

INHALT	Seite
Impressionen aus der Mitgliederversammlung	
2003	11
Geschäftsbericht	15
Vorwort	15
1. Krankenhausplanung	17
2. Krankenhausfinanzierung	19
2.1 Landesförderung.....	19
2.1.1 Pauschale Förderung gemäß § 9 Abs. 3 KHG i.V.m. § 17 LKGBbg.....	19
2.1.2 Einzelförderung gem. § 9 Abs. 2 KHG / Investitions- programm gem. Artikel 14 GSG.....	20
2.2 Budgetierung.....	21
2.2.1 Strukturgespräche	21
2.2.2 Pflegesatzverhandlungen.....	22
2.2.3 Punktwerte für FP und SE 2002.....	23
2.2.4 Pflegesatzverfahren für 2003.....	24
2.2.5 Vergütung ambulanter Leistungen.....	24
2.3 Schiedsstellenverfahren gemäß § 18 a KHG...	25
3. Projektaufgaben EDV	25
4. Rechts- und Vertragsangelegenheiten	28
5. Qualitätssicherung	31
6. Ärztemangel	32
7. Informations- und Fortbildungs- veranstaltungen	34
8. Vorstand und Geschäftsführung	34

Mitgliederversammlung 2003

Das Auditorium

Die Mitglieder



Minister Günter Baaske im Gespräch mit dem Hauptgeschäftsführer der DKG, Jörg Robbers, und dem Geschäftsführer der LKB, Dr. Dieter Borchmann



Der Vorsitzende Detlef Lischka im Gespräch mit den Geschäftsführern





**WAHL
DES
VORSTANDES**



Die Wahlkommission:

Frau Steppan
Frau Renken
Frau Behrendt





Geschäftsbericht 2002

Dr. Dieter Borchmann
Geschäftsführer

Vorwort

Hochverehrte Mitglieder,

die Geschäftstätigkeit der LKB für das abgelaufene Geschäftsjahr wurde wiederum vordergründig von der Umsetzung der durch die Politik neu veranlassten Rahmenbedingungen geprägt; wie es im vergangenen Jahr auch der Fall war.

GESUNDHEITS- REFORM

Die Gesundheitsreform - und ich setze bewusst kein Jahr mehr hinter dieses Schlagwort - ist zum ständigen Wegbegleiter unseres Gesundheits- und Sozialsystems geworden. Ich ahne, dass dies auch so bleiben wird, und denke, es handelt sich dabei um die ständige Anpassung und Vorgabe von Leitlinien zur Behandlung eines chronisch kränkelnden Systems, sozusagen dem DMP für das Gesundheitswesen selbst. Allerdings kann ich mich dabei des Eindruckes nicht erwehren, dass gelegentlich an der falschen Stelle therapiert wird.

Nach wie vor ist ein mit den Reformdiskussionen einhergehender Werteverlust für die Stellung des Gesundheitswesens in der Gesellschaft zu registrieren. Es ist meines Erachtens schon falsch, wenn die hohen „Kosten“ (Anteil der Ausgaben gemessen am Bruttosozialprodukt) bereits wie ein Makel an den Anfang jeder Diskussion gestellt werden. Wer, wenn nicht eine der größten und modernsten Volkswirtschaften der Welt, soll denn an der Spitze einer Vergleichsskala liegen?

Die Dienstleistung Gesundheitsfürsorge erfährt in der heutigen

**ZIELE
GESUNDHEITS-
WESEN**

Generation eine völlig neue Inanspruchnahme als bei unseren Vorgängern. Wissenschaft und Industrie haben unter der Überschrift „medizinischer Fortschritt“ ein Angebotspotential entfaltet, das praktisch eine unbegrenzte Nachfrage nach entsprechenden Leistungen geschaffen hat. Zur Befriedigung dieser bedienen wir uns seit Bismarck dem Grunde nach des selben Systems; man könnte auch sagen, dass uns seitdem nicht viel Neues eingefallen ist. Hier liegt das eigentliche Übel.

So lange die Politik nicht in der Lage sein wird, eine Neubestimmung des Gesundheitswesens in der Gesellschaft unter den Aspekten:

- Versorgungsziele der Gesellschaft,
- volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens,
- gewandelte gesellschaftliche Normen und Werte und daraus resultierende Veränderungen im Dienstleistungsbereich einerseits und im Nachfrageverhalten (Konsum) andererseits vorzunehmen, und statt dessen mit Teillösungen mal mehr oder weniger die Seite der Kostenträger und Patienten respektive Leistungserbringer belastet, kann von einer nachhaltigen Reform keine Rede sein.

