

# Krankenhaus-Report 2008/2009

## „Versorgungszentren“

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

Schattauer (Stuttgart) 2009

Auszug Seite 203-226



14	Krankenhauspolitische Chronik .....	203
	<i>Jutta Visarius und Andreas Lehr</i>	

# 14 Krankenhauspolitische Chronik

Jutta Visarius und Andreas Lehr

Die deutsche Krankenhauspolitik im Berichtszeitraum dieser Krankenhauschronik wird je nach Blickwinkel der beteiligten Akteure sicherlich unterschiedlich betrachtet, gewichtet und bewertet werden. Mit dem 18.06.2007, dem Tag, an dem das BMG seine für die Länder völlig überraschenden Vorstellungen zur Finanzierungsreform der Krankenhäuser bekannt gab, begann für die Krankenhäuser, die Verbände der Krankenhäuser, Krankenhausärzte, Krankenhausdirektoren, Pflegekräfte usw. und nicht zuletzt für die Kostenträger eine politische Hängepartie, die jetzt schon ein Jahr andauert. Fragen nach den künftigen Regelungen zum Sanierungsbeitrag, Veränderung der Basis zur Berechnung der Entgeltsteigerungen, Personalkostenausgleich, Bundesbasisfallwert, Investitionsfinanzierung, Krankenhausplanung, selektive Verträge etc. sind noch weitestgehend unbeantwortet. Wann, wie und ob die relevanten Entscheidungen fallen, kann seriös niemand prognostizieren.

Hintergrund für diese Entwicklungen ist das Auslaufen der Konvergenzphase der DRG-Einführung in 2009. Aus diesem Grund wurden einige Neu- und Folge-regelungen, sogenannte technische Regelungen, notwendig. 2006 und noch zu Beginn des Jahres 2007 war unklar, ob nur die technischen Regelungen im Omnibusverfahren an ein Gesetz angehängt werden sollten, ob es zu einer mehr oder minder großen Krankenhausfinanzierungsreform kommen oder ob es technische Regelungen mit einer Prise Strukturpolitik geben würde. Mit dem Papier vom 18.6. war klar, dass das BMG eine große Krankenhausfinanzierungsreform plant – Monistik, Bundesbasisfallwert, selektive Verträge, Krankenhausplanung wenn überhaupt, dann nur noch als Rahmenbedarfsplanung usw. Die Länder waren von der öffentlichen Positionierung des BMG zu diesem Zeitpunkt völlig überrascht. Sie hätten den Status quo am liebsten weitgehend aufrechterhalten; wemgleich in einzelnen Punkten durchaus unterschiedliche Auffassungen existierten. Die Front verlief dabei nicht zwischen dem A- und B-Lager, sondern regionenspezifisch. Einigkeit bestand hingegen hinsichtlich der Vermeidung höherer finanzieller Verpflichtungen sowie bezüglich der Wahrung des eigenen Einflusses und des Schutzes der eigenen Krankenhäuser. Schon bald zeichnete sich ab, dass die Länder den Sanierungsbeitrag abschaffen und Möglichkeiten zur Refinanzierung von Kostensteigerungen befürworten würden, solange diese kostenneutral für sie selbst wären.

Man hätte annehmen sollen, dass das BMG in dieser Situation leichtes Spiel gehabt hätte, mit einigen Ländern einen Kompromiss zu vereinbaren und so die für Ulla Schmidt zentralen Punkte in einer gemeinsamen Linie zu konsentieren.

Das ist dem BMG nicht gelungen, vielmehr konnte man sich des Eindrucks nicht erwehren, das BMG wolle einen harten Konfrontationskurs gegen die Länder fahren.

Nach den Erfahrungen mit dem GKV-WSG, bei dem sich Ulla Schmidt mit der Rückendeckung der Kanzlerin durchgesetzt hatte, konnte eine solche Taktik durchaus als zielführend erscheinen. Eine neue Gesamtstrategie wäre aber wahrschein-

lich erfolgversprechender gewesen. Ende 2007 einigten sich die Länder schließlich auf eine gemeinsame Position, die allerdings mit der des BMG nicht in Einklang zu bringen war. Sie lief im Wesentlichen darauf hinaus, den Status quo beizubehalten.

