



Fotos: Jokisch

In zahlreichen Diskussionen, nicht zuletzt auch mit Vertretern der Politik, die den Krankenhaustag besuchten und aktiv daran teilnahmen, wurde das enorme ökonomische und beschäftigungspolitische Potenzial des Gesundheitswesens thematisiert. Alleine in NRW bietet nach Feststellung von Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann die Gesundheitsbranche 1 Mio. Arbeitsplätze.

„Politik beginnt mit dem Betrachten der Wirklichkeit. ... Der Fonds ist keine neue staatliche Behörde, sondern dasselbe Bundesversicherungsamt wie bisher. Seine Kontenflüsse ändern sich, aber es ist genau dieselbe Behörde. Auch der Basistarif ist nicht staatlich administriert, sondern er wird von der privaten Versicherungswirtschaft auf der Grundlage der üblichen gesetzlichen Rahmenbedingungen ermittelt, die es auch heute bereits beim Standardtarif gibt.“

Annette Widmann-Mauz, gesundheitspolitische Sprecherin der Unions-Bundestagsfraktion

„Hier ist eine Menge starker Tobak verqualmt worden in einer Zeit, in der wir eigentlich für Rauchfreiheit plädieren. ... Wenn der Bund auf mittlere Sicht seine finanzielle Handlungsfähigkeit nicht wiedererlangt und der zweitgrößte Ausgabenposten im Bundeshaushalt der Schuldendienst ist, werden wir überhaupt nicht mehr in der Lage sein, ohne größere Zielkonflikte eine Steuerfinanzierung einzubringen, auch nicht da, wo Steuerfinanzierung ein adäquater Teil sein könnte. ... Erst dann, wenn der Bund auch strukturell saniert ist, kann dies der richtige Weg sein.“

BMG-Staatssekretär Dr. Karl Theo Schröder

„Es hat in den Ausschussberatungen kaum jemanden gegeben, der dem Gesetzesvorhaben zugestimmt hätte, auch keine Sachverständigen. Ich rate zum Stopp des Verfahrens und zum Neuanfang. ... Wir haben im Gesundheitswesen keine Kostenexplosion zu verzeichnen. Bei den Beschäftigten gibt es eine Lohnschraube. Es muss mehr Geld ins System. Hier heißt es nicht ‚Zeit ist Geld‘, sondern ‚Geld ist Zeit‘ – Zeit für die Menschen. Die ‚weiße Revolution‘ ist die Lokomotive des 21. Jahrhunderts, die Wachstumsbranche Gesundheit.“

Dr. Martina Bunge, MdB, (PDS/Die Linke), Vorsitzende des Bundestagsgesundheitsausschusses

„Wir leben in einer Globalisierungsphase, die nach 3 ganz einfachen Schemen arbeitet: Produziert wird, wo es am billigsten ist, geforscht wird, wo die Gesetze am großzügigsten sind, versteuert wird, wo man am wenigsten zu bezahlen hat.“

...

„Was man gewollt hat, wird mit dieser Reform nicht erreicht. Deshalb wird die nächste Bundestagswahl wieder

sehr stark von dieser Materie geprägt sein. Es wird eine erneute grundsätzliche Debatte über die beiden Modelle der Union und der SPD geben. Dies alleine schon deshalb, weil man sich schwer tun wird, im Herbst 2008 hohe bundesweite Beitragssätze festzusetzen. Es gibt jetzt schon Stimmen, die sagen, der Fonds müsse auf 2010 verschoben werden. Gründe dafür gäbe es genug.“

Dr. Eckhardt Fiedler

„Der Gesundheitsfonds bedeutet chronische Unterfinanzierung und wird einen negativen Wettbewerb um Einsparungen verursachen, um einen Zusatzbeitrag zu verhindern, anstatt einen positiven Wettbewerb um bessere Leistungen.“

Daniel Bahr (MdB), gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion

## 29. Deutscher Krankenhaustag mit guter Themenmischung

Die Resonanz auf den 29. Deutschen Krankenhaustag, der 2006 zum 8. Mal im Rahmen der Medica durchgeführt wurde, fiel mit rund 1 400 Besuchern durchweg positiv aus. Neben der Reformpolitik standen die elektronische Gesundheitskarte, die Qualitätssicherung, neue Management- und Behandlungsformen, die Zukunft der Pflege sowie aktuelle Aspekte des Krankenhausbaus im Fokus der Veranstaltungen.

