

14. Ausgabe,
Februar 2009

Konjunkturpaket II: NRW-Krankenhäuser erhalten 170 Mio. Euro für dringende Investitionen

„Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Krankenhäuser trägerneutral im Konjunkturpaket II berücksichtigt werden“, erklärte Karsten Gebhardt, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW). Erfreut zeigte sich Gebhardt darüber, dass sich der Ministerpräsident Nordrhein-Westfalens Dr. Jürgen Rüttgers und der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales Karl-Josef Laumann für die Einbeziehung der Krankenhäuser in das Sonderprogramm für investive Maßnahmen eingesetzt haben.

Am 30. Januar 2009 erklärten Ministerpräsident Dr. Jürgen Rüttgers und die Präsidenten der kommunalen Spitzenverbände, dass die kommunale Gemeinschaft in Nordrhein-Westfalen 170 Mio. Euro für Investitionen in Krankenhäuser bereitstellen wird. Die Verteilung soll über den Mechanismus der Baupauschale an alle Krankenhäuser erfolgen.

Das Bundeskabinett hatte Ende Januar 2009 den Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland (II. Konjunkturprogramm) beschlossen.

Die Artikel 6 und 7 des Gesetzentwurfs beinhalten die Investitionen in die Infrastruktur der Kommunen und der Länder. Die Krankenhäuser konkurrierten hierbei unter dem Investitionsschwerpunkt Infrastruktur allerdings mit anderen Projekten in den Bereichen:

- Städtebau (ohne Abwasser und ÖPNV)
- Ländliche Infrastruktur (ohne Abwasser und ÖPNV)
- kommunale Straßen (beschränkt auf Lärmschutzmaßnahmen)
- Informationstechnologie
- sonstige Infrastrukturinvestitionen.

- **Konjunkturpaket II: NRW-Krankenhäuser erhalten 170 Mio. Euro für dringende Investitionen**
- **KGNW-FORUM 2008 „Krankenhäuser vor wichtigen Weichenstellungen“ – Massive Kritik der Krankenhäuser am Krankenhausfinanzierungsreformgesetz**
- **Chance zum richtungweisenden ordnungspolitischen Schritt für den Krankenhausbereich mit dem KHRG nicht genutzt**
- **Novellierung der Arbeitszeitrichtlinie**
- **Krankenhaus-Barometer 2008 – Krankenhäuser erwarten sorgenvolle Zukunft**
- **Landesgesundheitskonferenz zu „Gesundheit im Alter“**
- **Aktive Beteiligung der Krankenhäuser an der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte im Landesteil Nordrhein**
- **Bundesrechtliche Regelung zur OTA-Ausbildung notwendig**
- **kurz notiert**

Für den Bereich Infrastruktur werden vom Bund dem Land Nordrhein-Westfalen – gemäß dem Entwurf einer Verwaltungsvereinbarung – rund 747 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Zuzüglich des verpflichtenden Finanzierungsanteils der Länder von 25 Prozent betragen die Finanzhilfen der öffentlichen Hand für diesen Bereich circa 995 Mio. Euro.

Der Gesetzentwurf wurde in zweiter und dritter Lesung am 13. Februar 2009 vom Bundestag beschlossen. Die Befassung im Bundesrat ist für den 20. Februar 2009 terminiert.

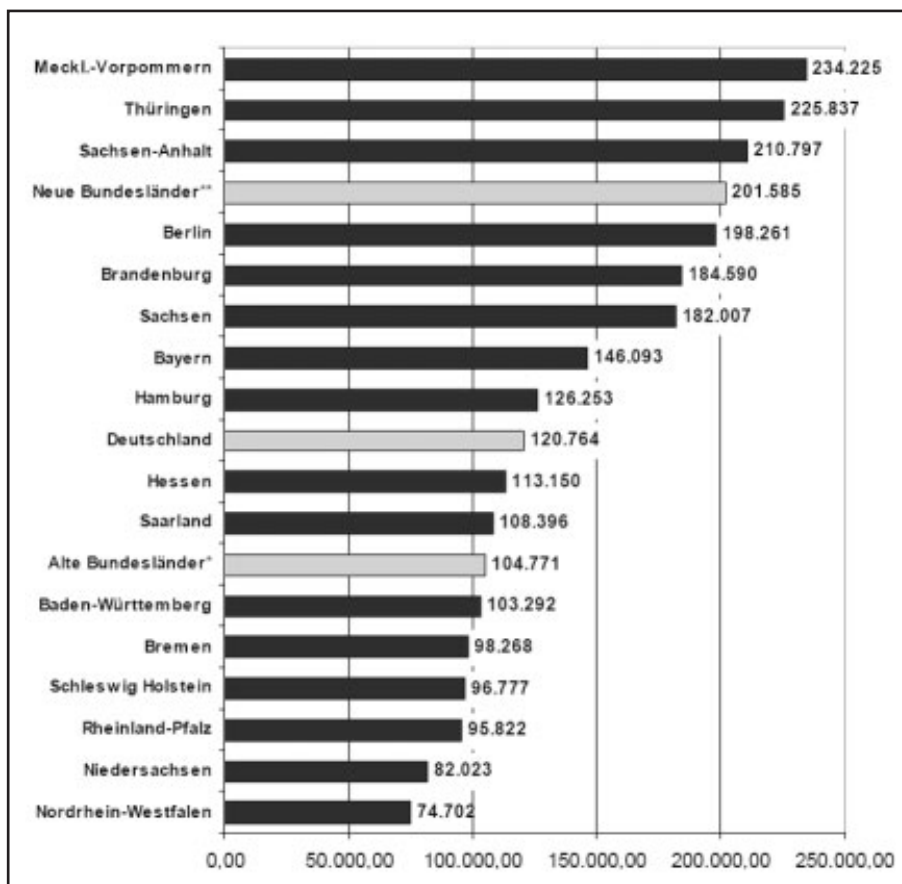
Im Rahmen der Diskussion um die Umsetzung des Investitionspaketes wies Karsten Gebhardt darauf hin, dass Investitionen im Krankenhausbereich unabdingbare Voraussetzungen für den medizinischen Fortschritt seien. Die Krankenhäuser stellen den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft dar und dienen hervorragend als Investitionsschwerpunkt so eine im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft durch die Prognos AG erstellte Studie. Nach dieser Studie haben Investitionen in Krankenhäuser eine nachhaltige Wirkung auf die Konjunktur und die Arbeitsplätze in Deutschland und damit auch in Nordrhein-Westfalen.

