschlossen.
18. Dezember 2015	Politik	Referentenentwurf zum Transplantationsregistergesetz	Das Bundesgesundheitsministerium hat einen Referentenentwurf zum Aufbau und Betrieb eines zentralen Transplantationsregisters vorgelegt. Das Register soll die Daten aller transplantationsmedizinischen Einrichtungen zusammenführen. Die Informationen stehen dann für Zwecke der Qualitätssicherung, zur Verbesserung der Richtlinien für die Organzuteilung und für die Forschung zur Verfügung.
17. Dezember 2015	Politik	„Liebe-Freunde-Brief“ von Minister Gröhe zum Jahreswechsel	Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat zum Jahreswechsel in einem „Liebe-Freunde-Brief“ an seine Koalitionskollegen Bilanz der gesundheitspolitischen Gesetzgebung im Jahr 2015 gezogen und die Gesetze im Überblick dargestellt. Die Finanzwirkungen hält er insgesamt für gerechtfertigt, da einer Steigerung um 0,2 Prozentpunkte „deutlich bessere Leistungen und die Teilhabe an Spitzenmedizin gegenüberstehen“.
17. Dezember 2015	Selbstverwaltung	Sektorenübergreifend geltende Qualitätsmanagement-Richtlinie	Der G-BA hat die Erstfassung einer sektorenübergreifend geltenden Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) beschlossen. Die QM-RL regelt die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in Praxen und Kliniken. Die drei bestehenden Qualitätsmanagement-Richtlinien für den vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären Bereich werden von der neuen QM-RL abgelöst.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
17. Dezember 2015	Selbstverwaltung	Regelungen zum Entlassmanagement beschlossen	Krankenhäuser dürfen bei Entlassung nun für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und Arzneimittel verordnen. Darüber hinaus kann für diesen Zeitraum auch eine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt werden. Damit hat der G-BA die Vorgaben des GKV-VSG fristgerecht umgesetzt.
16. Dezember 2015	Rechtspprechung	Eingliederung in klinischen Alltag und Erhalt eines festen Stundenlohns führt regelmäßig zu abhängiger Beschäftigung	Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen hat entschieden (Az. L 2 R 516/14), dass „Honorarärzte“, die entsprechend ihrer ärztlichen Ausbildung in den klinischen Alltag eingegliedert sind und einen festen Stundenlohn erhalten, regelmäßig abhängig beschäftigt und damit versicherungspflichtig sind. In dem entschiedenen Fall hatte eine Klinik in Niedersachsen mit einer Gynäkologin für einen Monat einen „Honorararztvertrag“ geschlossen. Darin war ein Stundenlohn von 60 Euro vereinbart.
15. Dezember 2015	Wissenschaft	Stimmung hellt sich auf: mehr als zwei Drittel aller Krankenhäuser mit mindestens ausgeglichenem Jahresergebnis	Wie aus dem „Krankenhaus Barometer 2015“ des Deutschen Krankenhausinstituts hervorgeht, hat sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser nachhaltig verbessert: Nur noch rund ein Drittel schreiben rote Zahlen. Laut der repräsentativen Stichprobe erzielten 56 % der Krankenhäuser einen Überschuss und 12,5 % ein ausgeglichenes Jahresergebnis.
11. Dezember 2015	Politik	Referentenentwurf Transplantationsregister	Mit dem Referentenwurf eines Transplantationsregistergesetzes sollen die rechtlichen Voraussetzungen für die Errichtung und den Betrieb eines bundesweiten Transplantationsregisters geschaffen werden. Die Fachanhörung durch das BMG ist am 28. Januar 2016 geplant.
8. Dezember 2015	Politik	Hospiz- und Palliativgesetz tritt in Kraft	Schwer kranke und sterbende Menschen sollen in Deutschland besser versorgt werden. Das ist das Ziel des „Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“. Die neuen Regelungen sollen dazu beitragen, die palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung flächendeckend, insbesondere im ländlichen Raum, sicherzustellen sowie in Krankenhäusern und Pflegeheimen die „Hospizkultur“ zu stärken.
01. Dezember 2015	Selbstverwaltung	Mehr Transparenz bei der Versorgung Frühgeborener	Die deutschen Perinatalzentren bieten umfangreiche und allgemeinverständliche Informationen zu ihrer Behandlungsqualität. Interessierte Personen, werdende Eltern und einweisende Ärzte finden die entsprechenden Daten auf der Webseite <a href="http://www.perinatalzentren.org">www.perinatalzentren.org</a> . Seit dem 1. Dezember 2015 müssen alle zugelassenen Einrichtungen zur Versorgung Frühgeborener mit sehr niedrigem Geburtsgewicht ihre Ergebnisse dort veröffentlichen.
30. November 2015	Politik	Petition zur Personalbemessung fürs Krankenhaus im Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages gescheitert	Der Petitionsausschuss im Deutschen Bundestag lehnt die Forderung nach einem Gesetz zur Personalbemessung im Krankenhaus ab. Die Eingabe von Sylvia Bühler, die auch Verdi-Vorstandsmitglied ist, hatte insgesamt rund 180 000 Unterstützer gefunden. Geregelt werden sollte mit dieser Petition, dass per Gesetz „der reale Personalbedarf ermittelt wird sowie, dass die benötigten Stellen in allen Bereichen des Krankenhauses geschaffen und zweckgebunden außerhalb der Fallpauschalen finanziert werden“.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
28. November 2015	Selbstverwaltung	Ausschreibung der Psych-Begleitforschung im EU-Amtsblatt	Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) hat die Begleitforschung für das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d Abs. 8 KHG für die Datenjahre 2011–2018 EU-weit ausgeschrieben.
27. November 2015	Selbstverwaltung	Systemzuschlag 2016 festgesetzt	Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Höhe des Systemzuschlages für das Jahr 2016 festgesetzt. Für den stationären Sektor wurde der Zuschlag auf 1,63 Euro je voll- und teilstationären Fall (2015: 1,36 Euro) festgelegt.
27. November 2015	Wissenschaft	Chefärzte verdienen durchschnittlich 279 000 Euro	Aus dem Kienbaum-Vergütungsreport „Ärzte, Führungskräfte und Spezialisten in Krankenhäusern 2015“ geht hervor, dass Chefärzte in deutschen Krankenhäusern deutlich mehr verdienen als Geschäftsführer: So erhält ein Chefarzt Jahresgesamtbezüge in Höhe von durchschnittlich 279 000 Euro und damit fast 100 000 Euro mehr als ein Geschäftsführer mit 185 000 Euro. Der Report basiert auf Daten von rund 1 300 Mitarbeitern aus 60 Krankenhäusern.
27. November 2015	Politik	Bundesrat billigt Krankenhausstrukturgesetz	Während der Aussprache zum zustimmungsfreien KHSG macht die nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin Barbara Steffens (Grüne) deutlich, dass bei der Finanzierung der Kliniken weiterer Reformbedarf besteht. Eine Lösung könnte eine „Teilmonistik“ sein, um die GKV an der Finanzierung der Investitionen zu beteiligen.
18. November 2015	Politik	Die Bundesregierung sieht im Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität ein wichtiges Instrument zur Weiterentwicklung der Versorgung im Krankenhaus.	Mit der Antwort (BT-Drs. 18/6736) auf die Kleine Anfrage der Fraktion „Die Linke“ zu „Wirkungen des Wettbewerbs in Krankenhäusern“ macht die Bundesregierung deutlich, dass eine hohe Effizienz keineswegs automatisch zu Qualitätseinbußen führt. In vielen Bereichen sei das Gegenteil der Fall. So stelle etwa die verkürzte Verweildauer durch minimalinvasive Operationsverfahren eine erhebliche Effizienzsteigerung dar. Gleichzeitig werde die Qualität durch geringere Risiken und einen schnelleren Heilungsprozess gesteigert. Auch Wirtschaftsforscher kämen zu dem Ergebnis, dass Qualität, Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit miteinander in Verbindung stünden.
17. November 2015	Wissenschaft	416 574 Operationen am Herzen im Jahr 2014 durchgeführt	Laut Destatis wurden im Jahr 2014 am häufigsten Herzschrittmacher und Defibrillatoren (131 968 chirurgische Eingriffe) implantiert. An zweiter und dritter Stelle lagen Operationen, in denen ein Herzschrittmacher und Defibrillator entfernt, korrigiert oder ausgewechselt (62 756 Eingriffe) oder ein Bypass angelegt (79 428 Eingriffe) wurde.
17. November 2015	Rechtsprechung	Krankenkassen müssen vollstationäre Radiojodtherapie bezahlen	Die Krankenkasse hat, so das BSG in seinem Urteil (B 1 KR 18/15 R), die Kosten in Höhe von 2 836,39 Euro für eine aus medizinischen Gründen erforderliche vollstationäre Radiojodtherapie zu übernehmen.
10. November 2015	Wissenschaft	Investitionsnotstand in deutschen Krankenhäusern	Die Studie des Deutschen Krankenhausinstituts und der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO zeigt auf, dass nur noch rund ein Viertel aller Kliniken dazu in der Lage ist, notwendige Modernisierungsinvestitionen zu tätigen. Als wesentliche Ursache wird dargelegt, dass die Bundesländer ihrer Verpflichtung, eine ausreichende Finanzierung sicherzustellen, immer weniger nachkommen.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
5. November 2015	Wissenschaft	Arbeitsverdichtung, Personalmangel und Bürokratie belasten die Ärzte	Die Befragung des Marburger Bundes von bundesweit 3 895 angestellten Ärztinnen und Ärzten aus allen Krankenhausträgergruppen macht deutlich, dass sich 59 % der Klinikärzte durch ihre Tätigkeit „häufig psychisch belastet“ fühlen. Hinzu kommt, dass mehr als zwei Drittel darüber klagen, nicht ausreichend Zeit für die Patientenbehandlung zu haben.