Kongresspräsident Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Präsident des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK), betonte, dass es dem Krankenhaustag unter dem Generalthema „Wettbewerbs- und Leistungsorientierung – Zukunft der Krankenhäuser“ gelungen sei, mit der Kombination aus gesundheitspolitischer und praxisorientierter Ausrichtung die verschiedenen Berufsgruppen zusammenzuführen und umfassend zu informieren. Er zeigte sich überzeugt, dass vom Krankenhaustag richtungweisende Impulse ausgegangen seien, die dazu beitragen könnten, dass Kliniken und ihre Mitarbeiter wichtige Weichenstellungen für die Zukunft vornehmen.

Mit Blick auf das Jahr 2007 gab sich der Veranstalter, die Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag (GDK), zuver-

sichtlich. Der 30. Deutsche Krankenhaustag wird vom 14. bis 17. November 2007 erneut in Düsseldorf im Rahmen der Medica stattfinden.

### ■ Elektronische Gesundheitskarte lässt auf sich warten

Euphorische Erwartungen zur baldigen Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wurden während der Eröffnungsveranstaltung der Medica und anderer Medica-Diskussionsrunden zur E-Card nicht genährt. Unübersehbar scheint nach wie vor die Kluft zwischen den technischen Möglichkeiten einerseits und der realen Anwendung andererseits. So wies der Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung, Gerhard Brenner, darauf hin, dass es für die „Ärzte an der Basis“ nach wie vor nicht erkennbar sei, welcher Nutzen für die tägliche Praxis mit der E-Card verbunden sei. Auch nach Einschätzung des Vorsitzenden der KV-Nordrhein, Dr. Leonhard Hansen, ist die Kosten-Nutzen-Abwägung ungeklärt, außerdem stünden die Handhabbarkeit und die Praktikabilität in Frage. Deshalb lasse die Akzeptanz bei den Leistungserbringern zu wünschen übrig. DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum äußerte sich dagegen optimistisch über die zu erwartenden Vorteile der E-Card, zum Beispiel bei der Überwindung der Sektorengrenzen im Gesundheitswesen. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des VdAK, befürchtet eine verzögerte Einführung der E-Card aufgrund der Gesundheitsreform und weiterhin unbefriedigender Finanzierungsregelungen. Uneingeschränkte Zustimmung zum Projekt der E-Card äußerte Prof. Dr. Ingo Heberlein vom Sozialverband Deutschland. Der Aussage von Gesundheitsministerin Schmidt, dass die E-Card ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Lebens- und Versorgungsqualität der Patienten sei, könne nur zugestimmt werden, insbesondere aus der Sicht von chronisch Kranken. BMG-Staatssekretär Dr. Schröder mahnte die Überwindung der „Technikinseln“ im Gesundheitswesen an. Sie müssten einem funktionierenden Netzwerk weichen, um die Behandlungskette auch elektronisch transparent werden zu lassen. VKD-Präsident Kölking und Georg Baum plädierten für eine pragmatische Vorgehensweise. Nach Schröders Überzeugung sind die Ärzte für die Schlüsselprozesse der elektronischen Vernetzung unerlässlich. Einen „Urknall“ bei der Einführung der E-Card könne es nicht geben. Wenn sie einmal eingeführt sei, werde ihre Nutzung so selbstverständlich sein wie der Einsatz einer Bankkarte am Automaten – so jedenfalls die Überzeugung von Prof. Dr. Stefan Winter vom NRW-Gesundheitsministerium.

### Testregion Bochum-Essen: Übergabe der ersten E-Cards

Am 15. November 2006 wurden auf der Medica im Beisein von BMG-Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder und NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann die ersten elektronischen Gesundheitskarten an Versicherte aus der Testregion Bochum-Essen übergeben. „Dies ist ein historisches Datum beim Aufbau einer Telematik-Infrastruktur. Unser Ziel ist der flächendeckende Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen. Es wird schneller, transparenter und effizienter – Patientinnen und Patienten wie auch die Ärzteschaft werden davon nachhaltig profitieren“, so Minister Laumann. Die elektronischen Gesundheitskarten können zu-

Klobale  
Revolution

m  
MEIKO

# TopLine

Theoretisch könnten Sie  
Ihr Pflegegeschirr auch  
mit dem Fön trocknen...

Wir haben für Sie  
eine revolutionäre  
Lösung für die 100% ige  
Trocknung Ihrer  
Trocknung Ihrer  
Pflegegeschirre.