**Zentrale Ergebnisse der PROGNOS-Studie
„Makroökonomische Auswirkungen zusätzlicher
Investitionen im Krankenhausbereich im Jahr 2009“**

- zusätzliche Investitionen in Kliniken führen zu überproportionalem Anstieg des BIP
- 1 Mrd. Euro Investition hat einen Effekt von 1,8 Mrd. Euro im Bruttoinlandsprodukt und sichert 34.000 Arbeitsplätze
- Stärkste positive Wirkung im Bereich der Medizintechnik neben Herstellern von Datenverarbeitungsgeräten und Bauindustrie

In diesem Kontext betonte Gebhardt: „Der von allen Fachleuten anerkannte erhebliche Investitionsbedarf in den Krankenhäusern unseres Landes kann sofort durch konkrete investive Maßnahmen realisiert werden.“ Nach den Ergebnissen eines von der Bundesregierung bei Prof. Rürup in Auftrag gegebenen Gutachtens ergibt sich für NRW die Notwendigkeit, die Fördermittel für die Krankenhäuser um jährlich zusätzlich 696,13 Mio. Euro für dringend notwendige Investitionen aufzustocken. Bei der Krankenhausförderung liegt NRW in Bezug zur Bevölkerungszahl seit der Neuregelung der Krankenhausfinanzierung 1972 bundesweit auf einem enttäuschenden 14. Platz und mit 74.702 Euro pro Planbett im Zeitraum von 1991 bis 2007 belegen die nordrhein-westfälischen Kliniken sogar den letzten Platz. Der Investitionsstau der Kliniken beläuft sich allein für NRW auf 14,6 Mrd. Euro (bundesweit 50 Mrd. Euro).

Zusätzlich zur geringen Investitionsfinanzierung werden die Krankenhäuser in NRW durch einen relativ niedrigen Landesbasisfallwert derzeit mit einem Betrag in dreistelliger Millionenhöhe gegenüber den Krankenhäusern anderer Länder benachteiligt. Für eine einfach Blinddarmoperation bekommt ein Krankenhaus in Rheinland-Pfalz 152,70 Euro und in Berlin 106,20 Euro mehr. Hierdurch wird Wirtschaftlichkeit in NRW-Krankenhäusern bestraft. Das ist zutiefst ungerecht und die Landesregierung NRW prüft zu Recht, ob diese Regelung verfassungsgemäß ist.



Summe KHG-Mittel im Zeitraum von 1991 bis 2007 je Planbett, in Euro; Quelle: DKG

KGNW-FORUM 2008 **„Krankenhäuser vor wichtigen Weichenstellungen“** **Massive Kritik der Krankenhäuser** **am Krankenhausfinanzierungsreformgesetz**

Das zentrale Thema auf dem KGNW-FORUM 2008 war das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz mit seinen für die Krankenhäuser in wesentlichen Punkten folgenschweren Anträgen und Vorhaben.

Vor 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer diskutierten neben KGNW-Präsident Karsten Gebhardt der nordrhein-westfälische Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales Karl-Josef Laumann, der Staatssekretär im Bundesministeri-

um für Gesundheit Dr. Klaus Theo Schröder und der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft Dr. Rudolf Kösters unter dem Thema „Krankenhäuser vor wichtigen Weichenstellungen – Aufbruch oder Stillstand“ über das KHRG, das vom Deutschen Bundestag mit der Mehrheit der Großen Koalition am 18. Dezember 2008 verabschiedet wurde. Darüber hinaus wurden weitere aktuelle krankenhauspolitische Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene unter der Moderation von



(v.l.n.r.): Karsten Gebhardt, Karl-Josef Laumann, Dr. Klaus Theo Schröder, Jörg Schönenborn, Dr. Rudolf Kösters

WDR-Chefredakteur Jörg Schönenborn diskutiert.

Scharfe Kritik am KHRG- Entwurf äußerte KGNW-Präsident Karsten Gebhardt: „Es darf nicht sein, dass den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern in weiteren Gesetzgebungen zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz höhere finanzielle Belastungen im Vergleich zu Kliniken in anderen Bundesländern zugemutet werden.“

Gebhardt bedankte sich ausdrücklich bei dem nordrhein-westfälischen Arbeits-, Gesundheits- und Sozialminister Karl-Josef Laumann, dass er bereits am 4. Dezember 2008 gemeinsam mit Dr. Markus Söder, Minister für Umwelt und Gesundheit des Landes Bayern, Dr. Monika Stolz, Ministerin für Arbeit und Soziales des Landes Baden-Württemberg und Silke Lautenschläger, Hessische Sozialministerin Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt öffentlich aufgefordert habe, den Krankenhäusern die zugesagte finanzielle Entlastung in voller Höhe zu gewähren und im Interes-

se der Krankenhäuser und zum Wohle aller Patienten von den Vorschlägen in den Änderungsanträgen Abstand zu nehmen.

Diese Intervention habe sicherlich maßgeblich dazu beigetragen, dass im Krankenhausgipfel am 4. Dezember 2008 in Berlin mit den Mitgliedern des Aktionsbündnisses und den Fraktionsvorsitzenden Volker Kauder (CDU/CSU) und Dr. Peter Struck (SPD), der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, den Mitgliedern des Bundestages Wolfgang Zöllner (CDU/CSU) und Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU) die bislang vorgelegten krankenhaushausfeindlichen Änderungsanträge nicht weiter verfolgt wurden, betonte Gebhardt.

Auch der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Dr. Rudolf Kösters formulierte in scharfen Worten seine Kritik am Gesetzgebungsverfahren und an den Inhalten des Entwurfs. Noch nie wären die Verhandlungen zu einem Gesetz im Gesundheitswesen in einer solch krankenhaushausfeindlichen

Atmosphäre verlaufen und mit solch diversen Entwürfen zu Änderungsanträgen geendet. „Das Gesetzgebungsverfahren zur Krankenhausfinanzierung mündet in ein verwässertes Hilfspaket und mit falschen ordnungspolitischen Weichenstellungen für die Kliniken“, hob Dr. Kösters hervor.