5. November 2015	Politik	Bundestag beschließt Krankenhausreformpaket von rd. 10 Mrd. Euro bis 2020	Mit der abschließenden 2./3. Lesung im Deutschen Bundestag sind die parlamentarischen Beratungen abgeschlossen. Durch die 40 Änderungsanträge, die tags zuvor im Gesundheitsausschuss beschlossen wurden, wird u. a. der Versorgungszuschlag i. H. v. 500 Mio. Euro in einen Pflegestellenzuschlag umgewandelt.
3. November 2015	Wissenschaft	Krankenhausaussgaben stiegen 2014 um 4,1 % auf 81,2 Mrd. Euro	Die Ausgaben für die stationäre Krankenhausversorgung stiegen von 78,0 Mrd. Euro im Jahr 2013 um 4,1 % auf 81,2 Mrd. Euro im Jahr 2014. Nach den Erkenntnissen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) stiegen die Fallkosten auf durchschnittlich 4 239 Euro (+ 2,1 % im Vergleich zu 2013) an.
28. Oktober 2015	Rechtspredung	Krankenhaus haftet für zu spät erkannte Hirnhautentzündung	Das Oberlandesgericht Oldenburg (Az.: 5 U 156/13) hat entschieden, dass ein Kind wegen einer zu spät erkannten Hirnhautentzündung Schadensersatzansprüche gegen das behandelnde Krankenhaus geltend machen kann. Über die Höhe des Schmerzensgeldes und der Schadensersatzansprüche hat das Landgericht Aurich zu befinden.
27. Oktober 2015	Wissenschaft	3,7 Mio. Krankenhaushfälle könnten vermieden werden	Ein Einsparpotenzial von rd. 7,2 Mrd. Euro identifiziert die Münchner Gesundheitsökonomin Prof. Dr. Leonie Sundmacher mit ihrer Studie, wenn durch eine „optimal koordinierte Versorgung“ bis zu 3,7 Millionen Krankenhaushfälle bundesweit vermieden würden. Im Auftrag des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) hat Sundmacher einen Katalog von 22 Krankheiten entwickelt, bei denen ein großes Potenzial zur ambulanten Behandlung besteht.
23. Oktober 2015	Rechtspredung	Unterlassen einer Kontrolle der Lage der Speiseröhre bei der Operation stellt Behandlungsfehler dar	Muss ein Patient aufgrund einer behandlungsfehlerhaften Verletzung seiner Speiseröhre mehrere Monate mittels einer Magensonde ernährt werden und wird er dauerhaft durch Schluckbeschwerden beeinträchtigt, kann dies ein Schmerzensgeld in Höhe von 20 000 Euro rechtfertigen. Dies geht aus einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Hamm (Az.: 26 U 182/13) hervor.
16. Oktober 2015	Selbstverwaltung	Uniklinikum Heidelberg bestätigt bei 34 Patienten Fehler in der Dokumentation zur Transplantationsrichtlinie	Das Universitätsklinikum Heidelberg bestätigt den Bericht der Prüfungskommission der Bundesärztekammer, wonach in den Jahren 2010 und 2011 Meldungen von Patienten zur Herztransplantation nicht in vollem Umfang den Richtlinien der Bundesärztekammer entsprachen. Seit September 2011 gibt es keine Auffälligkeiten mehr.
15. Oktober 2015	Selbstverwaltung	Konstituierung des Innovationsausschusses beim G-BA	Aufgabe des mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführten Innovationsausschusses ist es, ab 2016 aus den Mitteln des Innovationsfonds neue Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte zu fördern, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen.



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
12. Oktober 2015	Selbstverwaltung	Bundesbasisfallwert 2016 in Höhe von 3 311,98 Euro vereinbart	Unter Berücksichtigung der geplanten gesetzlichen Änderungen durch das KHSG liegt die obere Korridorgrenze (+ 2,5 %) bei 3 394,77 Euro und die untere Korridorgrenze (– 1,02 %) bei 3 278,19 Euro.
2. Oktober 2015	Politik	Bund-Länder-AG verständigt sich auf zusätzliche 3,6 Mrd. Euro für Krankenhäuser	Bei dem finalen Treffen der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform verständigen sich Bund, Länder und Koalitionsfraktionen darauf, bis 2020 rd. 3,6 Mrd. Euro mehr an die Krankenhäuser fließen zu lassen. So sollen u. a. durch den Pflegezuschlag i. H. v. 500 Mio. Euro/Jahr mehr Pflegepersonal beschäftigt werden und steigende Lohnkosten mit bis zu 125 Mio. Euro/Jahr ausgeglichen werden.
2. Oktober 2015	Selbstverwaltung	AQUA-Institut veröffentlicht Konzept zum Entlassungsmanagement	Das AQUA-Institut veröffentlicht sein Konzept zur Qualitätssicherung des Entlassungsmanagements, zu dessen Erstellung es vom G-BA beauftragt worden war. Die Schwerpunkte des Konzepts liegen unter anderem auf den Fragen, ob mit den Patienten über die nächsten Schritte nach der Entlassung gesprochen wurde und wie die Kommunikation dazu erfolgte. Ein weiterer wesentlicher Bereich ist die Kommunikation mit den nachsorgenden Leistungserbringern, insbesondere mit Hausärzten und Pflegenden.
1. Oktober 2015	Selbstverwaltung	Entgeltkataloge „DRG“ und „PEPP“	Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) veröffentlicht für die Bereiche DRG und PEPP die Entgeltkataloge sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen für 2016.
1. Oktober 2015	Politik	Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ berufen	Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe setzt die Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ ein. Die Experten aus Praxis, Wissenschaft, Selbstverwaltung und Politik sollen sich mit der Frage einer sachgerechten Berücksichtigung des Pflegebedarfs im Vergütungssystem der Krankenhäuser befassen.
1. Oktober 2015	Selbstverwaltung	7. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA – Vorstellung des „Qualitätsreports 2014“	In diesem Jahr wurde der Qualitätsreport letztmals vom Göttinger AQUA-Institut erstellt. Mit diesem werden Informationen über die medizinische und pflegerische Behandlungsqualität in deutschen Krankenhäusern veröffentlicht. Bei 15,6 % der Qualitätsindikatoren konnte eine Verbesserung, bei 79,3 % keine Veränderung und bei 3,4 % eine Verschlechterung festgestellt werden. Dr. Regina Klakow-Franck, Unparteiisches Mitglied des G-BA, bewertet dieses Ergebnis so, „dass die stationäre Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich ein flächendeckend hohes Qualitätsniveau erreicht.“
30. September 2015	Wissenschaft	Statistisches Bundesamt veröffentlicht Orientierungswert 2015 in Höhe von 1,57 %	Der Orientierungswert 2015 für Krankenhäuser beträgt laut Statistischem Bundesamt 1,57 %. Der Wert gibt die durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten wieder, die ausschließlich aus Preis- oder Verdienständerungen resultiert.
28. September 2015	Wissenschaft	Destatis: 38 % der vollstationären Krankenhauspatienten wurden im Jahr 2014 operiert	Bei 38 % (7,0 Millionen) der 18,5 Millionen stationär im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten wurde im Jahr 2014 eine Operation durchgeführt. Gegenüber dem Vorjahr hat sich der Anteil nicht verändert.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
23. September 2016	Politik	Bundesweiter Protesttag der Krankenhäuser gegen die Krankenhausreform	Zum Protest gegen das geplante Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und ihre Unterstützer am 23. September Tausende auf die Straße gebracht. Allein zur zentralen Kundgebung in Berlin kamen nach Polizeiangaben rund 7 000 Menschen.
16. September 2016	Rechtspredung	BVerwG: Ausnahme vom Mehrleistungsabschlag nur bei Billigung der zusätzlichen Krankenhauskapazitäten durch die Krankenhausplanung	Das Bundesverwaltungsgericht entscheidet (BVerwG 3 C 9.14), dass Mehrleistungen eines Krankenhauses, die auf zusätzlichen Kapazitäten beruhen, nur dann vom Mehrleistungsabschlag nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) befreit sind, wenn die kapazitätserweiternde Maßnahme durch die zuständige Krankenhausplanungsbehörde des Landes gebilligt worden ist.
14. September 2015	Wissenschaft	Destatis: mehr Krankenhausentbindungen bei gleicher Kaiserschnitttrate	Die Zahl der Krankenhausentbindungen in Deutschland ist im Jahr 2014 im Vergleich zum Vorjahr um 4,7 % auf 692 096 gestiegen. Der Anteil der Frauen, die per Kaiserschnitt entbunden haben, blieb nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) gegenüber 2013 unverändert bei 31,8 %.
10. September 2015	Politik	Koalitionsfraktionen: mehr Geld für Personal im Krankenhaus	Die Koalitionsfraktionen verständigen sich auf Regelungen zur besseren Finanzierung der Personalkosten in den Krankenhäusern. Dazu werden insbesondere die finanziellen Mittel (500 Mio. Euro) aus dem bisherigen Versorgungszuschlag in einen Zuschlag zu den Kosten für nicht-ärztliches medizinisches Pflegepersonal der Krankenhäuser überführt (Pflegezuschlag).
