

Kochanek KD, Smith BL, Anderson RN. Deaths: Preliminary data for 1999. *Natl Vital Stat Rep* 2001;49:1-48

Kortmann H. Aneurysmen der thorakalen, thorakoabdominalen und abdominalen Aorta: endovaskuläre Eingriffe und Sonderformen. In Hepp Kogel. *Gefäßchirurgie*. Elsevier 2006. 2. Auflage. 293-302

Lederle FA, Wilson SE, Johnson GR et al. Design of the abdominal aortic aneurysm detection and management study (ADAMVA Cooperative Study Group). *J Vasc Surg* 1994;20:296-303

Lederle FA, Wilson SE, Johnson GR et al. Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2002;346:1437-1444

Mofidi R, Goldie VJ, Kelman J et al. Influence of sex on expansion rate of abdominal aortic aneurysms. *Br J Surg* 2007;94:310-314

O'Neill S, Greenberg RK, Haddad F, Resch T, Sereika J, Katz E. A prospective

Analysis of fenestrated endovascular Grafting: Intermediate-term outcomes. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006;32:115-123

Ouriel K, Clair DG, Greenberg RK et al. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysms: Device-specific outcome. *J Vasc Surg* 2003;37:991-998

Parodi JC, Palmaz JC, Barone HD. Transfemoral intraluminal graft implantation for abdominal aortic aneurysms. *Ann Vasc Surg* 1991;5:491-499

Petersen E, Boman J, Persson K et al. Chlamydia pneumoniae in human abdominal aortic aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1998;15:138

Sicard GA, Reilly JM, Rubin BG et al. Transabdominal versus retroperitoneal incision for abdominal aortic surgery: report of a prospective randomised trial. *J Vasc Surg* 1995;21:174-181

Verhoeven ELG, Prins TR, Tielliu IFJ et al. Treatment of short-necked infrarenal

aortic Aneurysms with fenestrated stent-grafts: short-term results. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2004;27:477-483

Wain RA, Marin ML, Ohki T et al. Endoleaks after endovascular graft treatment of aortic aneurysms: classification, risk factors and outcome. *J Vasc Surg* 1998;27:69-78

Watson CJ, Walton J, Shaw E et al. What is the long-term outcome for patients with very small abdominal aortic aneurysm? *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1997;14:299-304

Dr. med. Siegfried Krishnabhakdi  
Chefarzt  
Gefäßchirurgische Klinik  
Klinikum Herford  
Schwarzenmoorstr. 70  
32049 Herford  
Tel.: 05221 - 94 22 28 (Sekt. Fr. Starke)  
Fax: 05221 - 94 19 22 28  
E-Mail: siegfried.krishnabhakdi@klinikum-herford.de

# Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung nach der Konvergenzphase

Werner Gerdelmann

## Ausgangslage

Die DRG haben sich von einer anfangs umstrittenen Innovation zu einem abbildungsgenauen Vergütungssystem entwickelt. Die Leistungstransparenz und die Vergütungsgerechtigkeit sind enorm gewachsen. Gleichzeitig erreicht die Komplexität des Entgeltsystems mit allen seinen Spezialregelungen und Ausnahmehereichen allmählich einen Punkt, der nicht mehr überschritten werden sollte. Im Jahr 2009 endet die schrittweise Anpassung der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte an den jeweils gültigen Landesbasisfallwert. Die Konvergenzphase ist dann abgeschlossen und alle Krankenhäuser eines Bundeslandes erhalten denselben Preis für die gleiche DRG. Der Gesetzgeber hat bei der Einführung der DRG bewusst offen gelassen, unter welchen Bedingungen sich nach dem Jahr 2009 die Preise der DRG ermitteln und durch welche Steuerungsmechanismen die Erlöse der Krankenhäuser bzw. die Ausgaben der Krankenkassen beeinflusst werden. Jetzt steht die Politik vor der Herausforderung, möglichst bald ein in sich ge-

schlossenes Modell vorzustellen, das die konträren Vorstellungen der Krankenhäuser, der Länder und der Krankenkassen in einen ordnungspolitischen Rahmen einbettet. Die heterogene Interessenlage innerhalb dieser drei großen Gruppen erschwert die Konsenssuche zusätzlich.

Alle Akteure benötigen möglichst bald klare Rahmenbedingungen und Planungssicherheit. Notwendig sind Anreize durch die Implementierung von Wettbewerbselementen, die praktikabel und kurzfristig umsetzbar sind.

