

Krankenhaus-Report 2013

„Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?“

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

Schattauer (Stuttgart) 2013

Auszug Seite 297-319



17	Krankenhauspolitische Chronik	297
	<i>Simone Burmann und Dirk Bürger</i>	

17 Krankenhauspolitische Chronik

Simone Burmann und Dirk Bürger

Nachdem sich die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowohl durch die Vorgaben des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) als auch dank einer überaus robusten sowie positiven wirtschaftlichen Entwicklung deutlich verbessert hat – die GKV und der Gesundheitsfonds weisen für das Jahr 2011 einen Überschuss von rd. 20 Mrd. Euro aus – nutzten die Gesundheitspolitiker der christlich-liberalen Regierungsfraktion und der Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr die vergangenen zwölf Monate, um gesetzgeberisch sehr aktiv zu werden. So wurden u. a. das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das Pflege-Neuausrichtungsgesetz, das Psychiatrie-Entgeltgesetz, die Gebührenordnung für Zahnärzte, die 2. AMG-Novelle und das Transplantationsgesetz parlamentarisch beraten und im Deutschen Bundestag beschlossen. Auch nach der parlamentarischen Sommerpause müssen die Gesundheitspolitiker im Deutschen Bundestag aktiv bleiben. So stehen z. B. das Patientenrechtegesetz, das Krebsplan-Umsetzungsgesetz, das Medizinproduktegesetz, das Notfallsanitätärgesetz und die 8. Novellierung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen auf dem Arbeitsplan der Parlamentarier.

Trotz Einsparvorgaben aus dem GKV-Finanzierungsgesetz sind die Ausgaben der GKV für die Krankenhäuser auch im Jahr 2011 wieder deutlich gestiegen und haben mit 60,83 Mrd. Euro einen neuen Höchstwert erreicht. Im Vergleich zu 2010, wo die GKV 58,82 Mrd. Euro für die stationäre Versorgung ausgab, ist dies eine Steigerung um zwei Mrd. Euro bzw. ein Plus von 3,4 Prozent. Dieser Trend wird weiter verstärkt, weil der Gesetzgeber als Reaktion auf die emotional ansprechende Kampagne „Krankenhäuser in Not!“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die Tarifrefinanzierung der Krankenhäuser mit dem Psychiatrie-Entgeltgesetz nochmals nachgebessert hat. Allein aufgrund dieser Änderung werden 2012 rd. 300 Mio. Euro zusätzlich an die Krankenhäuser ausgezahlt – trotz äußerst positiver Bilanzmeldungen von privaten wie öffentlichen Krankenhauskonzernen. So hat beispielsweise die Berliner Charité das Jahr 2011 mit einem Überschuss von 8,2 Mio. Euro beendet, Helios seinen Gewinn im Jahr 2011 um 15 % auf 270 Mio. Euro gesteigert oder schütten die Sana Kliniken aufgrund eines erfolgreichen Geschäftsjahres 2011 nach eigenen Angaben 12,2 Millionen Euro als Erfolgsvergütung an ihre Klinikmitarbeiter aus.

Bis zur Bundestagswahl im Herbst 2013 sind nur noch wenige parlamentarische Arbeitsmonate vorhanden, daher wird es sehr spannend, ob bis dahin, neben der Abarbeitung der bereits vorbereiteten Gesetzesinitiativen noch weitere, vor allem die Krankenhäuser betreffende Gesetzesinitiativen gestartet werden. Vielleicht wird die Initiative der CDU-Krankenhausexperten Lothar Riebsamen, MdB, wiederbelebt, der über den Verzicht auf die Zuzahlung der Patienten bei einer stationären Behandlung ein kleines selektivvertragliches Fenster eröffnen wollte.