9. September 2015	Politik	Budgetbasiertes Entgeltsystem statt PEPP	16 wissenschaftliche Fachgesellschaften und Verbände – etwa die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde – wollen das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) verhindern und haben ein Konzept für ein budgetbasiertes Entgeltsystem vorgelegt.
7. September 2015	Politik	Anhörung im Gesundheitsausschuss zum KHSG	Zahlreiche Landesvertreter und Experten der Gesundheitsbranche stehen zu vielen Fragen der Klinikreform vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages Rede und Antwort.
7. September 2015	Politik	Neue gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion	Maria Michalk wird in der Sitzung der CDU/CSU-Bundestagsfraktion mit 96 % der gültigen Stimmen zur gesundheitspolitischen Sprecherin gewählt. Obmann der AG Gesundheit wird Michael Hennrich.
4. September 2015	Politik	BMG veröffentlicht GKV-Finanzergebnisse des 1. Halbjahres 2015	Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung stiegen im 1. Halbjahr 2015 je Versicherten um 3,3 % gegenüber dem 1. Halbjahr 2014. Insgesamt erhielten die Krankenhäuser hierdurch allein von den gesetzlichen Krankenkassen in den Monaten Januar bis Juni um rund 1,4 Milliarden Euro höhere Finanzmittel als im entsprechenden Vorjahreszeitraum.



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
3. September 2015	Politik	BMG veröffentlicht Grundlohnrate in Höhe von 2,95 %	Das Bundesgesundheitsministerium hat die Grundlohnrate, also die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen für das Jahr 2016, veröffentlicht. Sie liegt im gesamten Bundesgebiet bei + 2,95 %. Zusammen mit dem sogenannten Orientierungswert bildet die Veränderungsrate die Grundlage für das Preisniveau der Krankenhausleistungen.
2. September 2015	Politik	Start der DKG-Kampagne gegen die Krankenhausreform	Die DKG beginnt die „heiße Phase“ für Aktionen gegen die geplante Krankenhausreform. In den Kliniken werden bundesweit 40 000 Plakate ausgehängt, mit denen Patienten, Besucher sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dem Tenor „Die Politik lässt uns im Stich“ über die Unzulänglichkeiten der Krankenhausreform informiert werden. Höhepunkt soll ein Krankenhausaktionstag am 23. September 2015 sein, an dem gleichzeitig vor dem Brandenburger Tor und den zahlreichen Krankenhäusern in ganz Deutschland Kundgebungen stattfinden.
1. September 2015	Politik	Bündnis legt Alternative zu PEPP vor: Auf Fallpauschalen in Psychiatrie und Psychosomatik verzichten	Ein breites Bündnis stellt sich gegen das PEPP-System. Unter anderem das Netzwerk Attac, die Gewerkschaft Ver.di, der Paritätische Wohlfahrtsverband, der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, der Dachverband Gemeindepsychiatrie und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie wenden sich gegen PEPP, das „Ausdruck einer inakzeptablen Ökonomisierung des Umgangs mit hilfebedürftigen Menschen“ sei. In einem Zehnpunkte-Forderungskatalog legen sie Vorschläge für ein alternatives Versorgungs- und Entgeltsystem vor.
26. August 2016	Politik	Gegenäußerung der Bundesregierung zum KHSG	Das Bundeskabinett beschließt die Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrats zum KHSG. Darin erteilt die Bundesregierung einige Prüfwzusagen, wie zum Beispiel die Reduzierung des Fixkostendegressionsabschlags auf drei Jahre. Diese wird sie allerdings sämtlich hinsichtlich ihrer finanziellen Auswirkungen in einen Gesamtzusammenhang stellen.
24. August 2015	Wissenschaft	Roland Berger veröffentlicht die Studie „Qualitätsorientierte Vergütung im Krankenhaussektor: Die richtigen Anreize schaffen – Qualitätsdefizite in der stationären Versorgung beheben“	Eine neue Studie von Roland Berger Strategy Consultants gibt Empfehlungen, wie sich die Krankenhausfinanzierung künftig stärker an der Behandlungsqualität orientieren soll. Danach könnte das Verfahren Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) des Wissenschaftlichen Instituts der AOK als Grundlage für eine qualitätsorientierte Vergütung dienen.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
13. August 2015	Wissenschaft	Statistisches Bundesamt veröffentlicht Zahlen zur Krankenhausstatistik	Im Jahr 2014 wurden 19,1 Millionen Patientinnen und Patienten stationär im Krankenhaus behandelt, das waren 1,9 % Behandlungsfälle mehr als im Jahr zuvor. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) nach vorläufigen Ergebnissen weiter mitteilt, dauerte der Aufenthalt im Krankenhaus durchschnittlich 7,4 Tage (2013: 7,5 Tage). In 1 980 Krankenhäusern Deutschlands (2013: 1 996) standen für die stationäre Behandlung der Patientinnen und Patienten wie im Vorjahr insgesamt 500 700 Betten zur Verfügung. Die Bettenauslastung lag mit 77,4 % um 0,1 Prozentpunkte über dem Vorjahresniveau.
25. Juli 2015	Selbstverwaltung	Richtlinie des G-BA zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen tritt in Kraft	Nach G-BA-Beschluss gelten für minimalinvasive Herzklappeninterventionen künftig Mindeststandards. Krankenhäuser, die kathetergestützte Aortenklappenimplantationen (TAVI) oder das Clipverfahren an der Mitralklappe durchführen wollen, müssen künftig Anforderungen erfüllen. Ziel ist es, das Komplikationsrisiko zu senken und die Behandlung im Fall von Komplikationen zu verbessern.
20. Juli 2015	Politik	BMG veröffentlicht Argumentationspapier zum KHS	Das BMG legt zum KHS ein Argumentationspapier vor, in dem zu den Themen Ziele und Notwendigkeit, Investitionsfinanzierung und Planung, Finanzierung von Betriebskosten, Neuausrichtung der Mengensteuerung, Probleme der Notfallambulanzen, Universitätsklinika sowie Pflegepersonal Stellung genommen wird. Außerdem wird eine Schätzung der finanziellen Auswirkungen der Abschaffung des Versorgungszuschlags und des Mehrleistungsabschlags vorgelegt.
10. Juli 2015	Politik	Bundesrat berät Gesetzgebungsverfahren	Der Bundesrat beschließt seine umfangreiche Stellungnahme zum Entwurf des KHS. Die Länder vertreten die Auffassung, dass das Gesetz – anders als bisher vorgesehen – der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Grund sei eine bei der Ausführung zu erwartende Belastung der Länderhaushalte – insbesondere bei der Beteiligung der Länder am geplanten Strukturfonds. Der Bundesrat spricht sich dafür aus, die Laufzeit des Fonds auf fünf Jahre (2016–2020) zu begrenzen. Zudem regt er an, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zusätzliche finanzielle Entlastungen der Krankenhäuser zu prüfen. Darüber hinaus beschließt der Bundesrat seine Stellungnahme zum Entwurf des E-Health-Gesetzes und billigt im 2. Durchgang das GKV-VSG und das Präventionsgesetz.
3. Juli 2015	Politik	Erste Lesung des Bundestages zum E-Health-Gesetz	Der Deutsche Bundestag hat sich in erster Lesung mit dem Entwurf eines „Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ (E-Health-Gesetz) befasst. Das Gesetz soll die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen vorantreiben. Ziel ist es, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern.
2. Juli 2015	Politik	Erste Lesung des Bundestages zum KHS	Der Deutsche Bundestag hat das Krankenhausstrukturgesetz (KHS) in erster Lesung beraten. Mit dem geplanten Gesetz soll in Zukunft die Qualität bei der Planung und Vergütung der Krankenhäuser eine größere Rolle spielen.

*Krankenhaus-Report 2018 – Kapitel 17*

# ***Krankenhauspolitische Chronik***

*Juni 2017 - Juni 2016*

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
26. Juni 2017	Selbstverwaltung	Bundesvereinbarung über Nachweise zur Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung	GKV-Spitzenverband (GKV-SV), PKV-Verband (PKV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) einigen sich auf die Psych-Personalnachweis-Vereinbarung, die die Nachweispflichten zur Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) für die Jahre 2016 bis 2019 regelt. Die Vereinbarung beinhaltet Vorgaben zum Geltungsbereich der Nachweispflicht, zum Umfang des für den Nachweis relevanten Personals sowie zum Übermittlungsverfahren und zu den Übermittlungsfristen und tritt zum 01.07.2017 in Kraft.
21. Juni 2017	Wissenschaft	Ländliche Lage allein hat keinen Einfluss auf die Bilanz eines Krankenhauses	Erstmals werden im „Krankenhaus Rating Report 2017“ Jahresabschlüsse der Krankenhäuser aus den Jahren 2007 bis 2015 ausgewertet und damit länger laufende Zeitreihen abgebildet. So bestätigte sich zum einen das gute Rating der ostdeutschen Kliniken und zum anderen wurde deutlich, dass ein hoher Grad an Spezialisierung sowohl für die wirtschaftliche Lage als auch für die Patientenzufriedenheit vorteilhaft ist. Die Ländlichkeit allein hat hingegen keinen Einfluss auf die wirtschaftliche Lage.