Die LKB wird unter den skizzierten Bedingungen ihren Weg, einerseits verbandspolitisch für einen solchen politischen Rahmen zu kämpfen, der den unterschiedlichen Trägern ihre Einordnung in denselben ermöglicht, und andererseits Serviceeinrichtung für jedes einzelne Mitgliedskrankenhaus zu sein, weitergehen. Inwieweit uns dies im zurückliegenden Geschäftsjahr gelungen ist, soll durch die Ergebnisdarstellungen im Rahmen des Geschäftsberichtes verdeutlicht werden.

Wie schon im vergangenen Jahr, wurde seitens der Geschäftsstelle redaktionell auf das Veranschaulichen im Sinne einer Faktendarstellung mehr Aufmerksamkeit als auf verbale Einschätzungen verwendet und wir hoffen, damit in Ihrem Sinne, liebe Mitglieder, gehandelt zu haben.

**NEUER
KRANKENHAUS
PLAN**

**LEISTUNGS-
PLANUNG**

**ZWEITE
ÖFFENTLICHE
RUNDE**

1. Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung im Land war im Jahr 2002 von der 1. (pauschalen) Fortschreibung des 2. Krankenhausplans gekennzeichnet. Die bereits in 2001 gebildete Arbeitsgruppe aus Vertretern des MASGF und der Krankenkassen, in der die LKB mit „Beobachterstatus“ vertreten war, setzte ihre begonnene Arbeit fort.

Auf der Basis der Leistungsdaten aller Krankenhäuser aus den Jahren 2000 und 2001 sowie unter Berücksichtigung der sogenannten „Rüschmann-Studie“ wurden in der Arbeitsgruppe Vorschläge zur Fortschreibung des Krankenhausplanes erarbeitet. Das MASGF als zuständige Planungsbehörde im Land hat dann aus den Ergebnissen der Arbeitsgruppentätigkeit seine Planungsvorschläge erarbeitet. Diese wurden in bewährter Weise in 5 Regionalkonferenzen im April und Mai 2002 den Beteiligten vorgestellt und mit ihnen diskutiert. Da erwartungsgemäß nicht zu allen Vorschlägen der Planungsbehörde gleich in den Konferenzen Konsens erzielt werden konnte, gab es im Anschluss erneute Abstimmungsgespräche zwischen einzelnen Krankenhausträgern und der Planungsbehörde. Diese stimmte ihre veränderten Vorschläge danach nochmals in 3 Sitzungen mit der Arbeitsgruppe ab. Da durch die vom MASGF vorgebrachten Veränderungen wesentliche Korrekturen der Planungen in den Versorgungsgebieten eingetreten waren, forderten die LKB-Vertreter in der Arbeitsgruppe, dass die nunmehrigen Ergebnisse bzw. Planungsvorschläge erneut allen Beteiligten der einzelnen Versorgungsregionen vorgestellt werden sollten. Dies geschah dann in zwei Veranstaltungen Mitte Juni 2002. Im Anschluss daran gab es noch Einzelgespräche zwischen der Planungsbehörde und einzelnen Krankenhausträgern, die zu weiteren geringfügigen Veränderungen der Planungsvorschläge führten. Am 2. Juli 2002 fand dann die Anhörung der an der stationären Versorgung im Land beteiligten Institutionen und Verbände statt und am 2. September 2002 die abschließende

**KEIN
GENERELLES
EINVERNEHMEN**

Landeskonferenz. Dort hat die LKB ihr grundsätzliches Einverständnis zu den Grundsätzen der Planung und zum Planungsverfahren erklärt. Da einzelne Krankenhausträger nicht in der Lage waren, sich mit den Zielen der Fortschreibung einverstanden zu erklären, konnte die LKB kein generelles Einvernehmen mit der 1. Fortschreibung des 2. Krankenhausplanes erklären. Nach entsprechendem Beschluss des LKB-Vorstandes wurde dies der Planungsbehörde mit Schreiben vom 17. Oktober 2002 mitgeteilt.

Die Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen gemäß § 12 Abs. 1 LKGBbg fand im Oktober 2002 statt.