TopLine  
Die wohl  
perfekteste  
Automaten-  
Serie auf  
dem Markt.



MEIKO Maschinenbau GmbH & Co. KG  
Englerstr. 3 · 77652 Offenburg · Germany  
Telefon 07 81 / 203-0 · Telefax 07 81 / 203-1229  
<http://www.meiko.de> · e-mail: [info@meiko.de](mailto:info@meiko.de)

nächst in einer Musterumgebung getestet werden. Ab Frühjahr 2007 sollen sie in der bundesweit größten Testregion Bochum-Essen bei zunächst 10 000 und später 100 000 Versicherten eingesetzt werden. Bereits vor einem Jahr wurde der erste elektronische Arztausweis an einen Bochumer Arzt ausgegeben.

## ■ Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung

Unter dem Tagungsthema „Herausforderungen der künftigen Krankenhausversorgung“ erläuterte Dr. Boris Robbers vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Hannover, in seinem Vortrag zum Thema „DRGs und Krankenhausplanung“, wie sich seit Einführung des neuen Vergütungssystems wesentliche Parameter der Krankenhausversorgung entwickelt haben. Schwerpunkt seiner Ausführungen war die Diskussion über die Gestaltungsoptionen der Rahmenbedingungen in der Krankenhausversorgung nach Ablauf der Konvergenzphase. Dr. Robbers zeigte verschiedene Möglichkeiten für die Regelung der Verantwortlichkeiten bei der Krankenhausplanung und auch ihres Detaillierungsgrades auf. Zudem beschrieb er die Auswirkungen der Entscheidungen in den Bereichen Krankenhausplanung und Sicherstellungsauftrag auf die Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten. Bei der Gestaltung der künftigen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, so Dr. Robbers, müssten insbesondere die Fragen beantwortet werden, in welchem Umfang wettbewerbliche Elemente in den Krankenhausbereich Einzug halten sollten, welche Institutionen in Zukunft für die Planung und Investitionsfinanzierung verantwortlich sein werden und wie sich die Bereiche Krankenhausplanung und Integrierte Versorgung besser aufeinander abstimmen lassen.

Dr. Boris Augurzyk vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, bezifferte die im Jahr 2005 für Krankenhäuser aufgewendeten pauschalen Fördermittel mit 1,1 Mrd. €, für die Einzelförderung seien 1,6 Mrd. € ausgegeben worden. Den höchsten Anteil der pauschalen Fördermittel an der Gesamtförderung wiesen das Saarland und NRW auf, den niedrigsten die neuen Bundesländer. Insgesamt könne ein immer stärkerer Rückzug der öffentlichen Hand aus der Investitionsfinanzierung festgestellt werden, was auch eine rückläufige Investitionstätigkeit der Krankenhäuser zur Folge habe. Neben dem deutlichen Rückgang der Fördermittel erschwerten bei der dualen Finanzierung unter anderem umfangreiche Antrags- und Kontrollmodalitäten sowie ein schwerfälliger Entscheidungsprozess die Mittelvergabe. Als Auswege aus der Finanzierungsmisere böten sich die derzeit politisch diskutierte Monistik, die Teilmonistik und die streng nach Kriterien der Wirtschaftlichkeit des zu fördernden Projekts erfolgende Mittelvergabe an. Alternative Finanzierungsformen wie Bankkredite oder Public Private Partnerships



Foto: Messe Düsseldorf

*Diskussionsforen innerhalb der Messehallen, etwa im Rahmen der Medica Media oder an Gemeinschaftsständen der Bundesländer und des BMBF, vertieften den Informations- und Meinungsaustausch während der Medica.*

setzten eine gute Bonität des Krankenhauses voraus. Während die Umstellung auf die Monistik von den Ländern blockiert würde, stoße der Übergang zur Teilmonistik, bei der jedes Land selbst über die Höhe der gesamten Pauschalförderung zu entscheiden habe, auf weniger Widerstand. Augurzyk bezeichnete den Ausstieg aus der Dualistik als unverzichtbar, um den Krankenhäusern eine verlässliche Investitionsfinanzierung zu ermöglichen. Klar sei allerdings auch, dass die Umstellung zwar den administrativen Aufwand reduzieren und die Ressourcenallokation verbessern werde, jedoch keineswegs das Problem der permanenten Finanzierungslücke der GKV lösen würde.