21. Juni 2017	Politik	Pflegeberufereform nimmt politische Hürde	Nach kontroversen Beratungen hat der Gesundheitsausschuss das Pflegeberufereformgesetz (BT-Drs. 18/7823) gebilligt. Dem in den Beratungen noch deutlich veränderten Entwurf stimmten die Koalitionsfraktionen zu, die Opposition votierte dagegen. Am 22. Juni erfolgt die Beschlussfassung im Deutschen Bundestag.
15. Juni 2017	Selbstverwaltung	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) entscheidet über veröffentlichungspflichtige Qualitätsindikatoren	Der G-BA hat die Qualitätsindikatoren festgelegt, zu denen die Krankenhäuser im Qualitätsbericht 2016 ihre Ergebnisse veröffentlichen müssen. Insgesamt sind 216 der 238 Qualitätsindikatoren aus der sogenannten externen stationären Qualitätssicherung abzubilden.
6. Juni 2017	Selbstverwaltung	Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zum Entlassmanagement konsentiert	DKG, GKV-SV und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einigen sich auf eine Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag Entlassmanagement, die unter dem Vorbehalt der gesetzlichen Einführung einer Krankenhausarzt Nummer stand. Bis das darin geregelte bundeseinheitliche Verzeichnis der Krankenhausarzt Nummer steht, ist übergangsweise eine Pseudoarzt Nummer auf der ärztlichen Verordnung anzugeben.
2. Juni 2017	Politik	Deutscher Bundestag beschließt Pflegepersonaluntergrenzen	Den an das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten angefügten Regelungen zur Einführung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen der stationären Versorgung stimmt der Deutsche Bundestag in 2./3. Lesung zu.
30. Mai 2017	Selbstverwaltung	Zahl der Arztfehler leicht rückläufig	Nach Erkenntnissen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ist 2016 die Zahl der Arztfehler leicht auf 3 564 gesunken. Zwei Drittel der 15 094 Beschwerden bezogen sich auf die stationäre Behandlung. Die meisten Vorwürfe richteten sich gegen die Fachrichtung Orthopädie und Unfallchirurgie (rd. 33 %).

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
24. Mai 2017	Politik	Abrissbirne muss Widerstand einer bayerischen Klinik brechen	Im bayerischen Marktoberdorf ist auch die zweite Sprengung des Krankenhauses misslungen. Nachdem bei einem ersten Versuch nur ein Teil der früheren Klinik in sich zusammengefallen war, brach nun bei der Nachsprengung ebenfalls nicht das komplette restliche Gebäude zusammen. Bei dem verbliebenen Kliniktrakt soll nun eine Abrissbirne den Rest erledigen.
18. Mai 2017	Selbstverwaltung	G-BA-Beschlüsse zu Qualitätsverträgen und Intensivpflege von Frühgeborenen	Der G-BA hat vier stationäre Leistungen beziehungsweise Leistungsbereiche festgelegt, zu denen das gesetzlich neu vorgesehene Instrument der Qualitätsverträge erprobt werden soll. Diese sind die endoprothetische Gelenkversorgung, die Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patienten, die Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten sowie die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus. Darüber hinaus hat der G-BA mit dem Beschluss zur Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) geregelt, wann Perinatalzentren die Personalvorgaben für die Intensivpflege von Frühgeborenen nicht erfüllen.
18. Mai 2017	Selbstverwaltung	G-BA beauftragt das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen zu „Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“	Der G-BA hat das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Entwicklung von Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PlanQI) beauftragt. Um weitere Qualitätsindikatoren zu identifizieren, soll das IQTIG bestehende Strukturrichtlinien und Regelungen des G-BA analysieren und hierbei insbesondere die Mindestmengenregelungen zu den Transplantationsleistungsbereichen berücksichtigen. Neben dieser Indikatorentwicklung wird das IQTIG mit einer Konzepterstellung zur Neuentwicklung von gänzlich neuen PlanQI beauftragt, da die aus bestehenden Richtlinien abgeleiteten Indikatoren nicht zur Krankenhausplanung entwickelt wurden und deshalb nur bedingt für die Krankenhausplanung nutzbar sind. Abgabetermin für beide Aufträge ist der 30. April 2018.
17. Mai 2017	Politik	DKG lehnt Personaluntergrenzen ab	Im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses lehnt die DKG allgemeine Personalvorgaben ab und verweist u. a. darauf, dass derzeit schon bis zu 10 000 Pflegestellen nicht besetzt werden könnten. Zudem seien die geplanten Vergütungsabschläge kontraproduktiv.
4. Mai 2017	Selbstverwaltung	Vorbericht des IQTIG zu Qualitätszu- und -abschlägen	Das IQTIG hat einen Vorbericht vorgelegt, mit dem zunächst eine Leistung oder ein Leistungsbereich gemäß QSKH-Richtlinie sowie das zugehörige Verfahren für Qualitätszu- und -abschläge empfohlen werden.
2. Mai 2017	Wissenschaft	10 919 Hebammen und Entbindungspfleger leisteten Geburtshilfe in Krankenhäusern	Laut Destatis versorgten im Jahr 2015 insgesamt 10 919 Hebammen und vier Entbindungspfleger werdende Mütter während der Geburt in Krankenhäuser; im Vergleich zum Vorjahr ein Plus von 1,4 %.
1. Mai 2017	Selbstverwaltung	Vereinbarung über die Vergütung von Fehlermeldesystemen beschlossen	GKV-SV, PKV und DKG vereinbaren finanzielle Zuschläge zur freiwilligen Beteiligung eines Krankenhauses an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (üFMS). Diese werden ab dem 1. Juli 2017 ausgezahlt.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
26. April 2017	Politik	Bundesärztekammer (BÄK) lehnt neues Register für Krankenhausärzte ab	Die BÄK lehnt die Neuregelung zur Registrierung von Krankenhausärzten für das Entlassmanagement ab. „Statt Daten doppelt und dreifach zu erfassen, sollte das Verzeichnis bei den Landesärztekammern angesiedelt werden“ so der BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery in der öffentlichen Anhörung zum Blut- und Gewebegesetz des Bundestags-Gesundheitsausschusses.
26. April 2017	Politik	Gesundheitsausschuss beschließt öffentliche Anhörung zu Personaluntergrenzen	Die gesetzlichen Vorgaben zur Einführung von Personaluntergrenzen an Krankenhäusern soll als Änderungsantrag an den Gesetzentwurf zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten angedockt werden. Darüber hinaus beschließt der Gesundheitsausschuss, dass am 17. Mai die entsprechende öffentliche Expertenanhörung stattfinden wird.
20. April 2017	Selbstverwaltung	IGES-Institut wird mit Folgeabschätzung zur Notfallversorgung beauftragt	Der G-BA hat das IGES-Institut beauftragt, eine wissenschaftliche Folgeabschätzung des geplanten Notfallstufenkonzeptes zu erstellen.
19. April 2017	Politik	BMG-Bericht zu „Pflegepersonal im Krankenhaus“	Der Kabinettsbeschluss zur Festlegung von Personaluntergrenzen im Krankenhaus basiert auf den Vorschlägen der Expertenkommission, in welchen Bereichen Mindestvorgaben für Pflegepersonal sinnvoll sind. Dies geht aus dem 124-seitigen Bericht (Ausschuss-Nr. 18(14)240) des BMGs hervor, der den Mitgliedern des Bundestags-Gesundheitsausschusses übermittelt wird.
18. April 2017	Selbstverwaltung	Landesmittel für Krankenhausinvestitionen auf niedrigstem Niveau seit 1991	Laut DKG zahlten die Bundesländer im Jahr 2015 mit 2,79 Mrd. Euro zur Investitionsfinanzierung die geringste Förderung aus. Das Gesamtvolumen der KHG-Mittel auf Bundesebene liegt damit unterhalb des langfristigen Durchschnitts der vergangenen 24 Jahre und entspricht einem realen Wertverlust von fast 50 % gegenüber dem Jahr 1991.
6. April 2017	Selbstverwaltung	G-BA vergibt Auftrag: Studie zu verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik	Der G-BA hat im Rahmen einer europaweiten Ausschreibung die Gesellschaft für Forschungs- und Wissenstransfer der Technischen Universität Dresden mbH (GWT-TUD GmbH) mit der Erstellung einer empirischen Studie zur Erhebung und Analyse des Ist-Zustandes der Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen beauftragt. Ziel der Studie soll es unter anderem sein, eine empirische Datengrundlage zur bestehenden Personalausstattung zu schaffen.
6. April 2017	Politik	Regierungskoalitionen einigen sich auf Kompromiss zur Reform der Pflegeausbildung	SPD- und Unionsfraktion haben sich auf den von Dr. Georg Nüßlein (CDU/CSU) und Prof. Karl Lauterbach (SPD) am 28. März 2017 vorgelegten Kompromiss zum Pflegeberufsgesetz verständigt. Künftig soll es die Möglichkeit einer generalistischen Pflege-Ausbildung geben, die Ausbildungsabschlüsse der Kinderkrankenpflege wie der Altenpflege bleiben jedoch bis zu einer Überprüfung in sechs Jahren erhalten; die Ausbildungswege sind durchlässig und es gibt den Berufsabschluss eines „Pflegeassistenten“ nach zweijähriger generalistischer Ausbildung.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
5. April 2017	Politik	Kabinetts beschließt Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen	Das Kabinetts hat zwei Formulierungshilfen zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus beschlossen. Sie werden im Zusammenhang mit dem „Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten“ in den Deutschen Bundestag eingebracht. Die Selbstverwaltung soll bis zum 30. Juni 2018 die gesetzlich vorgesehenen Vorgaben zu Personaluntergrenzen verbindlich vereinbaren. Einigen sich beide Seiten nicht, setzt das BMG mit Wirkung zum 1. Januar 2019 die Untergrenzen per Rechtsverordnung fest.