Von der Landesregierung wurde die 1. Fortschreibung des 2. Krankenhausplanes am 17. Dezember 2002 beschlossen. Die Feststellungsbescheide sind den Krankenhausträgern erst in diesem Jahr zugegangen.

**ZIEL:
15.835
PLANBETTEN**

Die mit der 1. Fortschreibung des Krankenhausplanes anvisierte Planbettenzahl beträgt in Summe 15.835 Betten und Tagesklinikplätze. Dies entspricht einer geplanten Bettendichte von 608,6 je 100.000 Einwohner. Zum Vergleich: die bundesdeutsche Bettendichte betrug 2000 je 100.000 Einwohner 676,5.

Gegenüber der IST-Bettenzahl per 1. Januar 2002 bedeutet die Planvorgabe eine Reduzierung um 731 Betten (4,41 %).

**KEINE
STANDORT-
SCHLIESSUNGEN**

Die Planbettenzahl verringerte sich von 16.490 Betten um 655 (3,97 %). Einzelne Krankenhausstandorte wurden nicht aus dem Krankenhausplan genommen. Definitiv sind bereits 5 eigenständige Fachabteilungen aus dem Plan gestrichen worden (3 x Gynäkologie/Geburtshilfe, 1 x Lungenheilkunde, 1 x Nuklearmedizin).

29 Fachabteilungen an 25 Krankenhäusern wurden zu ihrem Bestand oder zu ihrer Bettenzahl mit Prüfvermerken belegt, die zeitlich bis ins 1. Quartal des Jahres 2005 reichen. Betten der Intensivmedizin werden grundsätzlich nicht mehr ausgewiesen. Die bisher ausgewiesenen Betten sind einzelnen Fachabteilungen zugerechnet worden.

Subdisziplinen der einzelnen Fachabteilungen unterlagen nicht der Landesplanung, leider wurden unzureichende, nicht vollständige Auflistungen einzelner Subdisziplinen nachrichtlich in den Textteil des Krankenhausplanes aufgenommen.

2. Krankenhausfinanzierung

2.1 Landesförderung

2.1.1 Pauschale Fördermittel gemäß § 9 Abs. 3 KHG

i. V. m. § 17 LKGBbg

Im Geschäftsbericht für das Jahr 2001 wurde noch bemängelt, dass sich die Höhe der pauschalen Fördermittel noch immer auf dem Niveau des Jahres 1997 befand und das Land seiner Pflicht zur Anpassung an die stattfindende Preisentwicklung nicht nachkomme.

Im Jahr 2002 war die Situation noch katastrophaler. Nicht nur die Auszahlung der Mittel zum Jahresende (die Pauschalförderverordnung des Landes wurde erst am 12. Dezember veröffentlicht) brachte die Krankenhäuser in Liquiditätsprobleme, darüber hinaus wurde auch die Höhe der Mittel um 16,25 % reduziert (*Tab./Abb. 4*).

Obwohl das Land durch zahlreiche Hinweise der LKB und ihrer Mitglieder auf den erhöhten Wiederbeschaffungsbedarf z. B. in der Geräteausstattung aufmerksam gemacht wurde, konnte das Land seinen gesetzlichen Verpflichtungen erneut nicht nachkommen. Die Absenkungen wurden mit der finanziellen Situation des Landes Brandenburg begründet. Auf Anregung aus dem LKB-Vorstand wurden in der Geschäftsstelle die rechtlichen Möglichkeiten gegen die Absenkung der Mittel geprüft und den Mitgliedern mit Sonderrundschreiben zur Kenntnis gegeben. Inwieweit die Krankenhausträger davon Gebrauch gemacht haben, ist nicht bekannt.

**NIEDRIGE
PAUSCHALEN
ZU SPÄTE
AUSZAHLUNG**

**KEIN
ABGESTIMMTES
INVESTITIONS-
PROGRAMM 2002**

2.1.2 *Einzelförderung gemäß § 9 Abs. 2 KHG /*

Investitionsprogramm gemäß Artikel 14 GSG

Wurde das Investitionsprogramm für das Jahr 2001 erst zum Jahresende 2001 verabschiedet, so gibt es für das Jahr 2002 **kein** zwischen dem Land Brandenburg, den Kostenträgern und der LKB abgestimmtes Krankenhausinvestitionsprogramm.