Er wies daraufhin, dass die Deckelung der Krankenhausbudgets erhalten bliebe. Damit bestehe im Gegensatz zu anderen Branchen (z.B. Deutsche Bahn) für die Kliniken nicht die Möglichkeit, die Tariffkostensteigerungen weiterzureichen. Den Grundlohnraten von 0,14 Prozent (netto) in 2008, sowie 1,41 Prozent für 2009 stünden die durch Tarifabschlüsse vorgesehene Kostensteigerung von ca. 8 Prozent für die beiden Jahre gegenüber. Inflationsrate und insbesondere Energiekostenanstieg lägen ebenfalls deutlich über diesen Werten.

NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann forderte anlässlich des Forums die Bundesregierung erneut auf, die nordrhein-westfälischen Kliniken nicht länger bei der Finanzierung zu benach-

teiligen und einen echten Bundesbasisfallwert ohne Korridor einzuführen. Weiterhin kritisierte er das nicht mehr transparente Finanzierungssystem im Gesundheitswesen mit einem bundesweit einheitlichem Beitragssatz und regionalen Unterschieden in der Vergütung von medizinischen Leistungen. Minister Laumann zeigte sich skeptisch, ob die zugesagten Mittel des Hilfsprogramms des Bundes für die Kliniken auch anteilmäßig tatsächlich in Nordrhein-Westfalen ankommen.

Staatssekretär Dr. Schröder wies in seiner Rede darauf hin, dass der bundeseinheitliche Basisfallwert von einigen Bundesländern selbst verhindert worden sei. Dies gelte auch für die Regelungen zur Investitionsfinanzierung. Die Krankenhäuser dürften aber sicher sein, dass die zugesagten Finanzhilfen in Höhe von 3,5 Mrd. Euro auch fließen werden. Weitere zusätzliche Finanzhilfen werde es aber nicht geben, denn es sei noch nie soviel Geld in das Gesundheitswesen geflossen wie mit diesem Gesetz. Für NRW bedeute dies 900 Mio. Euro mehr für die Krankenhausversorgung.

Chance zum richtungweisenden ordnungspolitischen Schritt für den Krankenhausbereich mit dem KHRG nicht genutzt

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KGNW stimmen in ihrer grundsätzlichen und kritischen Bewertung des KHRG überein, dass mit diesem Gesetz der erwartete richtungweisende ordnungspolitische Schritt für den Krankenhausbereich und zur Festigung des leistungsfähigen deutschen Krankenhauswesens ausgeblieben sei. Viele Fragen seien weiterhin offen und ungeklärt.

Kritisiert wird, dass im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens das Hilfspaket entscheidend durch die Festlegung des Bundesgesundheitsministeriums im

Schätzerkreis des Gesundheitsfonds, die Mehrausgaben für Krankenhäuser im Jahre 2009 auf 3,5 Mrd. Euro zu begrenzen, verwässert wurde. Das KHRG wurde damit zu einem Kostendämpfungsgesetz mit falschen ordnungspolitischen Weichenstellungen für die Kliniken, obwohl gesetzliche Regelungen wie zu Neueinstellungen von Pflegekräften, zu Finanzierungshilfen für die psychiatrischen Krankenhäuser sowie zur Vergütung im Bereich der Kinderambulanzen positive Aspekte für die Kliniken beinhalten.

Eckpunkte des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes

Finanzierungshilfen

- Finanzierung der Differenz zwischen Veränderungsrate und tariflichen Vereinbarungen zu 50 Prozent
- Finanzierung von zusätzlichem Pflegepersonal (auch zur Aufstockung von Teilzeitstellen) zu 90 Prozent
- Gewährleistung des Personals laut PsychPV zu mindestens 90 Prozent
- Klarstellung der Berücksichtigung aller Ausbildungskosten im Ausbildungsbudget
- Wegfall Sanierungsbeitrag

Kostendämpfung

- krankenhaushausindividuelle Abschläge für Mehrleistungen im Jahr 2009
- hälftige Teilung des letzten Konvergenzschrittes
- Berücksichtigung der Fallschwere und Fallmenge mit geschätztem Anteil variabler Kosten beim Landesbasisfallwert
- Einzug der Zuzahlungen durch Kliniken bei Verbleib des Ausfallrisikos bei den Kassen

Ordnungspolitik

- Ermittlung eines statistischen Orientierungswertes als Alternative zur Veränderungsrate
- Bundesbasisfallwertkorridor von +2,5 Prozent bis –1,25 Prozent
- Entwicklung von Grundsätzen zur Ermittlung von Investitionspauschalen
- Einführung eines pauschalen Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Sonstiges

