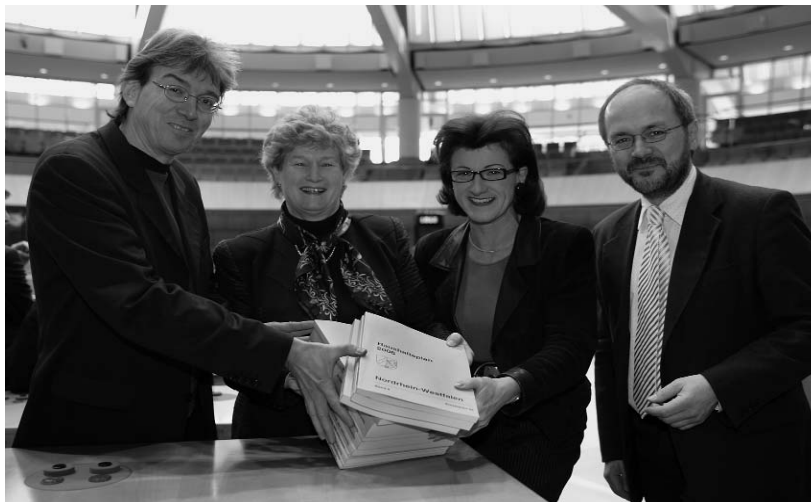


2/2006

KG NW zu NRW-Haushaltsentwurf 2006 angehört

Die erheblichen Kürzungen bei der Krankenhausförderung und der Bewilligungsstopp für Neuinvestitionen der Krankenhäuser im Haushaltsentwurf des Landes Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2006 waren am 22./23. März 2006 Thema von öffentlichen Anhörungen im Landtag NRW.

Am 22. März 2006 fand im Landtagsausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales die Anhörung der Sachverständigen zum Antrag „Neuinvestitionen des Landes in Krankenhäusern für eine gute und sichere medizinische Versorgung sind unverzichtbar“ (Drucksache 14/712) der SPD-Fraktion statt. Zahlreiche Sachverständige waren eingeladen, um Fragen zu den drei Themenkomplexen „Investitionskürzung“, „Änderungsbedarf bei der Krankenhausfinanzierung“ und „Fragen zur Krankenhausplanung“ zu beantworten. Für die KGNW hat ihr Präsident, Dr. Johannes Kramer, die Positionen der KGNW verdeutlicht und von den Abgeordneten zumindest einen Feuerwehrtopf von 50 Millionen Euro für das Haushaltsjahr 2006 gefordert.



Die Vorsitzende des Haushaltsausschusses Anke Brunn (SPD, 2. v.l.) sowie die finanzpolitischen Sprecherinnen und Sprecher der Fraktionen Gisela Walsken (SPD, 2. v.r.), Volkmar Klein (CDU, r.) und Rüdiger Sagel (GRÜNE, l.) mit den Haushaltsbänden. Nicht dabei: Angela Freimuth (FDP). Foto: Schälte

Am 23. März 2006 befasste sich der Haushalts- und Finanzausschuss mit dem Gesetzentwurf der Landesregierung „Gesetz über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2006 und Gesetz zur Änderung haushaltswirksamer Landesgesetze (Haushaltsstrukturgesetz 2006)“, (Drucksache 14/1000). Als Sprecher für die KGNW stellte sich ihr Geschäftsführer, Staatssekretär

- **KG NW zu NRW-Haushaltsentwurf 2006 angehört**
- **Marburger Bund Forderungen sind nicht finanzierbar**
- **Landesweiter Basisfallwert 2006 für NRW**
- **Startschuss für Test der Gesundheitskarte in NRW**
- **Ungleiche Vergütung ambulanter Notfallpatienten**
- **Aktuelle Zahlen zur Krankenhausstatistik**
- **DKG-Hauptgeschäftsführer: Robbers geht, Baum kommt**
- **Termine**

Dringend
notwendige
Investitionen

KGNW fordert
Feuerwehrtopf

a.D. Richard Zimmer, den Nachfragen der Abgeordneten zum Kapitel Krankenhausförderung im vorliegenden Haushaltsentwurf. Hier eine zentrale Passage aus dem Statement von KGNW-Geschäftsführer Zimmer:

„...Welche Auswirkungen kann insbesondere die Kürzung der Verpflichtungsermächtigungen im Einzelnen haben? Die Landesregierung geht davon aus, dass bei den Verpflichtungsermächtigungen ein Stau – so hat es der Minister artikuliert – von 600 Millionen Euro vorhanden ist, der erst abgebaut werden müsste, bevor irgendeine Neuinvestition bewilligt wird. Das würde bei der Größe des Haushaltstitels für Einzelinvestitionen bedeuten, dass die Investitionen für neue Vorhaben mindestens drei Jahre bei null gehalten werden müssten. Das kann zu höchst problematischen Einzelauswirkungen führen. Warum?

Uns werden Beispiele gemeldet. Die Bezirksregierungen fordern etwa einzelne Häuser auf, vor dem Hintergrund des Medizinproduktegesetzes, der Hygieneverordnung oder der Röntgenverordnung, wenn Grenzwerte überschritten werden, bauliche und sonstige Veränderungen vorzunehmen, damit die Grenzwerte wieder eingehalten werden. Diese Maßnahmen sind aber bei den einzelnen Häusern im Mittel mit Investitionen zwischen drei und sieben Millionen Euro verbunden.

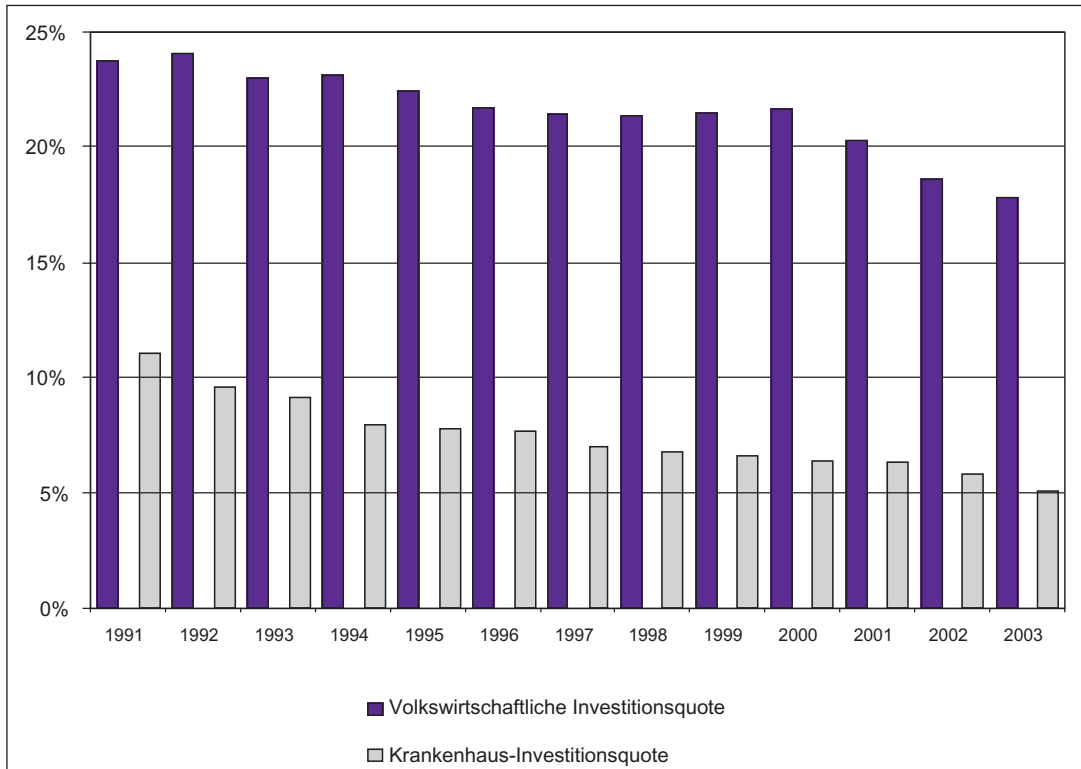
Wenn die eine staatliche Ebene sagt: „Krankenhaus XY, wir fordern dich unter Berufung auf diese bundesgesetzlichen Vorgaben auf, dies und jenes in der und der Frist zu verändern“, und die andere staatliche Ebene, das Land, sagt: „Tut uns Leid, wir schieben 600 Millionen Euro VEs vor uns her; in den nächsten drei bis vier Jahren gibt es für Neuinvestitionen keinerlei finanzielle Mittel mehr“, muss man sich fragen, wie sich diese Dilemmasituation auswirkt. Welche haftungsrechtlichen Probleme und Folgerungen erwachsen daraus? Der Geschäftsführer eines Krankenhauses kann nicht einfach sagen: Tut mir Leid. Denn dann werden haftungsrechtliche Fragen für die einzelnen Häuser relevant. Diese Fragen sind ungeklärt. Wir haben sie auch im zuständigen Fachausschuss gestellt, aber bisher keine befriedigenden Antworten erhalten.