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 Leitantrag „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“.</p> <p>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"> • Harmonisierung sozialrechtlicher Regelungen in SGB V und XI, auch zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und umfassender Pflegeberatung nach § 7a SGB XI • verbindliche gesetzliche Vorgaben zur Ausgestaltung des Entlassungsmanagements nach Nationalen Expertenstandards mit Entwicklung einer nationalen Leitlinie

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"> • Erweiterung der nachstationären Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses im Sinne von Transitional Care-Modellen und Weiterentwicklung um rehabilitative Anforderungen • Dokumentation von ungeplanten Rehospitalisierungen und deren Aufnahme in die Qualitätsberichterstattung • Vorgabe von Mindeststandards für die multidisziplinäre Informationsübermittlung bei der Krankenhausentlassung • Festlegung von Rahmenbedingungen zur Förderung der sektorenübergreifenden Interoperabilität von Informations- und Kommunikationstechnologien sowie • vollständige Übermittlung des Medikamentenplans einschließlich Begründungen für erfolgte Umstellungen.
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-EntG	<p>Die Gesundheitspolitiker aus CDU/CSU und FDP haben weitere Änderungsanträge zum Psych-EntG (Drs. 17(14) 0280) beschlossen. Die wesentlichen Inhalte sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klarstellung, dass der Veränderungswert für optierende wie für nicht optierende Krankenhäuser an Stelle der Veränderungsrate als Obergrenze für den Anstieg des Gesamtbetrags gilt. • 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 KHEntG und der BpflV. <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 & 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 9946 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. www.aok-gesundheitspartner.de).
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 Entg-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"> • einen teilweisen Tarifaufgleich für das Jahr 2012 • die Umsetzung des anteiligen Orientierungswertes für 2013 • eine dauerhafte strukturelle Begrenzung von Mehrleistungen • Ausnahmen von der Mehrleistungsbegrenzung und • eine bessere Nutzung von Möglichkeiten, die Länder zur Erfüllung ihrer Investitionspflichten zu bewegen.

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	<p>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.</p>
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"> • Die Krankenkasse des Organempfängers ist zuständig für die Leistungen an den Spender. • 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. • Die Krankenkasse bzw. das private Krankenversicherungsunternehmen des Organempfängers erstatten dem Arbeitgeber das fortgezahlte Arbeitsentgelt einschließlich der Sozialversicherungsbeiträge auf Antrag.

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"> • 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. • 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).
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"> • Verlängerung der Frist für die Entscheidung zur Teilnahme an der Optionsphase auf den 31.12. des jeweiligen Jahres. • Nachverhandlungsmöglichkeiten für nicht optierende Krankenhäuser nach Psych-PV bleiben bis einschließlich 2016 erhalten. • 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. <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 System Einführung 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>Diese Vereinbarung beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesweite Vollerhebung von drei Merkmalen • Kontaktdatum • Fand ein Arztkontakt statt: Ja/Nein • Fand ein Hausbesuch statt: Ja/Nein • Die Länder, die das bayerische Modell anwenden, müssen keine zusätzliche Dokumentation durchführen, sofern die genannten Basismerkmale aus ihren Datensätzen herausgelesen werden können. <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 Einnahmenentwicklung. 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"> • Ausbildungsfonds finanziert von Ländern und Trägern • Ausgleichsfonds finanziert von Trägern, GKV & SPV • Ausbildungskosten durch Träger, GKV & SPV sowie Schulkosten durch die Länder • Ausbildungskosten durch Träger, GKV & SPV sowie Schulkosten schrittweise durch die Länder <p>Dies geht aus einem Eckpunktepapier zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes 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	Rechtsprechung	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>Wesentliche Eckpunkte sind:</p> <p>Bei den Strukturdaten der Krankenhäuser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Psychiatrischen Fachkrankenhäuser verfügen im Durchschnitt (Median) über 158 Betten, während die Allgemeinkrankenhäuser im Budgetbereich durchschnittlich 105 Betten vorhalten. • 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. • Die mittlere Verweildauer über alle Fälle aller Abteilungen im Budgetbereich lag im Jahr 2010 bei den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern bei 25,4 Tagen. <p>Bei den MDK-Prüfungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Anlass der Prüfung: Generelle Notwendigkeit der stationären Behandlung und Dauer der stationären Behandlung.
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 verdienen 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 Fallpauschalenkatalogs 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>Schwerpunkte des Gesetzes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Budgetneutrale Optionsphase in den Jahren 2013 bis 2014 • Budgetneutraler verpflichtender Umstieg auf das Entgeltsystem in den Jahren 2015 bis 2016 • Konvergenzphase in den Jahren 2017 bis 2021 zur Angleichung an ein landeseinheitliches Preisniveau • Erstmalige Verhandlung von Landesbasisentgeltwerten für das Jahr 2017 • Verhandlung von Zusatzentgelten, krankenhausindividuellen Entgelten, Besonderen Einrichtungen, Zu- und Abschlägen und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden • Verpflichtung des G-BA, Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität zu entwickeln • Zur sektorübergreifenden Versorgung werden die Vorgaben zu Modellvorhaben weiter ausgestaltet • Psychosomatische Einrichtungen wird die Möglichkeit eröffnet, institutsambulante psychosomatische und psychotherapeutische Behandlungen nach § 118 SGB V zu erbringen. <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>Aus dem DKG-Statement:</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	Expertengegespräch über fehlerhafte Krankenhausabrechnung im Gesundheitsausschuss	Der Ausschuss für Gesundheit hat Vertreter des GKV-Spitzenverbandes, der DKG und des Bundesrechnungshofs zu einem Gespräch über fehlerhafte Krankenhausabrechnung geladen. 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, erläutert, 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.