Otto Melchert, Generalbevollmächtigter der Sana Kliniken Lübeck GmbH, der über die „Zukunft der Integrierten Versorgung (IV)“ sprach, zeigte sich überzeugt, dass es künftig zu einer verstärkten „Ambulantisierung“ der Krankenhausleistungen kommen werde. Er prognostizierte eine Weiterentwicklung der IV zu einer umfassenden Versorgung der Volkskrankheiten in einer größeren Region oder einer „Rundumversorgung“ der Versicherten einer Krankenkasse. Während Altverträge unverändert fortgesetzt werden könnten, dürfte die IV-Anschubfinanzierung bei ab 1. April 2007 geschlossenen Verträgen nur noch für voll-, teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser, nicht mehr jedoch für Reha und besondere Integrationsaufgaben, zum Beispiel Case-Management, verwendet werden. Der Kreis möglicher Vertragspartner werde um die Pflegeversicherung und nichtärztliche Heilberufe erweitert. Melchert, der von einer starken Zunahme vernetzter Strukturen im Gesundheitswesen ausgeht, erläuterte diese Entwicklung am Modell eines Zentralkrankenhauses mit Portalkliniken, MVZ und Kompetenzzentren für Labor, Radiologie, Pathologie, Apotheke und Humangenetik, ergänzt durch ein Logistik-, ein Abrechnungs- und ein DRG-Zentrum. Als Formen der Zusammenarbeit kämen unter anderem Kooperationsverträge, Leistungsverträge für Partner, die Mitgliedschaft in einem akkreditierten Zentrum und die gemeinsame Trägerschaft einer Einrichtung infrage.

In dem Szenario, das Holger Strehlau-Schwoll, Geschäftsführer von Vivantes, Netzwerk für Gesundheits GmbH, Berlin, von der Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung am Beispiel Berlins entwarf, schließt eine Krankenkasse mit einem Leistungsträger einen umfassenden Vertrag zur Versorgung der Bevölkerung. Idealerweise sei dieser Partner, der eigene stationäre Einrichtungen unterhalte, etwa Krankenhäuser, Pflege-, Reha- und Palliativeinrichtungen, auch Hospize, ebenfalls in anderen Regionen Deutschlands entweder selbst oder durch einen Alliance-Partner vertreten und vertraglich mit weiteren Leistungsanbietern sowie den Organisationen der niedergelassenen Ärzte verbunden. Das Pauschalbudget mit dem Leistungspartner, der für bestimmte Primär- und Ersatzkassen unterschiedliche Leistungsangebote und ein Basispaket mit Zusatzleistungen vorhalte, decke die komplette Versorgung der Versicherten ab. Die Zusatzleistungen würden von einer eigenen Agentur vermittelt und könnten nur in bestimmten Alliance-Krankenhäusern eingelöst werden. Durch die Schaffung von Leistungsverbänden, das heißt durch strategische Kooperation der Krankenhäuser mit weiteren Leistungsanbietern in der Region und mit den niedergelassenen Ärzten, könnten Leistungs- und Versorgungsketten entwickelt werden, die es ermöglichen, Patienten umfassend zu versorgen. Strehlau-Schwoll sieht die Krankenhäuser in der Pflicht, mittels MVZ und geeigneter MVZ-Verträge die ambulante Versorgung aktiv mitzugestalten. Dabei müssten die Vergütungen für ambulante Leistungen für alle Leistungspartner identisch sein.

### ■ Qualität der Krankenhausversorgung

Dem Thema „Qualität als Erfolgsfaktor im Krankenhaus“ war ein Internationales Forum am 17. November 2006, dem 3. Kongresstag, gewidmet, bei dem die Referenten darin übereinstimmten, dass die Behandlungsqualität und das Qualitätsmanagement einer Klinik entscheidende Größen für deren Erfolg sind. Unter dem Tagungsvorsitz von DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum berichtete Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen, über internationale Trends der Qualitätssicherung im Krankenhaus. Während Asger Hansen, Mitglied im Präsidium des Europäischen Verbandes der Krankenhausedirektoren, einen Überblick über die Fehlerkultur, das Fehlermanagement und das Fehlerberichtssystem in Dänemark gab, zeigte der US-Amerikaner Joseph S. Bujak, Arzt und Vice President of Medical Affairs am Kootenai Medical Center im Bundesstaat Idaho, Perspektiven für eine ergebnisorientierte Vergütung der stationären Leistungen auf, wie sie in den USA in Ansätzen bereits zu finden sind. Gwyn Bevan, Professor of Management Science, Department of Operational Research an der London School of Economics & Political Science, beschrieb die zum Teil fatalen Auswirkungen der Veröffentlichung von Krankenhausrankings in Großbritannien, die in den 90-er Jahren des vergangenen Jahrhunderts eingeführt wurden. Bei diesen Rankings erhielten die großen Kliniken der Akutversorgung für ihre Führung und Planung, ihre Patienten- und Mitarbeiterorientierung und ihre Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung von einer neu geschaffenen Qualitätsbehörde, der Commission for Health Improvement (CHI), Noten in Form von Sternen. Bei gutem Abschneiden –