Auch gegen die DKG hatte das BMG einen harten Kurs gefahren. Im Frühjahr 2008 zeigte Ulla Schmidt auf dem DKG-Frühjahrsempfang Verständnis für die Sorgen der Krankenhäuser, besonders für die dort arbeitenden Menschen, und versuchte die DKG und mit ihr die Krankenhäuser auf ihre Seite zu bringen und gegen die Länder, durch mangelnden Mitteleinsatz für die Krankenhäuser schuld am Investitionsstau, zu positionieren. Faktisch lagen jedoch viele der DKG-Positionen näher an denen der Länder als an denen des BMG: keine selektiven Verträge, in Sachen Monistik Misstrauen gegen die Kassen, insbesondere vor dem Hintergrund der Fondseinführung.

Auf dem 111. Ärztetag im Mai in Ulm stellte Ulla Schmidt die Abschaffung des Sanierungsbeitrags, die Refinanzierung der Tarifsteigerungen (50% Steigerung über Grundlohnentwicklung) und ein Sonderprogramm Pflegepersonal (21 000 Pflegekräfte) in Aussicht, um mit dem Einstieg in die Monistik einen wesentlichen Bestandteil ihrer Vorstellungen zum ordnungspolitischen Rahmen retten zu können.

Zusammengefasst lief ihre Verhandlungslinie darauf hinaus, eine Erhöhung der über die Krankenkassen für die Krankenhäuser bereitgestellten Mittel von der Zustimmung der Länder zu einer Neuordnung der Investitionsfinanzierung abhängig zu machen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der Position der Bundestagsfraktionen, insbesondere derjenigen der Regierungskoalition. Die AG Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion hat sich erst kurz vor der Sommerpause 2008 diesem Thema zugewandt, wohl auch, weil in diesem Bereich keine sachliche Diskussion mehr möglich war. Eine öffentliche Positionsbestimmung der AG Gesundheit oder der SPD-Bundestagsfraktion ist bis heute ausgeblieben. Die Unionsparlamentarier suchten mit einem Papier einerseits die Nähe der Unionsländer, andererseits sollten alle „Bedürftigen“ im Gesundheitswesen profitieren.

Der Vorstoß des BMG schien erst einmal gestoppt, wie schon beim Errichtungsgesetz für eine Deutsche Arzneimittelagentur (DAMA) und beim Präventionsgesetz. Die DKG forcierte fortan die Forderung nach Deckung der infolge der Tarifabschlüsse steigenden Personal- sowie der Sachkosten, vor allem Energiekosten. Die Unionsfraktion reagierte in ihrem Papier als erste und legte sich auf eine Steigerung der Vergütung nach einem fachspezifischen Preisindex und nicht mehr nach der Grundlohnsummenentwicklung fest. Die Länder zogen nach und einigten sich auf der GMK in Plön Anfang Juli 2008 auf eine Abschaffung des Sanierungsbeitrags und auf Möglichkeiten zur Refinanzierung der Kostensteigerungen. Ansonsten sprachen sie sich einstimmig gegen das von Ulla Schmidt geschaffene Junktim, Änderungen in der Investitionsfinanzierung und gegen Selektivverträge aus. Auf Bundesebene entschärfte die Unionsbundestagsfraktion das Eckpunktepapier des BMG. Das Kanzleramt kommentierte die öffentlichen Finanzierungsankündigungen der Bundesgesundheitsministerin mit einem klaren Nein.

Die Finanzierung ist in der Tat besonders problematisch, weil im Herbst 2009 der erste Beitrag zur Krankenversicherung staatlich und damit politisch festgesetzt wird. Einen wirklich dramatischen Anstieg der Beiträge kann die Bundeskanzlerin,

aber auch Ulla Schmidt nicht wollen. Nun wollen aber nicht nur die Krankenhäuser mehr Geld, sondern auch die niedergelassenen Ärzte, und der erste Beitragssatz muss auskömmlich kostendeckend sein, damit es kein Politdesaster mit Zusatzbeiträgen vor der Bundestagswahl 2009 gibt. Die Situation ist verzwickelt – man spricht von immerhin 2 Mrd. € für die Krankenhäuser und 2,5 Mrd. € für die niedergelassenen Ärzte.