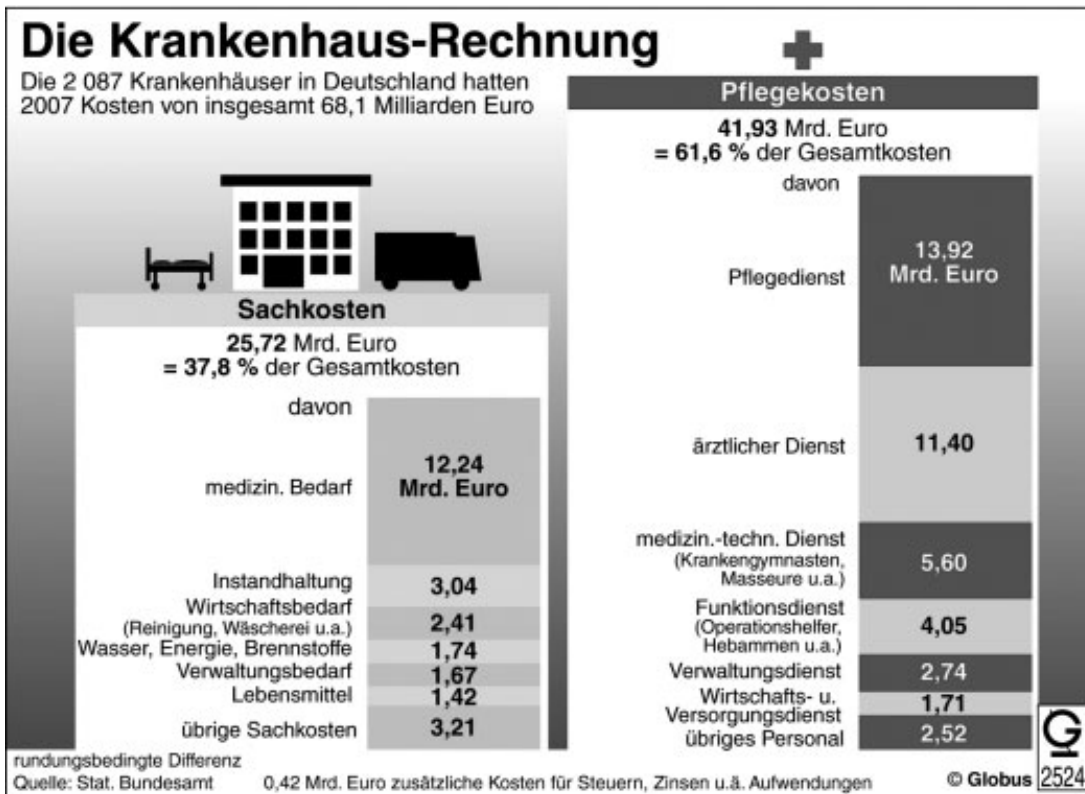
- Erhöhung der MDK-Aufwandspauschale von 100 auf 300 Euro
- Unterjährige Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Für DKG und KGNW bleibt festzuhalten, dass das tatsächliche Finanzvolumen für die Krankenhäuser maximal nur 1,7 Mrd. Euro umfasst, da in den 3,5 Mrd. Euro u.a. mit dem Grundlohnanstieg in 2009, mit der Abschaffung der Rechnungsabschläge für die Integrierte Versorgung sowie des „Sanierungsbeitrags“ der Krankenhäuser für die Krankenkassen vom BMG Beträge mitberücksichtigt wurden, die den Krankenhäusern nach geltendem Recht ohnehin zustehen.

Für die Kliniken sind zudem die zentralen ordnungspolitischen Positionen unverändert geblieben:

- Ablösung der Veränderungsrate durch den statistischen Orientierungswert,
- Kalkulation von Investitionspauschalen als Förderungsoption für die Länder,
- Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems in der Psychiatrie.

Mit der vorgesehenen Ablösung der Grundlohnratensteuerung wird zwar ein zentraler Forderungspunkt der Krankenhäuser in das Gesetz aufgenommen, allerdings sind die dazu vorgesehenen Ermächtigungen für das Bundesgesund-



heitsministerium nach wie vor kritisch zu bewerten. Letztlich werde sich die Deckelung der Krankenausgaben unter anderen Vorzeichen fortsetzen.

Mit den Finanzhilfen der Koalition für die Tarifsteigerungen wird zudem nur etwa die Hälfte des Personalkostenanstiegs refinanziert. Mit der anderen Hälfte, ca. 2 Mrd. Euro, sowie mit dem Anstieg der Sachkosten werden die Krankenhäuser alleingelassen. Dies kann bei einem Personalkostenanteil von über 60 Prozent nur über einen weiteren Arbeitsplatzabbau kompensiert werden.

Überaus kritisch gesehen wird darüber hinaus, dass der Finanzrahmen der Krankenhäuser durch die Verlängerung

der Konvergenzphase um ein weiteres Jahr eingengt wird. Dies bedeutet für die Krankenhäuser in einigen Bundesländern, so auch in Nordrhein-Westfalen, in 2009 den Wegfall bereits geplanter Einnahmen. Erschwerend kommt hinzu, dass die im KHRG vorgesehenen Finanzmittel entgegen den Zusagen erst im Jahresverlauf an die Kliniken fließen werden, weil im Gesetz langwierige Verhandlungen mit den Kassen vorgesehen sind. Für die Kliniken ist es vor dem Hintergrund aktuell aufgelegter Konjunkturpakete zur Stützung der deutschen Wirtschaft geradezu kontraproduktiv, dass ein schon deutlich reduziertes Finanzierungsprogramm für die Kliniken zudem ohne Not verzögert wird.

Der Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit Dr. Theo Schröder im Gespräch mit KGNW-Geschäftsführer Richard Zimmer, KGNW-Vizepräsident Karl Ferdinand Prinz von Thurn und Taxis und KGNW-Präsident Karsten Gebhardt (v.l.n.r.).



Über 400 Teilnehmer verfolgten die Vorträge und Diskussion auf dem KGNW-FORUM.



Impressionen vom KGNW-FORUM 2008

Wie geht es weiter mit der Baupauschale? – Bernd Huckels, Geschäftsführer des Evangelischen Krankenhauses Mettmann (links) und Arndt Winterer, Gruppenleiter „Ökonomie im Gesundheitswesen“ im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW.





Interessierte Zuhörer: Dr. Wolfgang Klitzsch, Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein, Leiter der Landesvertretung Günter van Aalst, Techniker Krankenkasse NRW und Thomas Preis, Vorsitzender des Apothekerverbandes Nordrhein e. V.



Heike Gebhardt, Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion und der stell. Geschäftsführer der KGNW Matthias Blum in der Diskussion über die aktuelle Finanzentwicklung im Krankenhausbereich.



Die Referentinnen für Arbeit, Gesundheit und Soziales in der FDP-Landtagsfraktion Michaela Allgeier (links) und Britta Marquardt in der CDU-Fraktion mit Oskar Burkert, Mitglied des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales der CDU-Landtagsfraktion vor Beginn des FORUMS.