Radikale Einkaufsmodelle sind nicht zielführend, weil solche Experimente nur den lokal stärksten Krankenhäusern und Krankenkassen kurzfristig finanzielle Vorteile verschaffen. Gleichzeitig ist aber davon auszugehen, dass die Kosten des Gesamtsystems explodieren, weil sich niemand mehr für die totale Ausgabenentwicklung verantwortlich fühlt. Der Politik bliebe dann – wie so oft in der Vergangenheit – nichts anderes übrig, als mit kurzfristigen pauschalen Einsparvorgaben zu reagieren, die zwar wirksam, aber ungerecht sind. Zudem würde der administrative Auf-

wand der Krankenhäuser für die Bewältigung der vielfältigen Einzelverträge mit den unterschiedlichen Krankenkassen enorm steigen. Rasche Anpassungsreaktionen der Krankenhäuser auf der Angebotsseite könnten Patienten verunsichern und vorübergehend zu regionalen Versorgungsproblemen führen.

## Ausgereifter DRG-Katalog

Der DRG-Fallpauschalenkatalog ist durch die jährliche Überarbeitung mittlerweile so ausgereift, dass er die Kostenrelationen nahezu aller Krankenhausesfälle realistisch abbildet. Für die Vielzahl der krankenhausesindividuellen Entgelte, die heute noch auf Selbstkostenbasis verhandelt werden, gibt es zukünftig keine Berechtigung mehr. Ein überschaubarer Ausnahmehereich wird zwar weiterhin unvermeidbar bleiben, z.B. für innovative neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Allerdings muss die schleichende Aushöhlung des DRG-Systems durch Schaffung immer neuer Ausnahmehereiche beendet werden. Die Weiterentwicklung des DRG-Systems muss oberste Priorität haben. Die Förderung der Qua-

Berufs- und Gesundheitspolitik

Medizin

Klinische Praxis

Gesundheitswirtschaft

Recht

Aus dem Finanzministerium

Meldungen

Leserforum

Veranstaltungen

Europa

Tagungsberichte

Personalien

Berufs- und Gesundheitspolitik

Medizin

Klinische Praxis

Gesundheitswirtschaft

Recht

Aus dem Finanzministerium

Meldungen

Leserforum

Veranstaltungen

Europa

Tagungsberichte

Personalien

**Berufs- und Gesundheitspolitik**

Medizin

Klinische Praxis

Gesundheitswirtschaft

Recht

Aus dem Finanzministerium

Meldungen

Leserforum

Veranstaltungen

Europa

Tagungsberichte

Personalien

lität der Kalkulationsdaten muss unterstützt werden, weil nur so die Systemgüte verbessert werden kann. Schließlich ist eine bundeseinheitliche Leistungsdefinition die Voraussetzung für einen Preiswettbewerb.

**Wettbewerb und Vertragsrecht**

Wettbewerb ist kein Selbstzweck, sondern ein Instrument, das zu einer effizienten Verteilung der knappen finanziellen Mittel für den Krankenhausbereich beitragen soll. Mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen soll die bestmögliche Behandlung für die Patienten sichergestellt werden. Gleichzeitig sorgt Wettbewerb für wirtschaftliche Dynamik, indem er einerseits einen Anreiz zur ständigen Optimierung von Betriebsabläufen und zur Entwicklung von Innovationen schafft und andererseits Rückständigkeit sanktioniert. Die Preise für handelbare Güter bilden sich auf freien Märkten durch Angebot und Nachfrage. An die Stelle der Märkte tritt bei der Preisfindung für Krankenhausleistungen eine Verhandlungslösung, eine Alternative wäre ein Ausschreibungsverfahren.

Der Kontrahierungszwang bewirkt, dass die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit allen Krankenhäusern, die einen Versorgungsvertrag erhalten haben, Verträge abschließen müssen. Der Nachteil ist, dass keine individuell auf die Bedürfnisse einzelner Krankenkassen zugeschnitten Einzelverträge ausgehandelt werden können. Außerdem hat keine Krankenkasse einen direkten (Wettbewerbs-) Vorteil, wenn sie sich in den Kollektivverhandlungen besonders engagiert, weil das Ergebnis immer allen zugute kommt. Hierdurch entsteht vielfach eine Trittbrettfahrermentalität. Der offensichtliche Vorteil der Kollektivverhandlung sind die minimierten Transaktionskosten. Man stelle sich vor, ein Krankenhaus müsste mit allen Krankenkassen Einzelverhandlungen führen. Wie sollen die Verantwortlichen den Überblick über die komplexen Vertragsbeziehungen behalten? Die Vertragsverhandlungen und die spätere Umsetzung inklu-

sive der Lösungsfindung bei Regelungslücken würden einen gigantischen Aufwand auf beiden Seiten erzeugen, der dem Gesamtsystem Ressourcen entzöge, die für die Behandlung der Patienten nicht mehr zur Verfügung stünden.