Wir haben die dringende Forderung angemeldet, dass zumindest vonseiten der Landesregierung über einen so genannten Feuerwehrtopf nachgedacht werden müsste, um diese unabwendbaren Investitionen, die unter Bezugnahme auf bundesgesetzliche Regelungen von einer staatlichen Ebene gefordert werden, umsetzen zu können. ...“ (Quelle: www.landtag.nrw.de, Ausschussprotokoll 14/153)

Die Argumente der KGNW sorgten für Diskussionen innerhalb der Landtagsfraktionen. In die Sitzung des Gesundheitsausschusses vom 29. März brachten die Fraktionen der SPD und der GRÜNEN Änderungsanträge ein, die eine Erhöhung der Barmittel und der Verpflichtungsermächtigungen für die Krankenhäuser im Haushalt 2006 forderten. Die CDU/FDP-Koalition hat dies allerdings mit ihrer Regierungsmehrheit abgelehnt und keine eigenen Änderungsanträge eingebracht.

Die KGNW sieht aber noch die Möglichkeit, dass die Regierungskoalition bis zur abschließenden Sitzung des Haushaltsausschusses am 11. Mai und der 3. Lesung und Verabschiedung des Haushaltes im Plenum am 17./18. Mai 2006 die dringende Notwendigkeit erkennt, die finanziellen Spielräume der NRW-Krankenhäuser zumindest durch einen Feuerwehrtopf zu erhöhen.

Krankenhaus-Investitionsquote vs. Volkswirtschaftliche Investitionsquote



Quelle: Statistisches Bundesamt, AOLG, eigene Berechnungen.

Der deutliche Rückgang der KHG-Fördermittel schlägt sich in einer für den Krankenhausesektor üblicherweise ermittelten Investitionsquote nieder. Zieht man zur Berechnung der Krankenhaus-Investitionsquote die Krankenausgaben der GKV und PKV als Bezugsgröße für die KHG-Fördermittel heran, so ergibt sich für den Zeitraum zwischen 1991 und 2003 eine Abnahme der Investitionsquote von 11,1 (1991) auf 5,1 Prozent (2003).

Aufgrund des erheblichen Investitionsbedarfs, den die DRG-Einführung mit sich gebracht hat, aber auch angesichts des medizinisch-technischen Fort-

schritts, der Jahr für Jahr hohe Investitionen der Krankenhäuser in neue Technologien unumgänglich macht, erscheint es plausibel, dass die Investitionsquote der Krankenhäuser mindestens so hoch sein muss wie die Volkswirtschaftliche Investitionsquote, die dem Quotienten aus Bruttoanlageinvestitionen und Bruttoinlandsprodukt entspricht. Wie die Abbildung illustriert, lag die Volkswirtschaftliche Investitionsquote im Jahr 2003 jedoch bei 17,8 Prozent und übertraf damit die Investitionsquote der Krankenhäuser um mehr als das Dreifache!

Über einen längeren Zeitraum betrachtet ergibt sich folgendes Bild:

	1973	1983	2003
Krankenhaus-Investitionsquote	24,9%	13,0%	5,1%
Volkswirtschaftliche Investitionsquote	24,6%	21,1%	17,8%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Bruckenberg, eigene Berechnungen.