4. April 2017	Rechtsprechung	Bewertungsportal verantwortlich für Aussagen über Kliniken	Der Bundesgerichtshof hat entschieden, dass der Betreiber eines Bewertungsportals die inhaltliche Verantwortung für die durch ihn vorgenommenen Änderungen an Äußerungen übernimmt und somit als unmittelbarer Störer selbst haftet (Az.: VI ZR 123/16).
4. April 2017	Rechtsprechung	250 000 Euro Schmerzensgeld nach ärztlichen Behandlungsfehlern bei Geburtshilfe	Das OLG Hamm – AZ.: 26 U 88/16 – hat einem Kind ein Schmerzensgeld in Höhe von 250 000 Euro zugesprochen, nachdem es nach einer aufgrund ärztlicher Behandlungsfehler verspätet durchgeführten Sectio mit schweren hypoxischen Hirnschäden geboren wurde und deswegen dauerhaft unter schweren Entwicklungsstörungen zu leiden hat.
30. März 2017	Selbstverwaltung	Vereinbarung zur Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) gemäß § 115d Abs. 3 SGB V	Im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften haben GKV, PKV und DKG, die in Teilen konsentiert Leistungsbeschreibungen für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung sowohl von Erwachsenen als auch von Kindern und Jugendlichen vereinbart. Wesentliche Inhalte blieben dissent. Sowohl die konsentierten als auch die dissidenten Positionen wurden in das OPS-Vorschlagsverfahren beim DIMDI am 31.03.2017 eingebracht.
30. März 2017	Selbstverwaltung	Weiterentwicklung der Prozedurenklassifikation für die Psychiatrie und Psychosomatik vereinbart gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 7 BpflV	GKV, PKV und DKG haben einen Änderungsvorschlag am bestehenden OPS-Katalog vereinbart. Sie haben dazu eine OPS-Weiterentwicklungsvereinbarung geschlossen und an das DIMDI übermittelt. Einziger Konsens von zehn Vorschlägen ist die Zusammenlegung des Codes für die Regelbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. Vorschläge von DKG und GKV-Spitzenverband, über die sich beide Seiten nicht verständigen konnten, sind vom jeweiligen Selbstverwaltungspartner unabhängig in das OPS-Vorschlagsverfahren beim DIMDI eingebracht worden.
30. März 2017	Selbstverwaltung	GKV, PKV und DKG verständigen sich auf Vereinbarung zu Mehrkosten G-BA	GKV, PKV und DKG haben sich auf die Grundsätze sowie das Verfahren zur Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung (G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung) verständigt. Die Umsetzung der Finanzierung der Mehrkosten wird künftig in richtlinienspezifischen Anlagen zu dieser Vereinbarung geregelt. Aktuell wurde mit der G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung die Anlage zur Finanzierung der Mehrkosten der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) vereinbart. Dabei einigte man sich auf ein Mehrkostenvolumen bei vollständiger Umsetzung in Höhe der in der Gesetzesbegründung genannten 90 Mio. Euro.



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
27. März 2017	Selbstverwaltung	Extremkostenbericht: Weiter sinkende Belastung durch Kostenausreißer	Die Fallpauschalen bilden das Leistungsgeschehen an deutschen Kliniken immer besser ab. Die finanzielle Belastung der Krankenhäuser durch sogenannte Kostenausreißer ging 2015 erneut zurück, die daraus folgende Unterdeckung sank auf 0,5 Mio. Euro. Das geht aus dem dritten Extremkostenbericht des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hervor.
24. März 2017	Selbstverwaltung	Planungsrelevante Indikatoren: Erstfassung der Richtlinie in Kraft getreten	Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger ist die Erstfassung der Richtlinie zu PlanQI in Kraft getreten. Die vom G-BA veröffentlichten Indikatoren betreffen zunächst die Leistungsbereiche gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie.
13. März 2017	Politik	BMG legt Referentenentwurf für eine Zweite Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung vor	Das BMG hat den Referentenentwurf einer Zweiten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung in die Verbändeanhörung gegeben. Die Regelungen dieser Verordnung zielen laut BMG darauf ab, Veränderungen in der Ausgestaltung der Strukturen, Organisationsformen, der Leistungserbringung sowie der personellen Ausstattung von Krankenhäusern, die sich in den vergangenen Jahren vollzogen haben, sachgerecht abzubilden.
9. März 2017	Selbstverwaltung	Perinatalzentren: Abweichungen von Personalvorgaben sind meldepflichtig	Können Perinatalzentren die Personalvorgaben auf ihren Intensivstationen nicht einhalten, müssen sie dies unverzüglich dem G-BA melden. Dies hat der GBA mit seiner Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) beschlossen.
8. März 2017	Wissenschaft	Erstmals Ergebnisse zur Zufriedenheit mit Geburtskliniken veröffentlicht	Acht von zehn Müttern würden das Krankenhaus, in dem sie entbunden haben, ihrer besten Freundin weiterempfehlen. Das zeigen die ersten Ergebnisse der Befragung von rund 34 000 Müttern in Hessen, die im AOK-Krankenhausnavigator veröffentlicht worden sind.
7. März 2017	Politik	Bericht der Expertenkommission Pflege veröffentlicht	Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat gemeinsam mit den Vertretern der Koalitionsfraktionen und der Länder die Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ vorgelegt. Darin haben sich die Beteiligten auf Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in der pflegerischen Patientenversorgung verständigt. Unter anderem sollen Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche festgelegt werden.
6. März 2017	Politik	Ministerium veröffentlicht GKV-Finanzergebnis 2016	Die gesetzlichen Krankenkassen haben nach den vorläufigen Finanzergebnissen des Jahres 2016 einen Überschuss von rund 1,38 Mrd. Euro erzielt. Damit steigen die Finanzreserven der Krankenkassen auf mehr als 15,9 Mrd. Euro. Am Ende des vergangenen Jahres betrug die Gesamtreserve von Krankenkassen und Gesundheitsfonds zusammen 25 Mrd. Euro. Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung stiegen 2016 je Versicherten um 2,8 % (absolut um 3,8 %). Insgesamt erhielten die Krankenhäuser allein von den gesetzlichen Krankenkassen 2016 rund 2,66 Mrd. Euro höhere Finanzmittel als im Jahr 2015. Dabei ist zu berücksichtigen, dass einige Maßnahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes und des Krankenhausstrukturgesetzes teilweise mit erheblichen Verzögerungen umgesetzt wurden und daher nicht vollständig finanzwirksam werden konnten.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
3. März 2017	Selbstverwaltung	Personalvorgaben für Frühchen-Stationen	Seit 1. Januar 2017 gelten auf Frühchen-Stationen neue Regeln für die Personalausstattung. So muss auf der neonatologischen Intensivstation eines Perinatalzentrums mindestens eine Kinderkrankenpflegerin oder ein -krankenpfleger je intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1 500 Gramm verfügbar sein. Die entsprechende Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene ist jetzt in Kraft getreten.
3. März 2017	Selbstverwaltung	Kinderherzchirurgie: G-BA Beschluss zur Konkretisierung der Personalanforderungen in Kraft	Der am 24.11.2016 getroffene Beschluss zu den Anforderungen an die Facharztweiterbildungsquote für die Pflegekräfte in kinder-kardiologischen Intensivstationen tritt in Kraft. Gesundheits- und Kinderpflegekräfte mit mehrjähriger Berufserfahrung in der kinder-kardiologischen Intensivpflege dürfen nun dauerhaft auf die vorgegebene Fachweiterbildungsquote von 40 % bei den Pflegekräften angerechnet werden.
28. Februar 2017	Wissenschaft	Krankenhaus-Report 2017: Schärfere Mindestmengenregelungen für mehr Qualität	Je häufiger ein Eingriff erfolgt, desto besser sind die Behandlungsergebnisse für den Patienten. Das belegen wissenschaftliche Untersuchungen immer wieder. Neue Analysen dazu enthält der aktuelle Krankenhaus-Report 2017, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) und der AOK-Bundesverband in Berlin vorstellen.
24. Februar 2017	Politik	BMG teilt Nichtbeanstandung der Richtlinie zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren mit	Die Nichtbeanstandung der Richtlinie zu den PlanQI ist mit der Auflage verbunden, dass der G-BA bis zum 31.12.2019 weiterentwickelte Festlegungen mit stärker differenzierten Maßstäben und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse beschließen soll. Die Festlegungen müssen es den Ländern ermöglichen, auf fundierter Grundlage mindestens fachabteilungsbezogen auch eine in erheblichem Maße unzureichende Qualität festzustellen.
16. Februar 2017	Selbstverwaltung	Klage des GKV-SV gegen die Schiedsstellenfestsetzung zur Zentrumsvereinbarung	Der GKV-Spitzenverband reicht fristwährend Klage gegen die Schiedsstellenfestsetzung zur Zentrumsvereinbarung ein. Der Schiedsspruch zur Zentrumsvereinbarung inkl. Begründung wurde den Parteien am 19.01.2017 übermittelt. Die Vereinbarung wurde durch die Schiedsstelle gegen die Stimmen der GKV und der PKV festgesetzt.