**Dosierter Wettbewerb: Kombination von Kollektiv- und Individualverhandlungen**

Die Preise für die Versorgung mit stationären Kernleistungen (Grundversorgung bis Maximalversorgung), die vom Sicherstellungsauftrag der Länder umfasst sind und der Krankenhausplanung unterliegen, sollten grundsätzlich weiterhin im Rahmen kollektiver Vertragsverhandlungen bestimmt werden.

Parallel dazu soll den einzelnen Krankenkassen aber zukünftig die Möglichkeit eröffnet werden, für ein ergänzendes oder substitutives Leistungsangebot optional kassenindividuelle Versorgungsverträge mit ausgesuchten Leistungserbringern abzuschließen, z.B. an der Schnittstelle zur ambulanten oder nachsorgenden Behandlung. Hierbei soll es keine gesetzlichen Vorgaben zur Vertrags- bzw. Vergütungsgestaltung geben, damit die Vertragspartner ungehemmt maßgeschneiderte Vertragslösungen für die eigenen Interessen entwickeln können, z.B. auch durch Ausschreibungen. Sollten sich diese Einzelverträge bewähren, wovon auszugehen ist, muss der Umfang des individualvertraglich zu regelnden Leistungsspektrums sukzessive erweitert werden.

**Beitragsstabilität und Mengenrisiko**

Krankenhausleistungen sind durch ein hohes Maß an Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient gekennzeichnet – ein Umstand, den Krankenhäuser nutzen könnten, um in einem gewissen Umfang die Nachfrage selbst zu bestimmen. Es ist deutlich zu beobachten, dass der durch die fallbezogene Vergütung eingetretene Rückgang der Liegedauern durch Fallzahlsteigerungen kompensiert wird. Hinzu kommt die statistische Leistungszunahme durch die op-

timierte Kodierung. Um diesem angebotsinduzierten Leistungsanstieg effizient entgegenzuwirken, reichen die Instrumente der Einzelfallprüfung nicht aus. Damit die Krankenkassenbeiträge stabil bleiben, kann auf eine Mengenregulierung auch zukünftig nicht verzichtet werden.

Die in der stationären Versorgung etablierte flexible Budgetierung mit Mehr- und Mindererlösausgleichen hat sich als probates Mittel erwiesen. Im Rahmen der kollektivvertraglichen Regelungen sollte zukünftig mit jedem Krankenhaus prospektiv ein dynamischer Erlösrahmen vereinbart werden. Über Art und Umfang des Leistungsspektrums ist krankenhausesindividuell zu verhandeln. Die Obergrenze für die Preiskomponente (Basisfallwert) wird zentral vorgegeben, entweder auf Bundes- oder auf Landesebene. Eingetretene Erlösabweichungen werden durch Mehr- oder Mindererlösausgleiche korrigiert. Dabei ist eine Möglichkeit vorzusehen, die es den Vertragspartnern erlaubt, symmetrische Karenzintervalle festzulegen, innerhalb derer keine Ausgleichsregelungen greifen. Man könnte eine solche Regelung als kontrollierte Mengenfregabe bezeichnen.

Flankierend bedarf es eines Korrektivs auf der Landesebene, durch das die Ausgaben steigenden Effekte von Fallzahlzunahme und veränderter Kodierung wirksam neutralisiert werden. Dies soll durch landesbezogene Ausgabenbudgets erfolgen, über die bei Leistungsausweitungen die notwendige Absenkung des einheitlichen Höchstpreises (Basisfallwert) berechnet wird.

Das Nebeneinander von individuellen und kollektiven Verträgen setzt voraus, dass der Ausgliederung von Leistungen auch eine Verlagerung der Finanzströme folgt, sowohl zwischen dem kollektiven Erlösrahmen und den kassenindividuellen Verträgen im Krankenhaus als auch zwischen den einzelnen Sektoren.