Enormer Investitionsstau

Dramatische Auswirkungen für Kliniken

70 Prozent Personalkosten

Marburger Bund Forderungen sind für Krankenhäuser nicht finanzierbar

Die bundesweiten Streikaktionen des Marburger Bundes an den Universitätskliniken dauern bereits einige Wochen. Eine Einigung zwischen der Ärztegewerkschaft und der Tarifgemeinschaft Deutscher Länder ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht in Sicht.

Die KGNW und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die selbst keine Tarifpartner sind, befürchten dramatische Auswirkungen für die Kliniken infolge der Tarifverhandlungen mit dem Marburger Bund. Die finanziellen Spielräume der Krankenhäuser sind äußerst begrenzt. Die Forderung nach Gehaltssteigerungen von 30 Prozent ist unrealistisch und verstärkt das „Ausbluten der Krankenhäuser“.

Im Rahmen der über zehnjährigen Budgetierung der Krankenhäuser werden in diesem Jahr die Krankenhausbudgets nur um 0,63 Prozent steigen. Alles, was oberhalb der Budgetsteigerungsrate von 0,63 Prozent liegt, wird von den Krankenkassen nicht refinanziert. Bundesweit erhalten die 2.166 Krankenhäuser dadurch knapp 300 Millionen Euro zusätzliche finanzielle Mittel. Bei circa 70 Prozent Personalkostenanteil in den Krankenhäusern an den Gesamtausgaben stehen davon 200 Millionen Euro für Personalkostensteigerungen aller Berufsgruppen zur Verfügung. Aber allein die Gehaltsforderung des Marburger Bundes für den Ärztlichen Dienst summiert sich bundesweit auf drei Milliarden Euro.

Eine 1:1-Umsetzung des MB-Modells für den Ärztlichen Dienst der sechs Universitätskliniken in NRW würde allein für diesen Bereich einen jährlichen Mehraufwand bei den Personalkosten von circa 69 Millionen Euro bedeuten. Dies entspräche einer Steigerung von circa 38 Prozent gegenüber dem Ist-Zustand.

Sollten diese Forderungen des Marburger Bundes bei allen 456 Krankenhäusern in NRW Realität werden, würden allein etwa 690 Mio. Euro an Mehrausgaben bei den Personalkosten für den Ärztlichen Dienst fällig. Durchschnittlich rund 1,5 Mio. Euro pro Krankenhaus in NRW.

Die 456 nordrhein-westfälischen Krankenhäuser erhalten durch die Veränderungsrate von 0,63 Prozent aber nur etwa 69 Mio. Euro zusätzliche finanzielle Mittel von den Kassen. Das bedeutet einen Budgetzuwachs von lediglich circa 0,15 Mio. Euro pro Krankenhaus.

Diese Diskrepanz macht deutlich, dass Ergebnisfindungen im Mittelwertbereich nicht infrage kommen können und einen massiven Kostenschub zur Folge haben, den die Kliniken nicht verkraften können.

	Marburger Bund (+38%)	Budgetsteigerungsrate (+0,63%)
2.166 Krankenhäuser in BRD	3 Mrd.*	300 Mio.
456 Krankenhäuser in NRW	690 Mio.	69 Mio.
Pro Krankenhaus in NRW	1,5 Mio.	0,15 Mio.

* alle Angaben in EUR; Quelle: DKG, eigene Berechnungen

KGNW und Krankenkassen nehmen Schiedsstellenvorschlag zum landesweiten Basisfallwert 2006 für NRW an

Auf Vorschlag der zuständigen Schiedsstelle Rheinland haben sich die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) und die Verbände der Krankenkassen nach intensiven Verhandlungen frühzeitig auf den landesweiten Basisfallwert von 2.687,23 Euro für das Jahr 2006 geeinigt. Die Krankenhäuser können somit in Kürze die örtlichen Budget- und Entgeltverhandlungen für das Jahr 2006 aufnehmen und abschließen.