16. Februar 2017	Selbstverwaltung	IQTIG: Arbeitsgrundlagen zur Kommentierung veröffentlicht	Das IQTIG hat eine Vorabversion seiner „Methodischen Grundlagen“ veröffentlicht. Die Fachöffentlichkeit, aber auch interessierte Bürger haben nun bis zum 31. März 2017 die Möglichkeit, das Dokument zu kommentieren und inhaltliche Ergänzungen vorzuschlagen
6. Februar 2017	Selbstverwaltung	Umsetzung der Ergänzungsvereinbarung zur gezielten Absenkung von DRG-Bewertungsrelationen	Das InEK stellt zur Umsetzung der Vereinbarung der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen eine aktualisierte Liste der Krankenhäuser zur Verfügung, die bei den abgestuften DRGs (I68D und I68E) mit ihrer Fallzahl unter bzw. auf dem im DRG-Katalog 2017 ausgewiesenen Median liegen, in der ein weiteres Krankenhaus ergänzt wurde.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
16. Januar 2017	Politik	Bundesrat fordert Hilfen für Hochschulambulanzen	Nach Ansicht des Bundesrates müssen die Hochschulambulanzen finanziell gestärkt werden. In einer Stellungnahme der Länderkammer zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz heißt es, die Hochschulambulanzen erhielten nach wie vor keine kostendeckende Finanzierung, obgleich ihnen im Zuge der Krankenhausreform zusätzlich 265 Mio. Euro pro Jahr in Aussicht gestellt worden seien. Die Verhandlungen in der Selbstverwaltung darüber seien gescheitert, die Umsetzungsfristen deutlich überschritten.
3. Januar 2017	Selbstverwaltung	Klinikpatienten haben Anspruch auf Entlassmanagement	Krankenhäuser müssen sich nun systematisch um die Versorgung ihrer Patienten im Anschluss an die Entlassung kümmern. Im Rahmen des Entlassmanagements können Klinikärzte Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen. Die Regelung tritt zum 1. Juli 2017 in Kraft.
3. Januar 2017	Selbstverwaltung	Beschluss zur Liste der PlanQI in Kraft getreten	Der Beschluss zur Liste der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt in Kraft.
20. Dezember 2016	Wissenschaft	Stationäre Behandlungskosten auf 84,2 Mrd. Euro angestiegen	Die Kosten für die stationäre Versorgung sind im Vergleich 2014 zu 2015 nach Berechnungen von Destatis um 3,8% auf rund 84,2 Mrd. Euro angestiegen. Umgerechnet auf rund 19,2 Mio. Patientinnen und Patienten liegen die stationären Krankenhauskosten je Fall bei durchschnittlich 4 378 Euro.
19. Dezember 2016	Politik	PsychVVG im Bundesgesetzblatt veröffentlicht	Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) ist im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden. Das Gesetz tritt in allen Teilen zum 01.01.2017 in Kraft.
15. Dezember 2016	Selbstverwaltung	Übergangsregelung für die Personalanforderungen in Perinatalzentren festgelegt	Der G-BA beschließt nach intensiven Beratungen über Hinweise auf Personalengpässe eine neue Übergangsregelung zur Erfüllung der verpflichtenden Personalanforderungen an die Intensivpflege in Perinatalzentren. Die neue Übergangsregelung ist an Bedingungen für das einzelne Zentrum geknüpft und kann längstens bis zum 31. Dezember 2019 in Anspruch genommen werden.
15. Dezember 2016	Selbstverwaltung	Planungsrelevante Qualitätsindikatoren fristgerecht beschlossen	Der G-BA beschließt erstmals PlanQI. Diese betreffen die Leistungsbereiche gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie – eine neue, begleitende Richtlinie „plan. QI-RL“ regelt die erforderliche Datenerhebung sowie das Verfahren zur Ermittlung der Qualitätsergebnisse.
9. Dezember 2016	Selbstverwaltung	Bundesschiedsstelle zur Hochschulambulanz-Strukturvereinbarung (Vergütungs- und Dokumentationskonzept)	Im Rahmen der Umsetzungen der Regelungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) hat die Bundesschiedsstelle bundeseinheitliche Vorgaben für die Vergütungsstruktur und Leistungsdokumentation der Hochschulambulanzen gemäß § 120 Abs. 3 S. 4 SGB V festgelegt. Der Beschluss der Schiedsstelle sieht vor, dass Hochschulambulanzen künftig verstärkte Dokumentationspflichten haben.
8. Dezember 2016	Selbstverwaltung	Bundesschiedsstellenverfahren zur Zentrumsvereinbarung	Die Bundesschiedsstelle hat gegen die Stimmen der GKV und PKV eine Vereinbarung zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG (Zentrumsvereinbarung) festgesetzt.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
7. Dezember 2016	Rechtsprechung	Verfassungsklage gegen Vorgaben für Früh- und Neugeborenen-Stationen gescheitert	Das Bundesverfassungsgericht lehnt es ab, die Beschwerde von Krankenhausvertretern gegen die G-BA-Vorgaben für Früh- und Neugeborenen-Stationen zur Entscheidung anzunehmen. Das BVerfG führt in seiner Begründung (Az. 1 BvR 292/16) dazu aus, dass sich zum einen kommunale Kliniken nicht auf Grundrechte berufen können. Zum anderen haben die kirchlichen Träger nicht klar gemacht, warum ihnen wegen der Vorgaben wirklich Nachteile drohen – zumal sie im Schnitt mehr als 20 Level-1-Geburten im Jahr betreuten. Außerdem sei nicht berücksichtigt worden, dass inzwischen auch Ausnahmen und Übergangsregelungen vorgesehen sind.
6. Dezember 2016	Qualität	Prüfbericht Transplantationszentren – systematische Richtlinienverstöße und Manipulationen festgestellt	Die Prüfungskommission und Überwachungskommission (PÜK) in gemeinsamer Trägerschaft von BÄK, DKG und GKV-SV veröffentlichen den Zwischenstand ihrer Prüfungen der Transplantationszentren aus den Jahren 2013 bis 2015. Beim Lungentransplantationsprogramm des Universitätsklinikums Jena wurden bei elf von insgesamt 21 Transplantationen Verstöße festgestellt. Zudem wurden auch bei den Lungentransplantationsprogrammen der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf und Leipzig systematische Manipulationen und Auffälligkeiten ermittelt.
30. November 2016	Politik	Expertenanhörung zur Personalausstattung im Gesundheitswesen	Im Rahmen der Öffentlichen Anhörung des AfG zum Antrag der Fraktion Die Linke! „Gute Arbeit – Gute Versorgung: Mehr Personal in Gesundheit und Pflege“ (BT-Drs. 18/7568) weisen Betriebsräte aus Krankenhäusern auf einen gefährlichen Pflegenotstand hin und fordern den Gesetzgeber auf, verbindliche Personalstandards in den Kliniken einzuführen. In diesem Zusammenhang räumte die DKG ein, dass es in „pflegesensiblen Bereichen“ angemessen sein könne, qualitative und quantitative Personalvorgaben festzulegen. Allgemeinverbindliche Personalvorgaben seien jedoch weder sachgerecht noch zielführend. Der GKV-SV verwies auf das laufende zweite Pflegestellen-Förderprogramm und den Versorgungszuschlag, kritisierte aber, dass nicht belegbar sei, dass die zusätzlichen Finanzmittel auch tatsächlich für mehr Pflegepersonal eingesetzt würden.
25. November 2016	Selbstverwaltung	Ergänzungsvereinbarung zur gezielten Absenkung von DRG-Bewertungsrelationen	Zur Abrechnung der mit der Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen vom 29.08.2016 abgestuften DRG-Fallpauschalen wird auf Bundesebene eine Ergänzungsvereinbarung konsentiert. Diese sieht vor, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) von den Krankenhäusern, die auf bzw. unter dem Median liegen, eine entsprechende Fallzahlmeldung bis zum 10.01.2017 entgegennimmt.
24. November 2016	Selbstverwaltung	Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser beschlossen	Der G-BA hat erstmals bundeseinheitliche Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für Krankenhäuser beschlossen und setzt somit fristgerecht Vorgaben aus dem KHSG um. Statt bisher vier Kliniken können zukünftig bis zu 70 Kliniken vom Sicherstellungszuschlag profitieren.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
18. November 2016	Selbstverwaltung	Bundesschiedsamt definiert Versorgungsauftrag der Hochschulambulanzen	Im Rahmen der Umsetzungen der Regelungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) hat das erweiterte Bundesschiedsamt der vertragsärztlichen Versorgung die Patientengruppen (Patientengruppenvertrag gemäß § 117 Abs. 1 S. 3 und 4 SGB V) und damit die vom Gesetzgeber geforderte Öffnung für die Hochschulambulanzen festgelegt. So sollen ausschließlich Patienten mit seltenen und komplexen Krankheitsbildern oder bei unklaren Diagnosen oder wenn die Möglichkeiten der niedergelassenen Ärzte ausgeschöpft sind behandelt werden. Die Behandlung muss jedoch von Fachärzten mit abgeschlossener Weiterbildung erfolgen.