**Wo ist Berechtigung für unterschiedliche Preise in den Ländern?**

Nach Abschluss der Konvergenzphase gelten in den einzelnen

Bundesländern unterschiedlich hohe Landesbasisfallwerte. Diese Unterschiede werden nicht mehr so hoch ausfallen wie zu Beginn im Jahr 2005, weil zu beobachten ist, dass sich die Werte über die Jahre hinweg annähern. Doch es wird immer noch Abweichungen bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung zwischen den Ländern geben. Diese Differenzen werden politisch schon jetzt von den „günstigen“ Ländern thematisiert – verbunden mit der Forderung nach einer Anhebung. Das Gerechtigkeitsempfinden und die betriebswirtschaftlichen Fakten sowie die Einführung des Gesundheitsfonds sprechen für einen bundeseinheitlichen Preis. Die Höhe der maßgeblichen Sach- und Personalkosten für die Krankenhausbehandlungen ist in allen Bundesländern nahezu gleich. Das Tarifgefälle zwischen den neuen und den alten Bundesländern wird mittelfristig beseitigt sein. Die noch bestehenden Unterschiede im Niveau der Krankenhausvergütung sind historisch bedingt. Zurückszuführen sind sie auf die unterschiedliche Verhandlungsintensität in der Zeit der Selbstkostendeckung.

Die Frage, ob es landeseinheitliche Basisfallwerte oder einen bundeseinheitlichen Basisfallwert gibt, wird noch viel Abstimmung erfordern. Es wäre zwar sinnvoll, wenn ein bundeseinheitlicher Wert als Richtwert für die Landesbasisfallwerte vorgegeben wird und eine Anpassung der Landeswerte erfolgt. Allerdings darf die Anpassung nur unter der strikten Voraussetzung geschehen, dass das Ausgabenvolumen für die Krankenhausvergütung durch die Umverteilung bundesweit insgesamt konstant bleibt. Die Angleichung der Landesbasisfallwerte darf nicht nur in eine Richtung erfolgen. Für einige Hochpreisregionen bedeutet dies deutliche Einschnitte. Hier ist Skepsis angebracht, ob die Politik den Mut aufbringt, dieses Prinzip konsequent umzusetzen.

Elementar ist, dass die einheitlichen Basisfallwerte – sei es auf Landes- oder Bundesebene – zukünftig Höchstpreise darstellen, die in den Verhandlungen mit den Krankenhäusern unterschritten werden können. Hierdurch wird ein Wettbewerbselement eingeführt, das die wirtschaftliche Dy-

namik fördert. Die heute faktisch geltenden Festpreise sind leider mittlerweile so bemessen, dass sie fast allen Krankenhäusern kostendeckende Einnahmen garantieren und vielen ungerechtfertigte Überschüsse bescheren. Die Festpreise lähmen den Veränderungsprozess, verhindern das Abschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven durch die Krankenkassen und führen zu Ressourcenverschwendung z.B. in Form von Überkapazitäten.

### Veränderte Krankenhausplanung

Planung ist die gedankliche Vorwegnahme einer zukünftigen Entwicklung. Bei der derzeitigen Krankenhausplanung der Länder gewinnt man den Eindruck, dass nur die bereits eingetretenen Veränderungen auf dem Papier nachvollzogen werden. Mit der Einführung des fall- und leistungsbezogenen Entgeltsystems und der vorwiegenden Beibehaltung der angebotsorientierten Kapazitätsplanung durch die Länder ist die Kongruenz zwischen Abrechnungs- und Plan-einheit nicht mehr gegeben. Der Verweildauerrückgang und die sektoralen Verschiebungen haben sich losgelöst von den Planvorgaben der Länder entwickelt. Es wäre nicht zweckmäßig, die angebotsorientierte Kapazitätsplanung durch eine quantitative Leistungsplanung mit vorgegebenen Leistungskontingenten zu ersetzen. Mit quantitativen Vorgaben würden die örtlichen Verhandlungen nicht unterstützt, sondern eher behindert. Länderplanung soll sich zukünftig nicht damit befassen, wie viele Leistungen in einem Krankenhaus oder in einer Region erbracht werden sollen, sondern welche Leistungsart an welchem Krankenhaus angeboten werden darf. Mit einer Konkretisierung der Versorgungsaufträge seitens der Länder könnte eine Harmonisierung von Planung und örtlichen Verhandlungen erreicht werden und Konflikte vermieden werden.