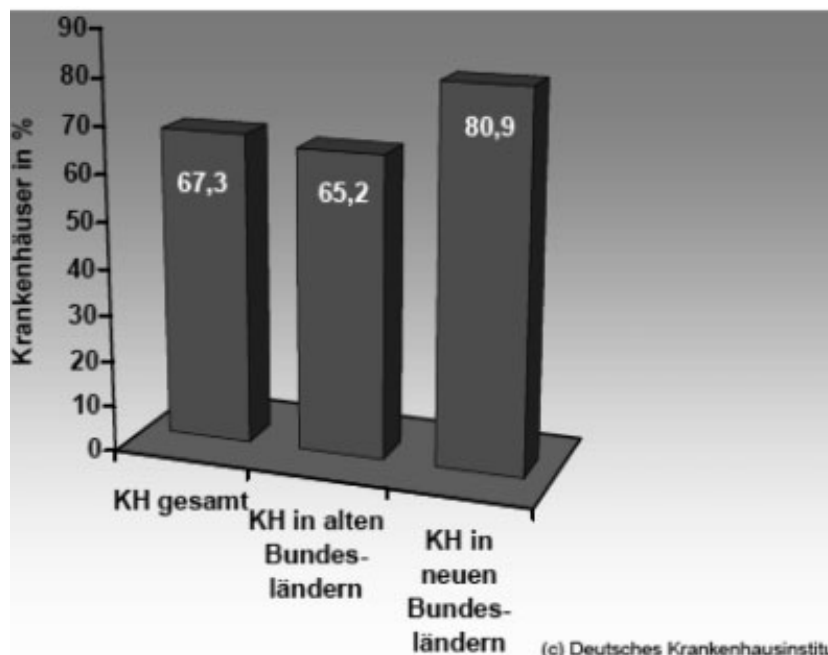
Großer Andrang im Foyer des Kongresszentrums im swissôtel vor Veranstaltungsbeginn.

Novellierung der Arbeitszeitrichtlinie

Am 17. Dezember 2008 hat das Europäische Parlament mit der erforderlichen absoluten Mehrheit den im Juni 2008 nach jahrelangem Ringen gefundenen gemeinsamen Standpunkt des Ministerrates zur EU-Arbeitszeitrichtlinie abgeändert. Der Beschäftigungsausschuss des EU-Parlaments hatte bereits in seiner Sitzung am 4. November 2008 wesentliche Punkte des Ratskompromisses abgelehnt.

Neben der Positionierung der Deutschen Krankenhausgesellschaft hat sich die Krankenhausgesellschaft NRW im Vorfeld der Lesung an die Europaabgeordneten in NRW gewandt und sich für die Verabschiedung der Arbeitszeitrichtlinie in der vom Ministerrat vorgelegten Fassung eingesetzt.

Anteil der Krankenhäuser mit nichtbesetzten Arztstellen (in Prozent)



Bereits heute sind in über zwei Drittel der Krankenhäuser Stellen im ärztlichen Dienst nicht besetzt.

Das Europäische Parlament hat deutlich gemacht, dass der gesamte Bereitschaftsdienst, einschließlich der inaktiven Zeit, grundsätzlich als Arbeitszeit anzusehen sei. Inaktive Zeiten während des Bereitschaftsdienstes sollen allerdings durch Tarifverträge oder ähnliche nationale Regelungen bei der Berechnung der durchschnittlichen wöchentlichen Höchstarbeitszeit „besonders gewichtet“ werden können.

Demgegenüber soll nach dem gemeinsamen Standpunkt des Ministerrates die

inaktive Zeit während des Bereitschaftsdienstes weder als Arbeitszeit noch als Ruhezeit angesehen werden, sofern nicht in einzelstaatlichen Rechtsvorschriften, in Tarifverträgen o.ä. etwas anderes vorgesehen ist. In Deutschland zählt der inaktive Teil des Bereitschaftsdienstes derzeit zur Arbeitszeit.

Außerdem sprachen sich die Abgeordneten des EU-Parlaments für eine wöchentliche Höchstarbeitszeit in der EU von 48 Stunden aus, kalkuliert über einen Zeitraum von 12 Monaten. Aus-

nahmen von dieser Regel sollen nach einer Übergangsfrist von drei Jahren auslaufen.

Im Gegensatz dazu möchte der Ministerrat Ausnahmen von dem allgemeinen Grundsatz der 48 Stunden Höchstarbeitszeit zulassen, sofern ein wirksamer Schutz der Sicherheit und Gesundheit gewährleistet wird. Diese „Opt-Out-Klausel“ des Ministerrates sieht vor, dass Arbeitnehmer, die ihre Zustimmung erteilen, im Durchschnitt eines Dreimonatszeitraumes bis zu 60 bzw. 65 Stunden in der Woche (wenn die inaktive Zeit während des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit angesehen wird) arbeiten dürfen.

Derzeit nutzen 15 EU-Mitgliedsländer die „Opt-Out-Regelung“. Das Europaparlament lehnt Ausnahmen ab und spricht sich gegen „Opt-Outs“ aus.

Nunmehr kommt es zu einem Vermittlungsverfahren zwischen dem Europäischen Parlament und dem Ministerrat, dass bis zum Ende der laufenden Legislaturperiode des Europaparlaments (Mai 2009) abgeschlossen werden muss. Sofern hier keine Einigung gelingt, bleibt es bis auf weiteres bei der derzeitigen Fassung der EU-Arbeitszeitrichtlinie.

Da die Positionen von Ministerrat und Europäischen Parlament sehr weit auseinander liegen, scheint es zurzeit unwahrscheinlich, dass in den kommenden Monaten ein Kompromiss gefunden werden kann, so dass die EU-Arbeitszeitrichtlinie in der derzeitigen Form weiter gilt. Somit würde sich in Deutschland die Rechtslage nicht ändern.

Krankenhaus-Barometer 2008 – Krankenhäuser erwarten sorgenvolle Zukunft

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat Ende 2008 gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf einer Pressekonferenz in Berlin die Ergebnisse des Krankenhaus-Barometers 2008 der Öffentlichkeit vorgestellt.