Bereits im Juli des Jahres 2002 hat sich aufgrund der Erfahrungen aus dem Vorjahr und der sich abzeichnenden Haushaltsproblematik des Landes Brandenburg der Vorsitzende der LKB schriftlich an den Ministerpräsidenten des Landes gewandt und die Sorge der LKB um die Fortführung des Investitionsprogramms zum Ausdruck gebracht. Die Reaktion des Landes war von bekannter Hinhalte- und Vertröstungstaktik gekennzeichnet. Erst im November des Jahres wurde dem LKB-Vorstand ein Überblick über den Stand und die Fortführung des Programms vom zuständigen Fachreferat des MASGF gegeben.

Der Mittelabfluss aus dem Investitionsprogramm gem. Artikel 14 GSG betrug nach vorläufigen Angaben des MASGF in 2002 158.858.980 Euro. Aufgrund der gesetzlichen Regelungen des Solidarpaktes 2 ist eine Aufschlüsselung der Anteile auf Landes-, Bundes- und Kassenmittel für 2002 nicht mehr möglich. Nach Angaben des MASGF konnten in 2002 aber Bundesmittel in Höhe von 22,8 Mio. Euro von den bisher nicht abgerufenen Bundesmitteln den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden.

Geht man von der Annahme aus, dass jährlich je 56,24 Mio. Euro (110 Mio. DM) an Bundesmitteln und Landesmitteln und darüber hinaus die Benutzerbeiträge der Jahre 1995 bis 2002 in Höhe von in Summe ca. 199,92 Mio. Euro (391 Mio. DM) zur Verfügung gestanden haben, hätten rund 1,099 Mrd. Euro (2,151 Mrd. DM) Einzelfördermittel gem. Artikel 14 GSG in die Krankenhäuser des Landes Brandenburg fließen können. Der

**INVESTITIONS-
PROGRAMME
NICHT
AUSGESCHÖPFT**

(vorläufige) Mittelabfluss betrug bis Ende 2002 1,055 Mrd. Euro (2,064 Mrd. DM).

Somit wurden bisher rund 44 Mio. Euro den Krankenhäusern an dringend notwendigen Einzelfördermitteln vorenthalten. Die derzeitigen Haushaltslage des Landes Brandenburg lässt Zweifel aufkommen, ob diese Mittel in Zukunft „nachgezahlt“ werden.

2.2 Budgetierung

2.2.1 Strukturgespräche

Das Bemühen der LKB war wie jedes Jahr darauf gerichtet, mit den Krankenkassen einen Rahmen zu vereinbaren, der möglichst prospektive und zeitnahe Pflegesatzverhandlungen für die Mitgliedskrankenhäuser ermöglicht.

Ständige Gesetzesänderungen und sich anschließende Interpretationsprobleme stehen diesem gesetzlich verbrieften Recht der Krankenhäuser häufig im Weg, was wiederum auch für das Jahr 2002 der Fall war.

14
STRUKTUR-
GESPRÄCHE

Am 27. Juni 2001 fand ein vorbereitendes Grundsatzgespräch mit den Vertretern der ARGE der Krankenkassen im Land Brandenburg statt. Es wurde vereinbart, dass Strukturgespräche nur bei Bedarf der Krankenhäuser geführt werden. 14 Krankenhäuser meldeten diesen Bedarf an und die Gespräche fanden in der Zeit von September bis November 2001 statt. In diesen Gesprächen, an denen die Vertreter der Geschäftsstelle auf Wunsch der Krankenhäuser teilnahmen, wurde in der Regel Einigung über die für 2002 geplanten Leistungen und über strukturelle Veränderungen infolge des Krankenhausplanes oder in Umsetzung des Investitionsprogramms des Landes erreicht. Dies galt zum Teil auch für die Bestimmung von Teilkostenblöcken, die damit in Zusammenhang standen bzw. stehen.

2.2.2 Pflegesatzverhandlungen

In den Sommermonaten 2001 tagte die sogenannte technische Arbeitsgruppe (LKB und Kassen) mit der Zielstellung, wesentliche Rahmenbedingungen für die Pflegesatzvereinbarung 2002, die Erstellung eines Berechnungsschemas und das Umsetzen in die LKA zu finden. Zum Zeitpunkt der Bekanntgabe der Veränderungsrate gem § 71 SGB V im September war diese Arbeit geleistet. Der Vorstand der LKB und die Teilnehmer der Informationsveranstaltung stimmten den mit den Kassen einvernehmlich konsentierten Bedingungen bzw. Unterlagen im Sinne einer Rahmenempfehlung zu.