10. November 2016	Politik	Bundestag beschließt Obergrenze für den Fixkostendegressionsabschlag	Neben den Regelungen zur psychiatrischen Versorgung und Vergütung wurden auch alle die Krankenhäuser betreffenden Vorgaben mit ins PsychVVG aufgenommen, so z. B. auch Vorgaben zum Fixkostendegressionsabschlag. Dieser wird für 2017 und 2018 auf 35 % festgelegt. Ursprünglich war im KHSG vorgesehen, dass die Höhe des Abschlags auf Landesebene verhandelt wird. Die Zustimmung des Bundesrates zum PsychVVG soll am 25. November erfolgen.
8. November 2016	Rechtsprechung	Verfassungsgericht bejaht länderübergreifende Kompetenzzentren des MDK	Die MDKs dürfen nach dem Urteil des BVerfG (Az.: 1 BvR 935/14) auch länderübergreifend zusammenarbeiten und für bestimmte medizinische Bereiche bundesweite Kompetenzzentren bilden. Derzeit gibt es solche Kompetenzzentren für Geriatrie, Onkologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.
31. Oktober 2016	Selbstverwaltung	Erste Ziehung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation des DRG-Systems	Zur Umsetzung der Vereinbarung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation wurde auf Basis der Beratungen der Vertragsparteien auf Bundesebene die erste Ziehung von Krankenhäusern, die zur Teilnahme an der Kostenkalkulation verpflichtet werden, unter notarieller Begleitung durchgeführt. Insgesamt wurden 40 Ziehungen durchgeführt, bei denen jeweils ein Krankenhaus zufällig gezogen wurde.
29. Oktober 2016	Rechtsprechung	Schmerzensgeld aufgrund verspäteter operativer Versorgung eines Bandscheibenvorfalles sowie fehlerhaft ausgeführter Operation	Das Oberlandesgericht Koblenz hat einem Patienten ein Schmerzensgeld in Höhe von 180 000 Euro zugesprochen (Az.: 5 U 55/09), da den behandelnden Krankenhausärzten ein grober Behandlungsfehler unterlaufen ist. Zum einen wurde der Bandscheibenvorfall verspätet operativ versorgt und zum anderen die Operation fehlerhaft durchgeführt.
28. Oktober 2016	Rechtsprechung	Kein Schadenersatz für Krankenkassen trotz einer im Krankenhaus fehlerhaft behandelten MRSA-Infektion	Das Oberlandesgericht Hamm hat entschieden (Az.: 26 U 50/15), dass eine Krankenkasse, auch wenn einem Krankenhaus mehrere Behandlungs- und Befunderhebungsfehler unterlaufen sind, keinen Schadenersatzanspruch gegenüber diesem durchsetzen kann, da die Kosten einer sachgerechten Versorgung die tatsächlichen Behandlungskosten in jedem Fall überstiegen hätten.
28. Oktober 2016	Wissenschaft	Mehr als ein Drittel aller Krankenhauspatienten wird operiert	Nach statistischer Erhebung von Destatis wurde bei rd. sieben Mio. der knapp 18,7 Mio. im Jahr 2015 stationär behandelten Patientinnen und Patienten eine Operation durchgeführt. Gegenüber dem Vorjahr hat sich der Anteil – knapp 38 % – allerdings nicht verändert.



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
24. Oktober 2016	Wissenschaft	330 Krankenhäuser reichen für eine effektive Versorgung	Die Nationale Akademie der Wissenschaften „Leopoldina“ führt in einem acht Punkte umfassenden Thesenpapier u. a. aus, dass für eine effektive Versorgung in Deutschland 330 Krankenhäuser ausreichen würden. Sie begründet dies auch damit, dass von den 1 371 Kliniken 359 nicht einmal einen Computertomografen und 261 noch nicht einmal ein Intensivbett hätten. Eine Anpassung der Kapazitäten würde zudem den Personal-mangel beheben und somit ausreichend medizinische und pflegerische Fachkräfte zur Verfügung stellen.
14. Oktober 2016	Selbstverwaltung	Auswahl der Krankenhäuser zur DRG-Kalkulation durch Losentscheid	Um die Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe zu erhöhen, haben DKG und Krankenkassen vereinbart, erstmalig per Losverfahren 40 Krankenhäuser auszuwählen, die verpflichtet werden, für fünf Jahre ihre wirtschaftlichen Daten (Strukturdaten und Kostenstellenauswertungen) für die Kalkulation der DRG-Vergütungssätze bereitzustellen.
12. Oktober 2016	Selbstverwaltung	Bundesschiedsamt beschließt Rahmenvertrag Entlassmanagement	Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz wurden DKG, KBV und Krankenkassen bis zum 31.12.2015 beauftragt, einen Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement abzuschließen. Nachdem durch die Selbstverwaltung das Scheitern gegenüber dem erweiterten Bundesschiedsamt erklärt wurde, hat dieses nun einen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement festgesetzt, der am 01.07.2017 in Kraft treten wird.
11. Oktober 2016	Selbstverwaltung	Vereinbarung des Bundesbasisfallwerts für das Jahr 2017 abgeschlossen	Auf Basis des vom InEK im Krankenhaus übermittelten Berechnungsergebnisses wurde unter Berücksichtigung des Veränderungswerts (2,50 %) ein Bundesbasisfallwert für das Jahr 2017 in Höhe von 3 376,11 Euro vereinbart.
5. Oktober 2016	Wissenschaft	Mehr Geburten im Krankenhaus, aber weniger Kaiserschnitte	Laut Mitteilung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) ist 2015 die Zahl der Krankenhausentbindungen in Deutschland um 3,5 % angestiegen. Im Vergleich zu 2014 sank der Anteil von Kaiserschnittentbindungen geringfügig um 0,7 Prozentpunkte auf 31,1 %.
30. September 2016	Wissenschaft	Orientierungswert 2017 beträgt 1,54 %	Das Statistische Bundesamt (Destatis) veröffentlicht gemäß den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes den sogenannten Orientierungswert für Krankenhäuser, der 1,54 % beträgt. Der Teilorientierungswert für Personalkosten liegt bei 2,39 % und für Sachkosten bei 0,19 %. Da der Orientierungswert die Grundlohnrate bzw. die Veränderungsrate unterschreitet, erübrigen sich sowohl im Bereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) als auch im Bereich der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) die Verhandlungen der Veränderungswerte 2017. Die Veränderungswerte 2017 entsprechen in beiden Bereichen der Grundlohnrate in Höhe von 2,50 %.
23. September 2016	Selbstverwaltung	Vertragsparteien auf Bundesebene beschließen das DRG-System und PEPP-System 2017	Nach Beratung in den Fach- und Entscheidungsgremien der Vertragsparteien auf Bundesebene wurden der G-DRG-Fallpauschalenkatalog sowie das PEPP-System für 2017 und die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen vereinbart. Der Katalog 2017 berücksichtigt die Neuregelungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSg) zur Korrektur der Anteile der Sachkosten in den Bewertungsrelationen und zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
23. September 2016	Selbstverwaltung	DKG und GKV-SV konsentieren Vereinbarung zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlages	Die Vereinbarung zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlages (FDA) wurde auf Bundesebene konsentiert. Es erfolgte eine Verständigung auf den Katalog nichtmengenanfälliger Krankenhausleistungen, der 88 der insgesamt 1 255 Fallpauschalen des DRG-Systems 2017 aus unterschiedlichen Leistungsbereichen umfasst (Umfang ca. 10 % des Casemix-Volumens). Die in dem Katalog ausgewiesenen Leistungen unterliegen lediglich einem hälftigen FDA. Daneben wurde erstmals eine Definition des Einzugsgebietes eines Krankenhauses vereinbart. Neben weiteren Regelungen zur Operationalisierung des FDA wird in der Vereinbarung festgelegt, welche Fallpauschalen einen Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln aufweisen und damit vollständig vom FDA ausgenommen sind.
23. September 2016	Politik	Bundesrat billigt den Gesetzesbeschluss zur Errichtung eines Transplantationsregisters und Änderung weiterer Gesetze	Das vom Deutschen Bundestag am 07. Juli 2016 beschlossene Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters und Änderung weiterer Gesetze (TxRegG) wird in der Plenarsitzung gebilligt. Das Register soll alle transplantationsmedizinischen Daten zusammenführen. Ziel ist es, Erkenntnisse zu gewinnen, die zu einer Verbesserung und Weiterentwicklung der transplantationsmedizinischen Versorgung und zu mehr Transparenz beitragen.
19. September 2016	Politik	Grundlohnrate 2017 liegt bei + 2,5 %	Das BMG hat die Grundlohnrate, also die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, für das Jahr 2017 veröffentlicht. Sie liegt im gesamten Bundesgebiet bei + 2,5 %.
16. September 2016	Politik	PsychVVG: Beschlussempfehlung des Bundesrats	Die Beschlussempfehlung für die Stellungnahme des Bundesrats zum PsychVVG liegt vor. Die 1,5 Mrd.-€-Entnahme aus der Liquiditätsreserve für das Jahr 2017 (§ 271 SGB V) wird vom Bundesrat abgelehnt, da sie fachlich nicht zielführend und kurzfristig ist.
9. September 2016	Wissenschaft	Faktencheck Gesundheit: Geringere Operationsrisiken für Patienten in spezialisierten Krankenhäusern	In Krankenhäusern, die bestimmte planbare Eingriffe wie Hüftoperationen häufig ausführen, erleiden Patienten weniger Komplikationen als in Kliniken mit deutlich niedrigeren Fallzahlen. Der aktuelle „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung zeigt, dass eine stärkere Spezialisierung der Häuser und Fachabteilungen die Versorgungsqualität in Deutschland verbessern könnte. Deutlich längere Fahrzeiten müssten die Patienten deshalb nicht in Kauf nehmen.