Der Landesbasisfallwert ist die Grundlage für die Abrechnung von Krankenhausleistungen über Fallpauschalen. Im neuen Finanzierungssystem (DRG-System) dient der Landesbasisfallwert der Berechnung der Krankenhausbudgets und bestimmt ganz entscheidend die Höhe der zukünftigen Preise für die Behandlung im Krankenhaus und damit auch die Höhe des Finanzvolumens, über das jedes Krankenhaus verfügen kann. Da sich die KGNW und die Kran-

kenkassen im Vorfeld trotz Übereinstimmungen in einigen Punkten nicht auf einen landesweit geltenden Basisfallwert einigen können, musste – wie vom Gesetzgeber vorgesehen – die Schiedsstelle angerufen werden.

Bisher wurden in folgenden der übrigen 15 Bundesländern landesweite Basisfallwerte für das Jahr 2006 vereinbart: Brandenburg 2.642,56 Euro, Bremen 2.849,57 Euro, Hessen 2786,58 Euro, Niedersachsen 2.756,03 Euro, Saarland 2.902,82 Euro, Sachsen 2.711,20 Euro, Schleswig-Holstein 2.653,10 Euro und Baden-Württemberg 2850,38 Euro. Bei dem Wert für Baden-Württemberg konnte der Kappungs- und Ausgleichsbetrag nicht berücksichtigt werden. Bis auf den Landesbasisfallwert in Niedersachsen müssen die übrigen zwischen den Verhandlungspartnern vereinbarten landesweiten Basisfallwerte noch von den zuständigen Behörden genehmigt werden.

*Basisfallwert:
2.687,23 Euro*

Startschuss für Test der elektronischen Gesundheitskarte in NRW ist gefallen

Unter Beteiligung des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministers Karl-Josef Laumann fand am 31. März 2006 in Bochum die öffentliche Unterzeichnung des Vertrags zwischen der Arbeitsgemeinschaft zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des Heilberufsausweises in der Region Bochum-Essen (ARGE eGK/HBA-NRW) und der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik mbH) statt.

Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen sind, neben weiteren 20 Organisationen des Gesundheitswesens, durch die KGNW in der ARGE sowie durch

KGNW-Mitarbeiter und Vertreter aus den Krankenhäusern der Testregion Bochum-Essen in verschiedenen Arbeitsgruppen der ARGE vertreten.

Anfang 2006 hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Abstimmung mit den zuständigen Obersten Landesbehörden neben der Testregion Bochum-Essen sieben weitere Testregionen (Bremen, Flensburg, Heilbronn, Ingolstadt, Löbau-Zittau, Trier, Wolfsburg) bestimmt. Der Projektleiter der ARGE, Jürgen Sembritzki, und der Geschäftsführer der gematik, Harald Flex, unterzeichneten Ende März den Vertrag,

*Testregion
Bochum-Essen*

der den Start der Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in der Testregion Bochum-Essen ermöglicht.



Vertragsunterzeichnung durch J. Sembritzki (ARGE, l.) und H. Flex (gematik, r.)

Die Vertragsunterzeichnung bildet den Abschluss der Verhandlungen zwischen den acht Testregionen und der gematik, die von der Selbstverwaltung im Ge-

sundheitswesen mit der Einführung der eGK beauftragt wurde. Der Weg ist nun frei für die gemeinsame Erarbeitung eines konkreten Testkonzepts sowie den Aufbau von so genannten Musterumgebungen in den Regionen. In der Region Bochum/Essen sollen konzeptionell Heilberufsausweise/Berufsausweise – insbesondere für Fachberufe des Gesundheitswesens – im Auftrag der gematik entwickelt und in Piloten getestet werden. Im Laufe des Jahres soll die Erprobung in Feldtests mit zunächst 10.000 Versicherten pro Region erfolgen.

Gesundheitsminister Laumann machte in seiner Rede deutlich, welche Chancen, die Erprobung und Einführung der Gesundheitskarte für alle Patienten bietet. Sie sei das Handwerkszeug für ein integriertes Gesundheitswesen.

Bundesgesundheitsministerium reagiert auf ungleiche Vergütung ambulanter Notfallversorgung

Krankenhäuser erhalten bisher nur 40 Prozent der Vergütung der Vertragsärzte für die Behandlung ambulanter Notfallpatienten bei gleichem Leistungsinhalt. Diese erhebliche finanzielle Ungleichbehandlung der Krankenhäuser im Vergleich zu den Vertragsärzten hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als nicht gerechtfertigt kritisiert.