**16
PROSPEKTIVE
VERHANDLUNGEN**

Im Jahre 2001 konnten somit noch 16 prospektive Pflegesatzverhandlungen für 2002 geführt werden!

**1,4 MRD. EURO
UMSÄTZE IN
DEN KRANKEN-
HÄUSERN**

Die weiteren Verhandlungen zogen sich allerdings bis zum 7. Juni 2002 hin. Bei der Interpretation der Ergebniszahlen muss wiederum mit Vorsicht bzw. Umsicht zu Werke gegangen werden. Da im Rahmen der Verhandlungen für 2002 der endgültige Erlösausgleich für 2001 nicht zum Tragen kam, erklärt sich der Rückgang des sogenannten maximalen Erlösbudgets aller Krankenhäuser gegenüber dem Vorjahr um 0,5 % auf 1,402 Mrd. Euro. Dass außer dem per Gesetz für das Jahr 2002 quasi zugesicherten „Entwicklungsfaktor“ wie der Veränderungsrate gemäß § 71 SGB V weitere Tatbestände als abgestimmte Berechnungsgröße im sogenannten Rechenschema Berücksichtigung fanden, ist Ausdruck zunehmend schwieriger, aber noch führbarer Verhandlungen zwischen Krankenkassenverbänden und LKB zu bewerten. Hausindividuelle Ergebnisse sollen an dieser Stelle nicht kommentiert werden und nur insoweit Erwähnung finden, dass es auch Budgetabsenkungen gab.

Die im Rahmen der LKA vereinbarten Budgets stiegen gegenüber dem Vorjahr um 3,54 % auf insgesamt 1,382 Mrd. Euro, was wiederum deutlich macht, dass noch eine Reihe von Folgekosten aus dem Krankenhausplan im Sinne medizinisch

**FALLZAHL-
STEIGERUNG**

**NIEDRIGE
FALLKOSTEN**

notwendiger struktureller Veränderungen umzusetzen waren.

Der Trend der Fallzahlsteigerung ist nach wie vor ungebrochen. Wie jedes Jahr wurden mehr Fälle erbracht als vereinbart und es wurden insgesamt **551.601** Fälle abgerechnet, was einer Steigerung um 2,44 % entspricht. Bei einer weiteren Absenkung der Verweildauer (- 2,6 % auf 9,73 Tage / Fälle über alles), die die Krankenkassen gerne zu Verhandlungsgrundlage für die Absenkung der Budgets machen, wird deutlich, dass Grenzkostenbereiche erreicht werden. Teilweise zusätzlich vereinbartes Personal wie auch entsprechende Sachkosten haben dazu geführt, dass der Trend des „Fallkostenverfalles“ gestoppt wurde. Bei den insgesamt niedrigen Fallkosten der brandenburgischen Krankenhäuser im Bundesvergleich hat die Aussage von der Fallkostendämpfung (*vgl. Bericht des vergangenen Jahres*) weiterhin Bestand.

2.2.3 Punktwerte für FP und SE 2002

Die Verhandlungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen zur Höhe der Vergütung der Punktwerte für Sonderentgelte und Fallpauschalen gem. § 16 Abs. 1 BPfIV gestalteten sich wie immer sehr schwierig. Einerseits wird von Seiten LKB stets die Ausfinanzierung echter Kostenentwicklungen geltend gemacht, andererseits versuchen die Krankenkassen gerade in diesem Bereich, Leistungsentwicklungen kostenseitig entgegen zu wirken. So wurde seitens der Kassen zunächst nur eine geringe Entwicklung für den Personalkostenanteil und für den Sachkostenteil eine sogenannte Nullrunde angeboten. Letztlich konnten unter Beachtung der Veränderungsrate gemäß § 71 SGB V (1,87 %) und unter Berücksichtigung des Prinzips der kommunizierenden Röhren zwischen Fallpauschalen- und Sonderentgeltbudget einerseits und dem flexiblen Budget andererseits folgende Werte vereinbart werden:

0,4860 Euro für den Personalkostenanteil,

0,5723 Euro für den Sachkostenanteil.