9. September 2016	Wissenschaft	Kliniksimulator: Wie Strukturumbau die Versorgung verändert	Der Kliniksimulator des GKV-SV wird im Internet online geschaltet, der für rund 80 000 Wohnbezirke die PKW-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung mit den Basisabteilungen Chirurgie und Innere Medizin zeigt. Damit lassen sich aber auch Veränderungen der Klinikstrukturen simulieren.
8. September 2016	Rechtspredung	BVerwG-Urteil zu Zentrumszuschlägen: Zuschläge für die besonderen Aufgaben eines Zentrums nur bei speziellem Versorgungsauftrag	Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat entschieden, dass der Anspruch eines Krankenhauses auf Zuschläge für die besonderen Aufgaben eines Zentrums einen speziellen Versorgungsauftrag des Krankenhauses für diese Aufgaben voraussetzt. Dazu muss das Krankenhaus im Regelfall im Krankenhausplan des Landes in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung als Zentrum ausgewiesen sein.



Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
5. September 2016	Politik	BMG veröffentlicht Finanzergebnisse der GKV (KV 45, 1. HJ 2016)	Die gesetzlichen Krankenkassen wiesen im 1. Halbjahr 2016 einen Überschuss von 598 Mio. Euro aus. Die Finanzreserven der Krankenkassen liegen nunmehr bei 15,1 Mrd. Euro. Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung stiegen im 1. Halbjahr 2016 je Versicherten um 2,4 % (absolut um 3,3 %). Insgesamt erhielten die Krankenhäuser hierdurch allein von den gesetzlichen Krankenkassen in den Monaten Januar bis Juni rund 1,2 Mrd. Euro höhere Finanzmittel als im entsprechenden Vorjahreszeitraum.
2. September 2016	Selbstverwaltung	Vereinbarung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe beschlossen	GKV, PKV und DKG haben sich auf eine Vereinbarung geeinigt mit dem Ziel der Weiterentwicklung der DRG-Kalkulation zu einer repräsentativeren Kalkulationsstichprobe. Grundlage dieser Vereinbarung ist ein vom InEK erstelltes Konzept, das im Kern vorsieht, auf Basis der gesetzlich vorgegebenen Kriterien „Trägerschaft“ und „Hauptleistungserbringer“ ein geeignetes Losverfahren zur Erweiterung der Stichprobe einzuführen.
29. August 2016	Selbstverwaltung	Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen	Im Rahmen der Umsetzung der Neuregelungen KHSG haben GKV, PKV und DKG die Vereinbarung zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen geschlossen. Im Rahmen der Schiedsstelle haben sich die Vertragsparteien darauf verständigt, die Bewertungsrelationen für ausgewählte Fallpauschalen der operativen Leistungsbereiche „Bandscheibenoperationen (I10D-I10H)“ und „Hüftendoprothetik (I47B)“ abzusenken. Zudem wird für ausgewählte nicht operative Fallpauschalen im Leistungsbereich „konservative Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen (I68D-I68E)“ eine Abstufung der Bewertungsrelationen durchgeführt. Hierbei werden die Leistungen bei Krankenhäusern, deren Fallzahlen unter dem Median liegen, nicht abgesenkt. Die Leistungen der Krankenhäuser, deren Fallzahlen über dem Median liegen, werden entsprechend der oben beschriebenen Systematik herabgesetzt. Dadurch entsteht eine Abstufung in Abhängigkeit von den erbrachten Fallzahlen.
24. August 2016	Selbstverwaltung	Sachkostenvereinbarung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG: Personalkosten werden damit stärker gewichtet	Im Rahmen der Umsetzung der Neuregelungen des KHSG wurde auf Bundesebene die Vereinbarung zur Korrektur der Anteile der Sachkosten in den Bewertungsrelationen (Sachkostenvereinbarung) geschlossen. Im Kern sieht das InEK-Konzept vor, die Sachkostenübervergütung durch eine Anpassung der Bezugsgröße zugunsten der Personalkostenanteile in den Relativgewichten umzuverteilen.
16. August 2016	Wissenschaft	Mehr Patienten verursachen weniger Belegungstage	Die Zahl der Patienten, die die Krankenhäuser 2015 vollstationär behandelt haben, ist auf 19,2 Mio. gestiegen. Das waren fast fünf Mio. mehr als 1991. Gleichzeitig ging die Verweildauer der Patienten weiter zurück, von 14 Tagen Anfang der 1990er-Jahre auf zuletzt 7,4 Tage. Damit verursachen immer mehr Patienten immer weniger Berechnungs- und Belegungstage. Ihre Zahl nahm seit 1991 um 30 % ab.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
3. August 2016	Politik	Kabinettsentwurf zum PsychVVG	Das Kabinett beschließt den Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). Gegenüber dem Referentenentwurf des PsychVVG wurden in der Kabinettsfassung wesentliche Instrumente zum Vergleich von Klinikleistungen gestrichen. Krankenkassen können zudem die Einhaltung der Personalvorgaben durch die Kliniken in den kommenden Jahren nicht kontrollieren. Neu hinzugekommen ist eine Aufstockung des Gesundheitsfonds um 1,5 Mrd. Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve.
26. Juli 2016	Selbstverwaltung	DRG-Erlöse steigen 2016 auf knapp 68 Mrd. Euro	2016 können somatische Krankenhäuser mit fast 68 Mrd. Euro Erlösen aus den Fallpauschalen rechnen. Die Preise für Krankenhausleistungen steigen im Durchschnitt um 2,4 %. Die mit den Krankenkassen vereinbarte Leistungsmenge erhöht sich um 1,8 %.
15. Juli 2016	Wissenschaft	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) warnt vor Gewinnstreben in Kliniken	In ihrem Positionspapier stellt die DGIM dar, dass Ärzte zunehmend unter den Druck gerieten, ihr Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung des Krankenhauses unterzuordnen. Die DGIM fordert eine „Medical Corporate Governance-Leitlinie“. Die Gesundheitspolitik muss Prinzipien stärken, die weder falsche Anreize schaffen noch die Auswirkungen der Ökonomisierung wie Überdiagnostik/Übertherapie bei „lukrativen“ bzw. Unterversorgung bei „nicht-lohnenden“ Versorgungsmöglichkeiten begünstigen.
11. Juli 2016	Selbstverwaltung	G-BA legt Inhalte der Qualitätsberichte für das Jahr 2015 fest	Die Änderungen betreffen unter anderem Kaiserschnittgeburten sowie die kathetergestützte Untersuchung und Behandlung von Herzkranzgefäßen. Erstmals bezog sich der G-BA bei seiner Entscheidung auf die Vorarbeiten des neu gegründeten IQTIG.
8. Juli 2016	Politik	Bundesrat fordert finanzielle Unterstützung für Unikliniken	Der Bundesrat hat eine Entschließung verabschiedet, die fordert, den akuten Finanzbedarf von Unikliniken zu decken. Diese und andere Krankenhäuser der Maximalversorgung sind nach Ansicht des Bundesrates trotz mehrerer Gesetzesreformen weiterhin deutlich unterfinanziert. Ohne Eingreifen der Bundesregierung sei eine Verbesserung der angespannten wirtschaftlichen Lage zeitnah nicht absehbar. Die Entschließung wird nun der Bundesregierung zugeleitet.
7. Juli 2016	Politik	Bundestag beschließt Einrichtung eines nationalen Transplantationsregisters	Der Deutsche Bundestag beschließt das Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters. Medizinische Informationen über Organtransplantationen in Deutschland werden künftig an zentraler Stelle gesammelt. Die Daten von Organspendern und -empfängern, die bisher bei den beteiligten Institutionen in unterschiedlicher Form vorlagen, werden damit erstmals miteinander verknüpft.
6. Juli 2016	Selbstverwaltung	Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme von Krankenhäusern in Kraft getreten	Die Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme wurden im G-BA beschlossen und sind mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger nun in Kraft. Die Fehlermeldesysteme müssen in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen und auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.

Termin	Leitbegriff	Vorgang	Legende
4. Juli 2016	Selbstverwaltung	Beschluss des Schlichtungsausschusses Bund	Der Schlichtungsausschuss Bund hat eine grundsätzliche Kodierfrage zur Festlegung der Hauptdiagnose bei der Behandlung von Tumorfolgen und Komplikationen von Tumortherapie durch die Formulierung einer Auslegungsregel formuliert.
30. Juni 2016	Selbstverwaltung	Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Jahren 2013 bis 2015	Der GKV-Spitzenverband hat den Bericht über das Hygienesonderprogramm 2013 bis 2015 an das BMG übermittelt. Der Bericht belegt, dass die GKV den Krankenhäusern in diesem Zeitraum zusätzliche Finanzmittel in Höhe von ca. 131,4 Mio. Euro zur Verfügung gestellt hat. Insgesamt werden die Krankenkassen ein Förder volumen von über 460 Mio. Euro bis zum Ende des Programms zur Verfügung stellen. Anspruch auf Förder gelder haben nur jene Krankenhäuser, die die verbindlichen personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Verhinderung nosokomialer Infektionen bisher noch nicht erfüllen. Das sind derzeit etwa zwei Drittel aller Kliniken in Deutschland.