Die DKG hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mehrfach auf die Ursachen der erheblichen Ungleichbehandlung aufmerksam gemacht. In einem Schreiben an die DKG hat das BMG Anfang April 2006 konstatiert, dass es durch die Vergütungsregelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM 2000plus) zur Notfallversorgung zu einer ungerechtfertigten Benachteiligung der Leistungserbringer

außerhalb des organisierten Notdienstes, zu denen auch Krankenhäuser gehörten, gegenüber den Leistungserbringern im organisierten Notdienst komme. Das BMG hat den Bewertungsausschuss aufgefordert, diese ungerechtfertigte Benachteiligung von Leistungserbringern, die nicht am organisierten Notfalldienst teilnehmen durch eine EBM-Anpassung unverzüglich aus der Welt zuschaffen.

Gegenüber dem BMG und der Öffentlichkeit hatte die DKG zuvor ihre Kritik an der Ungleichbehandlung mit Zahlen untermauert: So rechne der Vertragsarzt für die persönliche Erstberatung (Ordinationskomplex) eines Notfallpatienten 500 Honorarpunkte, das Krankenhaus bei gleichem Leistungsinhalt lediglich 200 Punkte ab. Weiterhin könne der nieder-

gelassene Arzt bei anschließender telefonischer Beratung des Notfallpatienten erneut bis zu 500 Punkte in Rechnung stellen, wohingegen das Krankenhaus diese Beratung kostenfrei erbringen müsse. Dies stelle eine große finanzielle Benachteiligung der Kliniken dar.

Die DKG hatte hervorgehoben, dass die Notfallambulanzen der Kliniken besonders in der sprechstundenfreien Zeit der niedergelassenen Ärzte – in der Regel abends und nachts sowie am Wochenende – in Anspruch genommen würden. Die Sicherstellung eines organisierten ambulanten Notfalldienstes sei indes zunächst eine originäre Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Somit würden die Krankenhäuser faktisch im Rahmen des Sicherstellungsauftrags der Vertragsärzte tätig. Dazu hielten die Kliniken eigens Personal in Form eines

Schichtdienstes vor. Für diese Leistungen hätten die Krankenhäuser Anspruch auf eine sachgerechte Vergütung, so die DKG. Dies sei seit dem seit 1. April 2005 geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM 2000plus) nicht mehr gewährleistet.

Ebenfalls hat die DKG kritisiert, dass die Krankenhäuser kein Mitspracherecht bei der Festsetzung der Vergütung für die ambulante Notfallbehandlung hätten. Die Vergütungshöhe wird vom so genannten EBM-Bewertungsausschuss festgesetzt, der ausschließlich mit Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung besetzt ist. Da die Krankenhäuser hier weder ein Beteiligungsrecht, noch ein Informationsrecht haben, hat die DKG eine Beteiligung der Kliniken im Bewertungsausschuss gefordert.

Mitsprache für Kliniken

Aktuelle Zahlen zur Krankenhausstatistik

Krankenhäuser und Betten*						
	Krankenhäuser	Betten	Fälle	Verweildauer in Tagen**	Auslastung in Prozent**	Personal***
Bundesgebiet	2.166	531.333	16.799.026	8,7	75,5 %	1.005.850
Nordrhein-Westfalen	456	130.489	3.944.720	9,0	74,6 %	234.457

* Stand 2004. Das Statistische Bundesamt wertet die Daten jeweils mit zeitlicher Verzögerung aus.
 ** Fallzahl und Berechnungs-/Belegungstage enthalten ab 2002 Stundenfälle. Dies hat auch Auswirkungen auf die Kennziffern, die auf Basis dieser beiden Maßzahlen ermittelt werden.
 *** Die Beschäftigten ergeben sich als Summe aus den hauptamtlichen Ärzten/-innen, den Zahnärzten/-innen, dem nichtärztlichen Personal sowie dem Personal der Ausbildungsstätten ohne die Schüler/-innen und Auszubildenden (D.: 73.981; NRW: 17.809).
 Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, 2004