**Klobale  
Revolution**

**m  
MEIKO**

# TopLine

**...Praktisch so !**

**...denn MEIKO-TopLine**

Reinigungs- und Desinfektionsautomaten bieten nicht nur höchste Reinigungsqualität, sondern auch trockenes, sofort einsatzbereites Pflegegeschirr nach der Wiederaufbereitung durch die neue MEIKO-Technologie:

**AirStreamDryer** und  
**Cool&Dry-System**

Besser geht's nicht.

**TopLine:**

Die neuesten Infos erhalten Sie gerne von MEIKO

**MEIKO Maschinenbau GmbH & Co. KG**  
Englerstr. 3 · 77652 Offenburg · Germany  
Telefon 07 81 / 2 03 - 0 · Telefax 07 81 / 2 03 - 1229  
<http://www.meiko.de> · e-mail: [info@meiko.de](mailto:info@meiko.de)

die Ergebnisse waren mitunter geschönt – gab es 3 Sterne, bei schlechter Beurteilung 0. Wie Prof. Bevan erläuterte, hatte die Bekanntmachung des Sterne-Ratings zur Folge, dass nicht mehr genügend Patienten in diese Häuser eingewiesen wurden, wodurch großer Druck auf das Klinikpersonal entstand, das sich bei einer 0-Bewertung als Versager fühlte und verständlicherweise Sorgen um den Verlust des Arbeitsplatzes machte. Eine weitere Konsequenz des Sterne-Ratings bestand in der deutlichen Verlängerung der Wartezeiten auf Operationen und andere stationäre Behandlungen.

Einen weiteren Schwerpunkt am 17. November bildete das Ecclesia-Forum, in dem Qualitätsstrategien in den deutschen Krankenhäusern erörtert wurden. Zudem hatten die Besucher Gelegenheit, auf der „Krankenhaustag-Informationsbörse“ mit ausgewiesenen Experten Detailfragen zu den Themen „Integrierte Versorgung“, „Medizinische Versorgungszentren“ sowie „Kodier- und Abrechnungsfragen“ bei Leistungen in den Fächern „Innere Medizin“, „Chirurgie“ und „Gynäkologie“ zu erörtern.

Das Ecclesia-Forum führte die vielfältigen gesetzlichen Aspekte der Qualitätssicherung im Krankenhaus vor Augen. Sie reichen von der umfangreichen externen Qualitätssicherung über die Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren, Strukturqualitätsverbesserungen in zahlreichen Fachgebieten, der zwingenden Vorgabe eines Qualitätsmanagements, Mindestmengenvereinbarungen, die Fortbildungsverpflichtung für Fachärzte bis zum strukturierten Qualitätsbericht. Zahlreiche freiwillige Maßnahmen der Krankenhäuser ergänzen das Spektrum der Qualitätsanstrengungen, so die Zertifizierung nach KTQ/proCum Cert oder nach anderen Zertifizierungsmodellen und einzelne gezielte Qualitätssicherungsprojekte in den Krankenhäusern.

Nach der Überzeugung von Dr. Martin Walger, dem für Qualitätssicherung zuständigen Geschäftsführer in der Deutschen Krankenhausgesellschaft, stehen der breiten Palette von Aktivitäten in den Krankenhäusern entsprechende Erfolge gegenüber. So habe die BQS-Ergebniskonferenz Anfang November in Berlin den Krankenhäusern insgesamt eine sehr günstige Gesamtsituation bescheinigt. Der Commonwealth Fund habe das BQS-Verfahren als „beispielhaft“ charakterisiert.