Derzeit ist die Situation zwischen BMG und Kanzleramt festgefahren – der Ausgang ist offen. Das BMG legte Ende August einen Referentenentwurf vor. Sollte der Referentenentwurf ein ähnliches Schicksal erleiden wie das Präventionsgesetz, das still in der Versenkung verschwand, würden die technischen Änderungen, inzwischen weitgehend konsentiert, als Soforthilfe für die Krankenhäuser ans GKV-OrgWG angehängt den Weg in die Gesetzgebung finden.

Die Konfliktlage um den ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhausfinanzierung ist beispielhaft für die Situation der Gesundheitspolitik nach den tiefgreifenden strukturellen Veränderungen der Gesetzlichen Krankenversicherung und im letzten Jahr vor der Bundestagswahl:

Kanzleramt und BMG fechten einen Machtkampf aus. Die Länder haben inzwischen begriffen, dass sie beim GKV-WSG entmachtet worden sind, wie sich bei ihren Versuchen der Einflussnahme beim GKV-OrgWG zeigt. Weiteren Machtverlust wollen sie nicht hinnehmen. Das Parlament – nicht nur die Opposition, sondern auch die Regierungskoalition – bleibt weitgehend außen vor.

Das Kassensystem ist immer noch stark mit den Umwälzungen durch das GKV-WSG beschäftigt. Fragen nach der Einnahmensituation nach Einführung des Fonds und der Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sind für die Krankenkassen von mindestens gleicher Bedeutung wie die Entwicklung der Krankenhausfinanzierung als größtem Ausgabenblock im Gesundheitswesens.

Für die notwendige kurzfristige Geschäfts- und Finanzplanung der betroffenen Krankenhäuser wie auch der Kassen birgt dieser Schwebezustand erhebliche und schwer kalkulierbare Risiken. Mittel- oder gar langfristige Investitions- und Personalplanungen sind erst recht kaum möglich. Aber neben der Frage nach der künftigen Finanzsituation von Krankenhäusern und Krankenkassen steht überdies eine ganze Reihe weiterer ordnungspolitischer Fragen im Raum:

- Wie wirken sich Fonds und RSA auf die stationäre Versorgung aus?
- Wie wird der neu strukturierte GBA sich einlassen und entscheiden?
- Wird das neue „Sozialwettbewerbsrecht“ auch für die Krankenhäuser Geltung haben?
- Welche internen Umstrukturierungen, z. B. durch arztentlastende Berufe, kommen auf die Krankenhäuser zu?
- Wie wird nach der neuen EU-Arbeitszeitrichtlinie die Arbeitszeit in deutschen Krankenhäusern gestaltet?

Das ist nur eine kleine Auswahl, die Liste ist lang. Der weitere Klärungsprozess kann mit Spannung beobachtet werden.

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 Bundesländer-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 Tarifierhöhungen 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 Tarifierhöhung.</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 Beitragssatzbedarf 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 Budgetdeckung</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 Budgetzuwächsen 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 krankhauspolitischen 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 Aufgabenverteilung 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 Landeskrankenhausgesellschaft 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 einigen 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	Arztentlastende Strukturen/ Neue Aufgabenverteilung Gesundheitsberufe	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	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung/ Investitionsfinanzierung	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	Elektronische Gesundheitskarte/Telematikplattform	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 Beitragsatzpunkte – dadurch insgesamt steigende Beitragseinnahmen um 4,9 % je Mitglied.</li> <li>• Der nur moderate Anstieg bei den Krankenhausausgaben (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 Regierungsfractionen 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 Regierungsfractionen 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 Zweigeräte, 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 solle. 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 monetarische 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 einigen.  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	Ordnungspolitischer Rahmen Krankenhausfinanzierung	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	Tarifpolitik	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	Qualitätssicherung/ Mindestmengen	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	Stationär-Ambulant	Urteil des Bundessozialgerichts	Ein umstrittenes Urteil: Eine stationäre Behandlung sei immer dann abzubrechen, 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	DRGs	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	Qualitätssicherung	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 10000er Tests liefen erfolgreich und hätten gezeigt, dass die 100000er 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 Eini-gungschancen 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 100000er Tests trotz der vermehrt auftretenden Schwierigkeiten bei den 10000er 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/Tele-matikplattform	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 Ärztgenossenschaften 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.