Die betten- und fachabteilungsbezogenen Planvorgaben der Länder müssen in Orientierungsgrößen für die örtlichen Vertragsparteien umgewandelt werden. Dies setzt keine konkrete Standortfestlegung mehr voraus. Es

sollte den Vertragsparteien überlassen bleiben, welche Standorte innerhalb einer vorgegeben Region die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherstellen.

### Notgedrungen weiterhin duale Finanzierung

Die Finanzierung der im Krankenhaus anfallenden Betriebs- und Investitionskosten aus einer Hand im Rahmen einer monistischen Finanzierung wäre unbestritten ein Segen für die Krankenhauslandschaft. Denn nur wenn auch die Folgekosten bei einer Investitionsentscheidung ins Kalkül gezogen werden, ist die Verwendung der Mittel effizient. Die betriebswirtschaftlichen Fehlanreize, die von der dualen Finanzierung ausgehen, sind unübersehbar. Aufgrund ihrer Finanznot verabschieden sich die Länder zunehmend aus ihrer Finanzierungsverantwortung. Die Folgen haben die Krankenkassen in Form von überhöhten Betriebskosten zu tragen.

Denkbar wäre es, dass die Finanzierung der laufenden Investitionskosten (Pauschalförderung) über ein separat kalkuliertes Relativgewichtssystem mit eigenem Investitionsbasisfallwert erfolgt. Dies wäre eine technische Umstellung, die zu einer leistungsgerechten Mittelverteilung führen würde, aber losgelöst von der Frage der Finanzierungsträgerschaft ist.

Eine monistische Finanzierung, die Voraussetzung für einen sektorübergreifenden Wettbewerb wäre, ist aber nicht ohne Beitragserhöhungen in der GKV finanzierbar, zumal auch der Investitionsstau in zweistelliger Milliardenhöhe (die DKG spricht von 50 Mrd. EUR) aufgelöst werden muss. Zusagen der Politik, die Zusatzbelastung der GKV zu kompensieren, haben sich als nicht zuverlässig erwiesen. Eine monistische Finanzierung kommt aber nur auf der Grundlage langfristig verlässlicher Bedingungen in Frage. Solange allerdings die Bundesländer die Hoheit über die Krankenhausplanung besitzen – auch wenn sie ihrer Finanzierungsverpflichtung nicht nachkommen – und die Frage der Gegenfinanzierung nicht geklärt ist, besteht keine Veranlassung, sich für eine

## Berufs- und Gesundheitspolitik

Medizin

Klinische Praxis

Gesundheitswirtschaft

Recht

Aus dem Finanzministerium

Meldungen

Leserforum

Veranstaltungen

Europa

Tagungsberichte

Personalien

**Berufs- und Gesundheitspolitik**

Medizin

Klinische Praxis

Gesundheitswirtschaft

Recht

Aus dem Finanzministerium

Meldungen

Leserforum

Veranstaltungen

Europa

Tagungsberichte

Personalien

monistische Finanzierung über Nutzungsentgelte einzusetzen.

Der Rückstand der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern hat sich, was die investive Ausstattung angeht, mittlerweile in einen sichtbaren Vorsprung gegenüber den Krankenhäusern der alten Bundesländer umgekehrt. Zurückzuführen ist das auf den „Investitionszuschlag neue Bundesländer“, den die Krankenkassen bezahlen müssen. Für eine Sonderbehandlung der neuen Bundesländer gibt es mittlerweile keine Berechtigung mehr. Der Investitionskostenzuschlag (Art. 14 GSG) gehört daher unbedingt auf den Prüfstand.

### Neues Entgeltsystem für die Psychiatrie überfällig

Annähernd 10 Prozent Krankenhausaufgaben entfallen auf die stationäre psychiatrische Behandlung. Die Dynamik der Ausgabenentwicklung übertrifft die Somatik sehr deutlich. Der Psychiatriebereich ist von der DRG-Vergütung ausgenommen. Hier gelten nach wie vor tagesgleiche Pflegesätze, die krankenhausspezifisch auf der Grundlage von Selbstkosten ermittelt werden.

Daher bestehen wenig Anreize zur wirtschaftlichen Mittelverwendung. Ein Preiswettbewerb zwischen den Einrichtungen ist nicht einmal in Ansätzen festzustellen.