Peter Gausmann, langjähriger Risikoberater und Fachmann beim Aufbau von Risikomanagement-Systemen in Krankenhäusern, plädierte für die Integration von Risk-Management in das Qualitätsmanagement. Zwischen beiden Ansätzen bestehe kein Widerspruch, sondern ein ergänzendes Verhältnis. Risk-Management baue auf der Analyse von Schadenfällen auf und könne als Stimulator für ein gelebtes Qualitätsmanagement wirken. Dr. Dietmar Köhler, Verwaltungsdirektor der Ev. Diakonissenanstalt Karlsruhe Rüppur, kam nach einer Abwägung des Für und Wider einer ganzheitlichen Zertifizierung zu dem Ergebnis, dass gerade KTQ® durch seine Nähe zum Krankenhausgeschehen eine große Chance zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements biete. Jedoch dürfe nie das Zertifikat als das Wichtigste angesehen werden, sondern der kontinuierliche Verbesserungsprozess.

Wie 300 Abteilungsleiter, Chefarzte und andere Verantwortliche erfolgreich auf eine gemeinsame Qualitätsphilosophie eingeschworen werden können, mag Kopfzerbrechen bereiten, ist jedoch die Realität im beruflichen Alltag von Prof. Dr. Martin Hansis in seiner Funktion bei der Rhön-Kliniken AG. Medizinisches Qualitätsmanagement hat seiner Darstellung nach die Aufgabe, gute Medizin planbar und sichtbar zu machen, damit sich die Verantwortlichen – und sicher auch die Patienten – nicht mit der „gefühlten Qualität“ zufrieden geben müssen. Ergebnismessung, die Beschreibung von Abläufen, die Überprüfung komplexer Vorgänge und Strukturen durch Audits und die regelmäßige Veröffentlichung aller Resultate sind 4 Instrumente, die hierbei Anwendung finden. Qualitätsmanagement müsse effizient arbeiten und effektiv sein, das heißt mit einem minimal möglichen Aufwand auskommen, ohne die gewünschten Resultate zu verfehlen. Entscheidend seien des Weiteren die vernünftige Einbettung des Qualitätsmanagements in das Tagesgeschehen und die enge Einbindung aller Beteiligten in die systematisch-gesamtgesellschaftliche Ebene, das heißt zum Beispiel in die breit gefächerte Arbeit der nationalen und internationalen Fachgesellschaften. Hierdurch werde gewährleistet, dass die Kliniken und Klinikabteilungen nicht im „luftleeren Raum“ schweben. Als 4. Referent des Ecclesia-Forums belegte Dr. Christoph Veit auch bei kritischer Betrachtung, dass die externe Qualitätssicherung „mehr Chancen als Risiken“ habe. Sie sei „nicht das Ziel, sondern ein probates Hilfsmittel“ für die kontinuierliche Qualitätsverbesserung in den Krankenhäusern.

## ■ Architekten stellen sich neuen Anforderungen

Am 4. und letzten Tag des 29. Deutschen Krankenhaustages standen aktuelle Fragen in der Krankenhausarchitektur im Fokus der Referate und Diskussionen. Im Rahmen der Vortragsveranstaltung der Architekten für Krankenhausbau und Gesundheitswesen im BDA e.V. (AKG) wies Dr.-Ing. Peter R. Pawlik auf die „neue Bedeutung des Ambulanzbereiches“ hin. Die Einführung eines vollpauschalierbaren Vergütungssystems für Krankenhausleistungen (DRGs) und der damit einhergehende Rückgang der Verweildauer sowie die gesetzlich geförderte Aufhebung der Sektorentrennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung führten zu gänzlich neuen Anreizen für die Planung und Gestaltung von Krankenhausambulanzen, so Pawlik.

In seinem Vortrag zum Thema „DRG-Einfluss auf die Grundrissorganisation“ erklärte Dipl.-Ing. Linus Hofrichter, dass sich das „klassische Krankenhaus von heute zu einem umfassenden Dienstleister“ entwickeln müsse. Auf die Herausforderungen des massiven Sanierungsrückstaus in den Kliniken – bedingt durch den dramatischen Rückgang der Investitionsfördermittel der Länder – müssten auch baulich ganz neue Antworten gefunden werden. So seien Fragen der Wegeoptimierung und der interdisziplinären Mehrfachnutzung des medizinisch-technischen Geräts wichtige krankenhaushausarchitektonische Kriterien bei der Erarbeitung ganzheitlicher Planungskonzepte. Weitere Vorträge behandelten die Themen „Neue Materialien im Krankenhausbau – Chancen zur Kostenoptimierung im Betrieb“ sowie „Auswirkungen der Miniaturisierung der Technik im Krankenhausbau“.

Redaktion/Pressestelle DKG