



Meine Damen und Herren,

Ideen sind der Rohstoff, mit dem wir heute Wirklichkeit gestalten. Diesen Rohstoff gibt es in der modernen Gesellschaft im Überfluss. Auch Kongresse gibt es im Überfluss. Die Kunst ist aber, die Ideen zu finden, die in die Zukunft führen.

Ich habe den Eindruck, dass den Organisatoren dies mit dem Programm zu unserer heutigen Tagung wieder gelungen ist.

Die strukturierte Vernetzung der Gesundheitsdienstleister vor Ort und die Patientensicherheit sind Ideen, deren Umsetzungsqualität darüber entscheidet, wie gut wir mit unserer Einrichtung auch in Zukunft die Akzeptanz der Patienten finden. Und das ist die Herausforderung.

Meine Damen und Herren,

ich begrüße Sie – auch im Namen des VDPGH – zu unserem traditionellen Führungskräfte-seminar. Mittlerweile die 19. Tagung. „Traditionell“ hört sich in der heutigen Zeit etwas verstaubt an. Aber Tradition erwächst aus Qualität. Und die muss sich jedes Jahr neu beweisen.

Ich freue mich, dass wir Ihnen im Vormittagsteil eine zwar spezielle, aber sicherlich spannende Diskussion anbieten können, da zu diesem Thema die unterschiedlichen Sichten der Beteiligten ins Spiel kommen.

Ich begrüße **Dr. Ulrich Orlowski**, Abteilungsleiter der Abteilung für Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im Bundesgesundheitsministerium.

Ich begrüße **Georg Baum**, den Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der für **Herrn Dänzer** an der Podiumsdiskussion teilnehmen wird. **Herr Dänzer** musste kurzfristig absagen wegen eines Termins zu den aktuellen Tarifverhandlungen.

Dann begrüße ich **Dr. Hans-Joachim Helming**, seit vielen Jahren Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, und

Ich begrüße **Johann-Magnus von Stackelberg**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes.

Durch das Programm führt Sie heute **Katja Nellissen**, die ich ebenso herzlich begrüße und die ich auch kurz vorstellen möchte. Sie wird auch die Podiumsteilnehmer vorstellen.

Frau Nellissen ist freie Radio- und Fernseh-Journalistin aus Köln. Sie arbeitet für die ARD, macht unter anderem Wissenschaftsmagazine, moderiert, wie ich im Internet sehen konnte, diverse Podiumsdiskussionen zu Gesundheitsthemen, unter anderem auf dem Weltgesundheitstag 2011 und dem Zukunftskongress Medizintechnik 2011.

Herzlichen Dank schon vorab an Sie alle für Ihre Mitwirkung.

Meine Damen und Herren,

vielleicht ein kurzer inhaltlicher Aufriss von mir.

Wenn wir uns die demographische Entwicklung ansehen, wenn wir berücksichtigen, dass etwa 20 Prozent der in der GKV behandelten Patienten – vorwiegend chronisch Kranke – laut **Professor Beske** rund 80 Prozent der Ausgaben verursachen, wenn wir weiter berücksichtigen, dass die Krankheitsbilder komplexer geworden sind – mehr Menschen mit Mehrfacherkrankungen – dann wird klar, warum wir eine stärkere Vernetzung der Leistungsbereiche brauchen, insbesondere ambulant – stationär und Akut – Reha – Pflege.

Wir haben heute für Sie ein Spezialthema dieses Spektrums herausgegriffen, das der Gesetzgeber neu geregelt hat, die „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“. Wie werden sich diese Leistungen im Schnittmengenbereich von Krankenhaus

und Praxis entwickeln? Wird die Versorgung, insbesondere der schwerkranken onkologischen Patienten, durch die Neuregelung des 116b besser oder wird sie vielleicht sogar schlechter? Der Bundesgesundheitsminister legt Wert darauf, dass die „erlebte Versorgungsrealität“ der Patienten vor Ort verbessert wird. Was ist zu tun, damit eine dazu hilfreiche Versorgungsstruktur vor Ort etabliert wird?

Mit diesen und ähnlichen Fragen werden wir uns befassen.