In einer Pressemitteilung hat die DKG zu den zentralen Ergebnissen der Studie Stellung genommen und darauf hingewiesen, dass seit Jahren die Krankenhäuser nicht mehr so pessimistisch und

sorgenvoll in die Zukunft geschaut hätten. Der Anteil der Krankenhäuser mit verschlechtertem Jahresergebnis hätte zugenommen. Weiter heißt es, dass die Zahl der Kliniken mit Verlusten bei knapp 30 Prozent unverändert hoch liege. Obwohl in der Regel zeitlich befristet, würden noch immer rund 200 Krankenhäuser unter tariflichen Ausnahmebedingungen laufen. Hinzu würden viele Kliniken kommen, die aus Tarifgemeinschaften ausgetreten wären.



Zentrale Ergebnisse des Krankenhaus-Barometers 2008

- Wirtschaftliche Lage – jedes dritte Krankenhaus schreibt rote Zahlen
- Zukunftssicherung – schon jedes zehnte Krankenhaus mit Notlagentarifvertrag
- Ärztemangel – 4000 offene Stellen – Anzahl offener Arztstellen binnen zwei Jahren etwa verdreifacht
- Ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116 b SGB V) – zu viele Hürden wie z.B. überzogene Ausführungsbestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und zögerliche Antragsgenehmigungen seitens der zuständigen Landesbehörden
- MDK-Prüfungen – hoher bürokratischer Aufwand
- Fehlerkultur – mehr Patientensicherheit durch Risikomanagement – knapp ein Drittel der Krankenhäuser verfügt über klinisches Risikomanagement – in weiteren 41 Prozent im Aufbau oder in der Planung
- Beruf und Familie – Familienfreundlichkeit wird groß geschrieben – 20 Prozent der Krankenhäuser bieten eine betriebliche Kinderbetreuung an

Die KGNW hat auf Anfrage einiger Medienvertreter die Ergebnisse der Studie in Bezug auf die Situation der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser kommentiert und zu den wesentlichen Inhalten ebenfalls Stellung genommen.

Im Krankenhaus-Barometer 2008 hat das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. (DKI) die Ergebnisse der diesjährigen

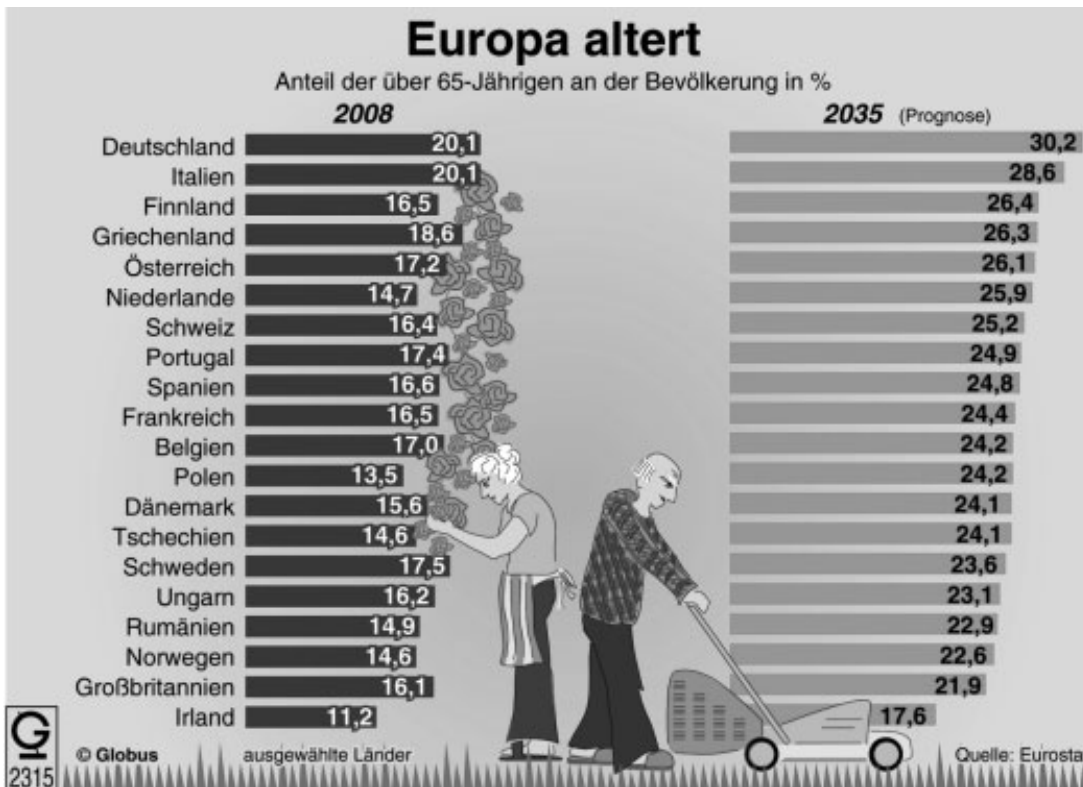
Jahresumfrage des Krankenhaus-Barometers ausgewertet. Die Ergebnisse beruhen auf der Befragung einer repräsentativen Stichprobe von allgemeinen Krankenhäusern mit mehr als 50 Betten, die in der Zeit von April bis Juli 2008 durchgeführt wurde. Daran teilgenommen haben insgesamt 347 Krankenhäuser.

Landesgesundheitskonferenz zu „Gesundheit im Alter“

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) hat die EntschlieÙung zum Thema „Gesundheit im Alter – Neue Wege in der Versorgung“ am 11. Dezember 2008 im Forschungszentrum in Jülich verabschiedet. Die 17. Landesgesundheitsgesundheitskonferenz führte damit das Thema des Vorjahres „Gesundheit im Alter – Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das Gesundheitswesen“ aus dem Jahre 2007 fort.

Die LGK ist mit diesen EntschlieÙungen der vordringlichen gesundheitspolitischen Aufgabe nachgekommen, sich

rechtzeitig auf zukünftige Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung vorzubereiten. Als große Herausforderungen werden auch für die Krankenhäuser der demografische Wandel mit einem zunehmenden Anteil älterer und hoch betagter Menschen an der Gesamtbevölkerung sowie die Vermeidung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen gesehen, die einen hohen Hilfe- und Pflegebedarf zur Folge haben. Hier werden in der EntschlieÙung insbesondere chronische Krankheiten, Multimorbidität, Behinderungen und psychische Erkrankungen sowie vor allem



demenzielle Erkrankungen und depressive Störungen thematisiert.

Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann äußerte sich dazu: „Die Gesundheit im Alter wird künftig nicht nur für die älter werdenden Menschen selbst immer wichtiger. Es ist ein Zukunftsthema für unsere ganze Gesellschaft. „Alzheimer“ und „Parkinson“ sind nur zwei Krankheiten, die mit höherem Lebensalter wahrscheinlicher werden, die für die Betroffenen großes Leid und für das Gesundheitswesen eine riesige Herausforderung bedeuten. Diese können wir nur gemeinsam bewältigen.“

KGNW-Präsident Karsten Gebhardt wies anlässlich der Verabschiedung der Entschließung darauf hin, dass der demografische Wandel in Form eines zunehmenden Anteils älterer und hoch betagter Menschen an der Gesamtbevölkerung eine große Herausforderung für das Gemeinwesen und die Menschen in NRW insbesondere auch für die Krankenhäuser darstellt. Gerade auch die

Kliniken werden mit dominanten Gesundheitsproblemen im höheren Lebensalter sowie der Zunahme vor allem demenzieller Erkrankungen und depressiver Störungen konfrontiert.

Der KGNW-Präsident erklärte auch, dass zurzeit aber die notwendige Refinanzierung der notwendigen Betreuungskosten bei Demenz / Multimorbidität fehle. Bei der Fort- und Weiterentwicklung des DRG-Systems müsse darauf geachtet werden, dass solch eine individuelle Betreuung auch in Zukunft hinreichend abgebildet wird.

Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Pflegedienste und Pflegeheime sind aufgerufen individuelle Projekte zu entwickeln, um die Versorgung älterer Menschen zu verbessern. Bei einem unumgänglichen Krankenhausaufenthalt kommt es auf eine enge Zusammenarbeit verschiedenster Fachleute an, insbesondere wenn Patienten neben einer akuten Erkrankung zusätzlich an einer Alterskrankheit wie „Alzheimer“ leiden.

Minister Laumann hob hervor, dass das Land neue Wege in der medizinischen Versorgung unterstützen werde, „weil alte Menschen andere Anforderungen an den medizinischen Versorgungsbetrieb haben als jüngere“. Dabei sei dokumentiert, dass gute Ideen nicht einmal mehr Geld kosten müssen. Nordrhein-Westfalen – so der Minister weiter – habe hier bereits einige hervorragende Beispiele vorzuweisen, die landesweit als Vorbild dienen können:

- Das bundesweit einmalige integrierte Versorgungsmodell „ProSenior“ in Herne setzt mit einer engmaschigen Betreuung durch Hausärzte darauf, Krankenhausaufenthalte möglichst zu vermeiden. Das Herner Ärztenetz, das Marienhospital Herne und die Knappschaft Bahn-See haben eine abgestimmte Versorgung über die Grenzen

des ambulanten und stationären Sektors hinaus organisiert.

- Mit einem speziellen Projekt zur Betreuung alter Menschen im Krankenhaus ist es am St. Franziskus-Hospital in Münster gelungen, die bei alten Menschen häufig durch einen Krankenhausaufenthalt ausgelöste Altersverwirrtheit weitgehend zu vermeiden.
- Der Paritätische Wohlfahrtsverband hat in vier Krankenhäusern ein Projekt für demenzkranke ältere Menschen gestartet. Dazu gehören die verbesserte Zusammenarbeit aller Berufsgruppen und Einrichtungen, eine verbesserte Aus- und Weiterbildung des Personals, eine an die Belange der älteren Patienten angepasste Einrichtung und sinnvolle Beschäftigungsangebote für die Patienten.

Aktive Beteiligung der Krankenhäuser an der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte im Landesteil Nordrhein

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), der so genannte Basis-Rollout, kann in der Region Nordrhein starten. Dies erklärten die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein anlässlich der Eröffnung der MEDICA MEDIA 2008 in Düsseldorf.

Nach umfangreichen Vorarbeiten werden im ersten und zweiten Quartal 2009 modernste Lesegeräte an die rund 200 Krankenhäuser, sowie an Vertragsärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte in Nordrhein ausgegeben. Mit diesen Geräten können die elektronischen Gesundheitskarten wie auch die bisherigen KV-Karten eingelesen werden.

Bereits am 11. Dezember 2008 konnte das erste eGK-Lesegerät in einer Arzt-

praxis in Düren überreicht und installiert werden.



Für die Krankenhäuser liegt eine Finanzierungsvereinbarung vor, die auf Bundesebene abgeschlossen wurde. „Auch wenn noch Fragen im Zusammenhang mit der Umsetzung offen sind, stehen die Krankenhäuser in den Startlöchern“,

sagte Jan Wiegels, Abteilungsleiter Krankenhausorganisation der KGNW.

Die Kliniken erhalten 430 Euro für ein stationäres Gerät, sowie als Ausgleich für die Anpassung der primären Systeme und des installationsbedingten Aufwands 129 Euro je stationäres Terminal und eine Installationspauschale in Höhe von 1500 Euro.

„Sobald die Praxen ausgestattet sind, können die neuen Karten an die rund 9 Millionen Versicherten in Nordrhein ausgegeben werden“, erklärte der Leiter der TK-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, Günter van Aalst.

Da der „Basis-Rollout“ zunächst nur das Auslesen der ungeschützten Versichertenstammdaten von der eGK beinhaltet, ist der Zusatznutzen für die Krankenhäuser nur sehr eingeschränkt. Zusätzliche Funktionen werden von dem ab 2010 vorgesehenen „Online-Rollout“ der eGK erwartet.

Anlässlich der symbolischen Übergabe der ersten Kartenterminals auf der MEDICA erklärte der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann: „Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) wird die medizinische Versorgung der Bevölkerung effizienter machen“.

Die elektronische Gesundheitskarte enthält zunächst Name, Anschrift, Geburts-

datum, Krankenkasse, die neue lebenslange Versichertennummer, das Geschlecht, den Zuzahlungsstatus, das Bild des Versicherten und das Formular E 111, bekannt als Auslandskrankenschein. Weitere Funktionalitäten wie den Notfalldatensatz und das elektronische Rezept werden derzeit in der Region Bochum-Essen getestet.

