

Zukunftsweisende Symposien und Kongresse im Bereich der medizinischen Diagnostik bilden die Grundlage für die Entwicklung neuer Strategien zum Nachweis bestimmter Erkrankungen.

Neue Archivierungssysteme erleichtern die Speicherung und Vernetzung medizinischer Daten. Die Vorteile des richtigen Formates liegen auf der Hand.

Präanalytische Methoden und neue mikroskopische Systeme erleichtern den „Alltag“ im Labor bedeutend. Insbesondere für Routineuntersuchungen finden diese Anwendungen ihren festen Platz im Labor.

Business Partner Seite 27, 37

Facility & Management Seite 28-37

Der hygienische Zustand in Alten- und Pflegeeinrichtungen wird beleuchtet, die Sauberkeit von Trinkwasser hinterfragt und mögliche Alternativen aufgezeigt sowie ein Fort- und Weiterbildungsangebot vorgestellt.

Rückblick auf die Aircontec, Vorschau auf die Cleanrooms: Reinraum- und Raumlufttechnik, OP-Decken und Entrauchung zählen zu den Themen, die Hygieniker und Techniker beschäftigen. Die Kontamination von Raumluft durch toxische Arzneimittel lässt sich durch Kombinationsfilter mindern.

Das Ziel von Facility Management ist nicht nur die Reduzierung von gebäude- oder servicebedingten Kosten. Eine Steigerung von Nutzen und Qualität nimmt einen mindestens ebenbürtigen Stellenwert ein.

Wenn es kritisch wird, entscheidet die schnelle Verfügbarkeit von Einsatzkräften, Ärzten und Pflegepersonal über die Beherrschbarkeit der Situation. Ideal, wenn in wenigen Minuten Hunderte von Kräften alarmiert werden können.

Zum Beschluss über die Konkretisierung des gesetzlichen Leistungsanspruchs auf Krankenkost nimmt Sven-David Müller, (DIET) e.V., Stellung. Seite 35

Unternehmen Seite 38

Infomarkt Seite 39

Zahlen/Daten/Fakten/Firmenindex Seite 40

temenden Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser scheiterten. Im Rahmen einer eindeutigen Gewinnorientierung, die der Gesetzgeber ja

hausbehandlung für den Versiche- weiter zu verbessern und ihrem setzlichen Auftrag der sorgfälti- Verwaltung der Versichertengel

Bleibt nur de

Die finanzielle Lage in schleswig-holsteinischen Kliniken spitzt sich zu und das nicht nur aufgrund „normaler“ Kürzungen, Einsparungen oder sog. Ausschöpfung eigentlich nicht mehr vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven. Es ist klar: in jeder Branche, gerade in Zeiten angespannter wirtschaftlicher Lage, muss effizient und qualitativ hochwertig gearbeitet sowie besonders auf einen ausgeglichenen Haushalt geachtet werden.

Die Leistungen in den Kliniken, vor allem in Schleswig-Holstein, sind hervorragend. Dies bestätigen Patienten aus dem In- und mittlerweile zunehmend dem Ausland. Aber die Brisanz der Außenstände in den schleswig-holsteinischen Krankenhäusern nimmt beständig zu. Immer mehr Kliniken klagen über extreme Probleme bei der Abrechnung ihrer Leistungen mit den Krankenkassen. Waren es bislang im Wesentlichen private Kliniken, geraten nunmehr auch öffentlich-rechtliche und freigemeinnützige Krankenhäuser unter dem Zahlungsverhalten der Kassen zunehmend unter finanziellen Druck.

Im Verlauf eines Jahres haben sich die Außenstände der Krankenhäuser nahezu verdoppelt. Sie belaufen sich nach einer Blitzumfrage der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH) unter ihren Mitgliedern (mit über 50 % Beteiligung in einer Woche) im Februar auf rund 58,49 Mio. €. Danach ergäbe dies Außenstände, also fällige Zahlungen der Krankenkassen, bei denen die üblicherweise festgelegte Zahlungsfrist von 14 Tagen verstrichen ist, von 5.889 € pro Planbett und hochgerechnet auf alle

Planbetten von rund 89,4 Mio. Würde allein dieser Betrag r durchschnittlich 7 % verzinst, ergäbe sich ein jährliches Zinsaufkommen von 4 Mio. €.

Nicht das Recht hat sich verändert, sondern das Verhalten der Kasse. Sie agieren unterschiedlich und differenziert:

- Zum Teil konzentrieren sich die Prüfungen der Kassen auf Kliniken und Versorgungsangebot, die bei der Fortschreibung des Krankenhausplanes strittig erörtert wurden. Damit drängt sich der Eindruck auf, einzelne Kassen versuchen über Leistungsrecht Strukturpolitik zu betreiben.
- Der Medizinische Dienst der Krankenkassen wird missbräuchlich eingesetzt, denn Überprüfungen erfolgen zunehmend unregelmäßig; Auslöser ist die Diagnose oder Verweildauer.
- Während der langwierigen Prüfungsverfahren durch den MDK erteilen die Kassen keine Kostenzusage. Die nach Abschluss der Behandlung ausgestellten Rechnungen erhalten die Krankenhäuser dann mit dem Hinweis zurück, eine Kostenzusage sei nicht erteilt worden.
- Die Krankenkassen kürzen immer öfter pauschal die Verweildauer. Dabei berufen sie sich auf durchschnittliche Verweildauern. Für darüber hinausgehende Behandlungstage verlangen sie immer eine Begründung.
- Die Krankenkassen lehnen die Vergütung für stationäre Fälle häufig mit der Begründung ab, die Fälle hätten auch ambulant erbracht werden können.
- Die Kassen verweigern die Vergütung für vorstationäre Behandlung mit der Begründung, die