Personalentwicklung in NRW-Krankenhäusern			
Beschäftigte	1995	2004	Differenz
Insgesamt*, dav.:	256.044	234.457	-21.587
Ärztl. Dienst**	28.008	30.901	2.893
Pflegedienst	109.120	96.161	-12.959
Med-tech. Dienst	35.392	35.720	328
Funktionsdienst	21.417	22.776	1.359
Wirtschaftsdienst***	37.126	24.961	-12.165
Verwaltungsdienst	16.787	16.767	-20

* Die Beschäftigten ergeben sich als Summe aus den hauptamtlichen Ärzten/-innen, den Zahnärzten/-innen, dem nichtärztlichen Personal sowie dem Personal der Ausbildungsstätten ohne die Schüler/-innen und Auszubildenden (NRW: 17.809).
 ** inkl. Belegärzte
 *** inkl. Klinisches Hauspersonal, Technischer Dienst
 Quelle: Statistische Berichte. Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen; Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, Jg. 1995 und 2004.

Ärztl. Dienst wächst

Neuer DKG-Hauptgeschäftsführer: Georg Baum seit 1. April 2006 Nachfolger von Jörg Robbers

Im Mittelpunkt des Frühlingsempfangs der DKG am 30. März 2006 stand die Verabschiedung des Hauptgeschäftsführers Jörg Robbers sowie die Übergabe der Amtsgeschäfte an Georg Baum. Der Jurist Robbers verabschiedete sich nach 23 Jahren Tätigkeit bei der DKG – davon 10 Jahre als Hauptgeschäftsführer – in den Ruhestand.

DKG-Vizepräsident Wolfgang Pföhler sprach ihm in seiner Laudatio den Dank für sein Engagement für die Krankenhäuser aus. Gleichzeitig hieß Pföhler den neuen Hauptgeschäftsführer, Diplom-Volkswirt Georg Baum, herzlich willkommen. Pföhler betonte, dass angesichts der großen Herausforderungen für die Krankenhäuser die Aufgaben für die DKG sicher nicht abnehmen würden. Der DKG-Vizepräsident wünschte dem neuen Amtsinhaber eine gute Hand bei der Leitung der Geschäftsstelle, einen weiterhin engen fachlichen Dialog mit der Politik und den wichtigen Playern im Gesundheitswesen sowie stets ein

wachsamem Auge für die Belange der Krankenhäuser.



v.l.n.r. der langjährige DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers, sein Nachfolger Georg Baum, Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters

Baum betonte in seiner Antrittsansprache, die Trägervielfalt der Krankenhäuser stelle eine wesentliche Voraussetzung für die Handlungsfähigkeit und Glaubwürdigkeit der DKG dar. Zudem werde er sich künftig darum bemühen, die Kooperation mit der Vertragsärzteschaft zu entkrampfen und weiter auszubauen.

Termine

Frühjahrsforum „Krankenhaus und Wettbewerb“

Am 10. Mai 2006 bietet das Frühjahrsforum „Krankenhaus und Wettbewerb“ im Atrium der Deutschen Bank/Deutsche Guggenheim in Berlin erneut eine Plattform für einen gesundheits- und wirtschaftspolitischen Meinungs- und Erfahrungsaustausch rund um die Wachstumsbranche Krankenhaus. Veranstalter sind die Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag (GDK), die Messe Düsseldorf GmbH und der MEDICA e.V. Weitere Informationen unter www.deutscher-krankenhaustag.de.

Fachkongress IT-Trends Medizin/Health Telematics

Nach der erfolgreichen Premiere im letzten Jahr haben sich die Veranstalter – die Essener Wirtschaftsförderungsgesellschaft, das Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen und das Congress Center Essen – für eine Neuauflage des Fachkongresses IT-Trends Medizin/Health Telematics vom 6. bis 8. September 2006 in Essen entschieden. Zu den zahlreichen Referenten gehört u.a. der NRW-Gesundheitsminister Laumann. Weitere Informationen unter www.it-trends-medizin.de.

Herausgeber:
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW),
Kaiserswerther
Straße 282,
40474 Düsseldorf
Verantwortlich:
Staatssekretär a.D.
Richard Zimmer,
Geschäftsführer
der KGNW
Redaktion:
Lothar Kratz,
Mirko Miliniewitsch
(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.

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