Meine Damen und Herren,

wenn wir an die Zukunft der Patientenversorgung denken, dann hilft manchmal die Idee, dass wir irgendwann selber Patient sind, vielleicht im hohen Alter – wenn wir Glück haben. Und dann stellt sich die Frage nach der Qualität.

Unser Anspruch ist es, eine im internationalen Vergleich vorbildliche Krankenhausversorgung zu organisieren – *ohne* Billigmedizin, *ohne* Wartelisten, *ohne* Leistungseinschränkungen ab einem gewissen Alter und im Notfall *mit* sofortigem Zugang zur Maximalversorgung. Das erwarten Patienten und Angehörige von uns, aber auch Politiker, Krankenkassen und *jeder* _____ immer dann, wenn er selbst betroffen ist.

Das kostet Geld. Ein Thema, das ich in meiner Bewertung des Versorgungsstrukturgesetzes auch ansprechen werde.

Auf der anderen Seite entnehmen wir den Medien, dass es immer wieder Fälle gibt, in denen Patienten zu Schaden kommen. Beispiele sind Mainz, München, vor drei Wochen Wuppertal und aktuell auch wieder Bremen. Fälle, die alle sehr unterschiedlich gelagert sind, die aber die Bevölkerung alarmieren und den Eindruck erwecken, ein Krankenhaus sei grundsätzlich nicht sicher.

Jeder so entstandene Todesfall ist ein Todesfall zuviel. Soziologisch gesehen wissen wir allerdings gar nicht, ob wir eine veränderte Gefährdungslage in Krankenhäusern haben – Stichwort

zum Beispiel MRSA – oder eine vermehrte Risikokommunikation, die es früher so nicht gab.

Der Soziologe **Ulrich Beck** beschreibt die moderne Gesellschaft seit Mitte der 80er Jahren als „Risikogesellschaft“. Es ginge dabei nicht primär um Modernisierung, sondern um Information, Risiko und Kommunikation von Risiko. Dies zeigt sich bei der von Griechenland ausgehende Eurokrise. Es zeigt sich bei der Reaktorkatastrophe von Fukushima und auch bei einem Hygienevorfall in einem Krankenhaus.

Die Gradwanderung zwischen Risikokommunikation und tatsächlicher Gefährdung wurde aus meiner Sicht besonders deutlich an dem Beispiel „Schweinegrippe“. Es kam im April 2009 durch die WHO zu einer weltweiten Alarmierung mit Einstufung der Grippe als Pandemie. Im Rückblick sind an der Schweinegrippe in Deutschland nach Angaben des Robert-Koch-Instituts (RKI) 258 Menschen gestorben. Sicherlich 258 zuviel. Aber im Vergleich dazu versterben – ebenfalls nach Schätzungen des RKI – an der regelmäßig im Winter auftretenden Influenza jährlich über 10.000 Menschen, für die es keine solche Alarmierung oder Risikokommunikation gibt.

Zwischen Risikokommunikation und tatsächlicher Gefährdungslage kann es also Diskrepanzen geben. In jedem Fall könnten Krankenhäuser mit einer Risikokommunikation so umgehen wie die Bundeskanzlerin mit Fukushima: Auch wenn man selbst nicht betroffen ist, aus den Ereignissen lernen und potenzielle Gefährdungslagen abbauen.

Dazu können im Dialog der Gesundheitsbranche auch die Verbände Vieles beitragen. Der morgige Veranstaltungsteil bietet hier sicherlich wertvolle Einsichten und vielleicht auch Handlungsempfehlungen.

Meine Damen und Herren,

ich möchte mich abschließend noch bedanken für die ausgezeichnete Vorbereitung dieser Veranstaltung: beim Geschäfts-

führer des VDGH **Herrn Dr. Walger**, bei **Frau Möller**, bei der Geschäftsführerin des VKD, **Gabriele Kirchner** und allen, die sich hier eingebracht haben.

Bei **Goethe** habe ich ein schönes Zitat gefunden, das vielleicht ein Motto für unsere Tagung sein könnte, sicherlich für die Podiumsdiskussion. Er sagte:

„Das Gleiche lässt uns in Ruhe. Aber der Widerspruch ist es, der uns produktiv macht.“

In diesem Sinne wünsche ich uns eine produktive Tagung mit vielen guten Ideen und übergebe jetzt das Wort an **Frau Nellissen**.

Vielen Dank.