Es ist also höchste Zeit, dass auch dieser relevante Ausgabenbereich in ein zeitgemäßes pauschalierendes Entgeltsystem überführt wird. Für die Einführung einer fallbezogenen Vergütung fehlen die entsprechenden Voraussetzungen, weil die Abgrenzung eines Krankenhaufalls wegen der unterschiedlichen Behandlungskonzepte im Zusammenhang mit der Wiederaufnahme von Patienten problematisch ist. Mit den definierten Leistungsbeirichen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) existiert jedoch eine einheitliche und allgemein anerkannte Leistungsdefinition für das psychiatrische Leistungsspektrum, das zudem die Leistungen sachgerechter abbildet als vergleichbare internationale DRG-Systeme. Die Psych-PV eignet sich hervorragend als Grundlage für eine pauschalierende tagesbezogene Vergütung. Da rund 90 Prozent der Kosten einer psychiatrischen Einrichtung auf das Personal ent-

fallen, können die Minutenwerte der Psych-PV zur Kalkulation bundeseinheitlicher tagesbezogener Relativgewichte herangezogen werden. Die tagesbezogenen Entgelte orientieren sich dann nicht mehr an Fachabteilungen, sondern werden für jeden einzelnen Behandlungsbereich festgelegt. Die Vergütung für die Behandlung eines psychiatrischen Patienten setzt sich dann zusammen aus

- einem Basispflegesatz pro Behandlungstag für die „Hotelleistung“, der landesweit einheitlich festgelegt wird und
- einem Pflegesatz pro Behandlungsbereich nach Psych-PV, der sich aus der Multiplikation von tagesbezogenem Relativgewicht und einem Basiswert, der schrittweise zu vereinheitlichen ist, ergibt (analog DRG).

Dr. Werner Gerdemann,  
Vorstandsvorsitzender  
Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.  
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.  
Frankfurter Straße 84  
53721 Siegburg  
Telefon 02241/ 10 8-2 21  
Fax 02241/ 10 8-4 65  
Internet www.vdak-aev.de

## ARZT UND KRANKENHAUS

### Herausgeber:

Verband der Leitenden  
Krankenhausärzte Deutschlands e.V.  
Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf  
Telefon (02 11) 4 54 99-0  
Internet: www.vlk-online.de  
E-Mail: info@vlk-online.de

Organ des Verbandes der Leitenden  
Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

### Büro der Chefredaktion:

ARZT und Krankenhaus  
Verband der Leitenden  
Krankenhausärzte Deutschlands e.V.  
Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf  
Telefon (02 11) 4 54 99-0  
Fax (02 11) 4 54 19 14

### Chefredaktion:

Dipl.-Volksw. Gerd Norden  
Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf  
Telefon (02 11) 4 54 99-0, Fax (02 11) 4 54 19 14  
E-Mail: info@vlk-online.de

Prof. Dr. med. Karl Heinz Schriefers  
Karl-Härle-Straße 9, 56075 Koblenz  
Telefon (02 61) 5 66 44, Fax (02 61) 5 10 05

### Redaktionsbeirat:

H. Nolte (Pinneberg), G. Norden (Düsseldorf),  
G. Schmoz (Hartmannsdorf), M. A. Weber  
(Dachau), H.-F. Weiser (Rotenburg)

Zuschriften an:  
Verband der Leitenden  
Krankenhausärzte Deutschlands e.V.  
Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

### Verantwortlich für Arzt und Recht:

Rechtsanwalt B. Klostermann  
Kortumstr. 100, 44787 Bochum  
Telefon (02 34) 96 16 50  
Fax (02 34) 9 61 65 99

### Verlag und Vertrieb:

Hansisches Verlagskontor GmbH,  
Mengstraße 16, 23552 Lübeck, Postfach 23547  
Lübeck, Telefon (04 51) 70 31-01

### Anzeigen:

Verlag Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck,  
Christiane Kermel, Telefon (04 51) 70 31-279,  
Telefax (04 51) 70 31-280

Arzt und Krankenhaus erscheint zum  
12. eines jeden Monats.

### Bezugsmöglichkeiten:

Einzelheft € 4,80, Jahresabonnement € 48,00  
zuzüglich € 6,20 Versandkosten. Das Abonnement bezieht sich auf ein volles Kalenderjahr. Abonnements laufen mindestens ein Kalenderjahr und verlängern sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht sechs Wochen vor Jahresfrist eine Kündigung erfolgt ist. Für Mitglieder des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

### Anzeigenpreise:

Preisliste Nr. 22 vom 1. Oktober 2006

### IVW-geprüfte Auflage

© 2006 ISSN: 0341-9754



Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für zugesandte Manuskripte, Bildmaterial und Zuschriften wird keinerlei Gewähr übernommen.



Hansisches Verlagskontor GmbH