Parallel zu den Vorbereitungen für den „Basis-Rollout“ im Landesteil Nordrhein wird das Testverfahren für die eGK im Rahmen des so genannten „10.000er-Tests“ fortgesetzt, an dem auch zwei Krankenhäuser in der Stadt Bochum beteiligt sind.

An den Basis-Rollout in der Region Nordrhein schließt sich der flächendeckende Basis-Rollout in Deutschland an. Er wird in zwei Phasen verlaufen: In der ersten Phase werden die Kartenterminals nach dem „Zwiebelschalenmodell“ ausgerollt. Das heißt, die Ausstattung der Leistungserbringer erfolgt ausgehend von den Grenzregionen um Nordrhein („Zwiebelschalen“). Die Ausgabe der eGK an die Versicherten in den „Zwiebelschalen“-Regionen erfolgt in der zweiten Phase, sobald der logistische Prozess der Kartenausgabe des Basis-Rollouts in Nordrhein geprüft und abgeschlossen ist (Quality Gate).

Bundesrechtliche Regelung zur OTA-Ausbildung notwendig

„Wir befürworten ausdrücklich, dass das Land Nordrhein-Westfalen einen Gesetzesantrag zur bundesrechtlichen Regelung des Ausbildungsberufes Operationstechnischer Assistent in den Bundesrat eingebracht hat“, erklärte Karsten Gebhardt, Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW). Gebhardt unterstrich, dass die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin

und zum Operationstechnischen Assistenten (OTA) sich im Rahmen einer Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Ausbildung und Prüfung längst etabliert habe und in zwei Bundesländern bereits gesetzlich geregelt sei.

Der KGNW-Präsident betonte: „Sowohl die KGNW als auch die DKG engagieren

Herausgeber:
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW),
Kaiserswerther
Straße 282,
40474 Düsseldorf
Verantwortlich:
Staatssekretär a.D.
Richard Zimmer,
Geschäftsführer
der KGNW
Redaktion:
Lothar Kratz,
Astrid Holler,
(Referat Politik/
Presse der KGNW),
Telefon
(02 11) 4 78 19-0,
Telefax
(02 11) 4 78 19-99.
Druck:
Hans Horn oHG,
Satztechnik und
Offsetdruck,
40239 Düsseldorf,
Telefon
(02 11) 9 08 11 10.

Erscheinungsweise
5 mal im Jahr.

Erscheinungs-
datum:
14. Ausgabe,
26. Februar 2009

Der Bezugspreis
für ein Exemplar je
Ausgabe ist im
Mitgliedsbeitrag
enthalten.

sich seit Jahren im Interesse einer hochwertigen und differenzierten Versorgung im Krankenhaus für eine staatliche Ausbildungsregelung zur OTA“. Auf Bestreben der KGNW, DKG und mehrerer Verbände und Fachgesellschaften habe es bereits diverse Anläufe für eine bundeseinheitliche Regelung zur Ausbildung und zur Finanzierung gegeben. So hat die Gesundheitsministerkonferenz im Jahre 2006 per einstimmigen Beschluss das Bundesgesundheitsministerium aufgefordert die notwendigen Schritte einzuleiten.

„Die staatliche Anerkennung für den Ausbildungsgang ist auch deshalb für die Kliniken von besonderer Bedeutung, da mit diesem Berufsbild den hoch spezialisier-

ten Leistungsprozessen insbesondere im klinischen OP-Bereich qualitativ hochwertig und effizient entsprochen werden kann.“, hob Gebhardt hervor. Die Absolventen dieser Ausbildung seien in den Krankenhäusern sehr gefragt und aus dem Klinikalltag nicht mehr wegzudenken.

Nach einer dreijährigen Ausbildungszeit übernehmen Operationstechnische Assistenten zurzeit bereits vielfältige Aufgaben im Bereich der operativen Versorgung wie z.B. die Vor- und Nachbereitung des Operationssaals und die fachkundige Betreuung der Patienten. Die Zahl der Ausbildungsplätze in Nordrhein-Westfalen hat sich seit Einführung der Ausbildung im Jahre 1996 stetig auf heute 1.342 erhöht.

**+++ kurz notiert +++ kurz notiert +++ kurz notiert +++
+++ kurz notiert +++ kurz notiert +++**

**Neue Website der KGNW
ab 1. Dezember 2008**

Die Krankenhausgesellschaft NRW hat ihren Internetauftritt grundlegend überarbeitet. Die Vielzahl an Informationen, die die KGNW inzwischen anbietet, hat es notwendig gemacht, die Navigation der Internetpräsentation neu und zielgruppengerechter zu strukturieren.

Durch den Relaunch ist die Navigation erleichtert worden – so sind etwa die Arbeitsgebiete der Geschäftsbereiche stärker thematisch untergliedert. Zahlreiche Dokumente stehen zum direkten Download bereit. Hilfreich sind zusätzlich die Volltext-Suchfunktion, der Routenplaner und zahlreiche Querverweise. Als weiterer Service besteht die Möglichkeit aktuelle Inhalte der Website als RSS-Feed zu abonnieren.

**Düsseldorfer Krankenhausrechtstag
am 28. April 2009**

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) führt am 28. April 2009 in Düsseldorf den 6. Krankenhausrechtstag 2009 durch. Ziel der Veranstaltung ist es, aktuelle Probleme des Krankenhausrechts aus Sicht der Praxis vorzustellen und zu diskutieren. Themen der Expertenvorträge sind u.a. „Organisationsrechtliche Fragen ambulanter Leistungserbringung und Kooperationsmöglichkeiten mit niedergelassenen Ärzten im Krankenhaus“, „Zivilrechtliche Krankenhaushaftung“, „MDK-Prüfungen im Krankenhaus“. Begrüßung und Einführung durch Dr. Walter Döllinger, Staatssekretär im MAGS NRW. Ansprechpartner: LMR Dr. Frank Stollmann, MAGS NRW, Tel.: (0211) 855-3290, E-mail: frank.stollmann@mags.nrw.de.