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"> • Entlassmanagement der Krankenhäuser • Ambulantes Operieren im Krankenhaus • Qualitätsanforderungen bei Untersuchungs- und Behandlungsmethoden • Datenschutz bei der Integrierten Versorgung 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"> • Nichtteilnahme an der Erprobung bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden • Neue Vorgaben zur Organisation und Gründung von Medizinischen Versorgungszentren • Modifikation des Mehrleistungsabschlags und Streichung von absenkend zu berücksichtigenden Faktoren bei der Vereinbarung des LBFW • Minderung der Veränderungsrate

Termin	Gremium	Vorgang	Legende
28. September 2011	Gesetzgebung	Gegenüberung der Bundesregierung zum VStG	<p>Folgende zwei Forderungen für den stationären Sektor wird die Bundesregierung prüfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausgestaltung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V) • Zulassung geriatrischer Institutsambulanzen
26. September 2011	Politik	SPD-Leitantrag zur Gesundheitspolitik	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einheitliche ärztliche Vergütung für gesetzlich und privat Versicherte • Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (Förderung MVZ) • Stärkung der hausärztlichen Versorgung • Weiterentwicklung des spezialärztlichen Bereichs (Mengensteuerung) • Weiterentwicklung des stationären Sektors (mittelfristig monistische Finanzierung) • Stärkung der Beteiligungsrechte der Länder bei der Bedarfsplanung
23. September 2011	Gesetzgebung	Länder kritisieren VStG	<p>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> <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>Aus der Pressemitteilung des G-BA:</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	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.
7. September 2011	Qualität	AQUA-Institut veröffentlicht Bericht zur Qualität in den Krankenhäusern	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 Chefarzte zu Besprechungen eingeladen worden und in 13 Krankenhäusern fand eine Vor-Ort-Begehung statt.

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>Wesentliche Inhalte des 3-Seiten-Papiers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4-jährige budgetneutrale Phase (Optionsjahre: 2013 bis 2014; verpflichtende Einführung: 2015 bis 2016) • 5-jährige Konvergenzphase (2017 bis 2021; inkl. Kappungsgrenze, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Besondere Einrichtungen) • Separate Vereinbarung von Landesbasisentgeltwerten • Förderung sektorübergreifender Versorgungsmöglichkeiten durch Weiterentwicklung der Vorgaben für Modellvorhaben • Bundeseinheitliche Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen
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"> • Anzahl der Krankenhäuser: 2 065 (2009: 2 080) • Betten: 503 000 (2009: 503 000) • Fälle: 18,0 Mio. Fälle (2009: 17,8 Mio. Fälle) • Durchschnittliche Verweildauer: 7,9 Tage (2009: 8,0 Tage) • Bettenauslastung: 77,4 % (2009: 77,5 %)
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 Versorgungsstrukturgesetz	<p>Das Kabinett hat den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) beschlossen.</p> <p>Wesentliche Schwerpunkte des Gesetzes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung • Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems • Ambulante spezialärztliche Versorgung • Verbesserung des Entlassmanagements nach Krankenhausaufenthalt • Schneller Zugang zu Innovationen • Stärkung der ambulanten Rehabilitation <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 EntschlieÙung 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.