2.2.4 Pflegesatzverfahren für 2003

Das Pflegesatzverfahren für 2003 wurde nachhaltig durch den optionalen Einstieg in das G-DRG-System geprägt und gleichzeitig durch die korrigierende Gesetzgebung überschattet. Drei Krankenhäuser hatten sich „rechtzeitig“ zum Umstieg auf das Fallpauschalensystem bekannt und konnten somit in 2002 prospektiv für 2003 verhandeln. Für diese Häuser wurde bei der Budgetfindung die Veränderungsrate gemäß § 71 SGB V in voller Höhe von 2,09 % berücksichtigt.

Ein Krankenhaus entschied sich definitiv für die Anwendung des „alten Rechts“ und verhandelte noch im Dezember 2002 prospektiv für 2003.

Für alle weiteren Häuser verlagerten sich die Verhandlungen in das Jahr 2003.

2.2.5 Vergütung ambulanter Leistungen

Für das Jahr 2002 waren bereits im Vorjahr Verhandlungen über die Vergütung des Punktwertes für das ambulante Operieren gemäß § 115 b SGB geführt worden, über deren Ergebnisse bereits im Geschäftsbericht 2001 berichtet wurde. Der Punktwert betrug weiterhin 0,036 Euro und 0,044 Euro für ausgewählte Leistungen.

Die Vergütungspauschalen für die vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a SGB V wurden gemäß Bundesvereinbarung fortgeführt.

Die Verhandlungen für die pauschale Vergütung der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen für die Jahre 2001 und 2002 gemäß § 118 SGB V (15 Krankenhäuser hatten die LKB mit der Verhandlungsführung beauftragt) scheiterten trotz aufwendiger Kalkulationen und umfangreicher Erläuterungen, so dass sich die Krankenhausgesellschaft gezwungen sah, die Schiedsstelle anzurufen.

**ZWEI
SCHIEDSSTELLEN-
VERFAHREN**

2.3. Schiedsstellenverfahren gem. § 18 a KHG

Bei der Geschäftsstelle der Schiedsstelle nach § 18 a KHG für das Land Brandenburg gingen 2002 zwei Anträge auf Entscheidung durch die Schiedsstelle ein.

Im ersten Verfahren wurde die Festsetzung einer Fallpauschale für das Sozialpädiatrische Zentrum an einem Krankenhaus für das Jahr 2001 beantragt.

Im Ergebnis einer erneut anberaumten Verhandlung zwischen den Vertragsparteien wurde dann eine Vergütungsvereinbarung abgeschlossen und somit der Schiedsstellenantrag zurückgezogen.

Im zweiten Verfahren wurde von der LKB als Antragstellerin, handelnd für Krankenhäuser, die der LKB ein Verhandlungsmandat erteilt hatten, die Festsetzung der Vergütung der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 120 Abs. 2 i.V.m. Abs. 4 SGB V für das Jahr 2001 durch die Schiedsstelle beantragt.

Im Ergebnis der Entscheidung der Schiedsstelle wurde für die Zeit vom 1. Januar 2001 bis zum 31. Dezember 2001 im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie eine pauschale Vergütung in Höhe von 178,56 Euro und im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine pauschale Vergütung in Höhe von 214,27 Euro, jeweils pro Fall und Quartal, gezahlt.

3. Projektaufgaben EDV

**SERVICE
FÜR
MITGLIEDER**

Serviceleistungen im IT-Sektor für unsere Mitglieder nehmen einen immer größer werdenden Arbeitsrahmen in Anspruch. Im Geschäftsjahr 2002 standen dabei folgende Schwerpunkte im Vordergrund unserer Tätigkeit:

In der Geschäftsstelle wurden die L4-/L5-Daten des Pflegesatzzeitraumes 2001 der Mitgliedskrankenhäuser auf Plausibilität

DATENBANKEN

geprüft und nach erfolgreicher Prüfung an die Datenannahmestelle gem. § 18 KHG (GTI/WidO) weitergeleitet.

Eine Anpassung des hierfür gültigen Importmoduls (MEDRUC-Format) wurde von der LKB grundsätzlich vorgenommen.

Zusätzlich zur Prüfung und Weiterleitung der L4-/L5-Daten wurden mittels Access-Datenbank Auswertungen dieser Daten vorgenommen. Die Krankenhäuser erhielten im Rahmen der für sie definierten Vergleichsgruppen Ergebnisse ihrer L4-/L5-Daten in Form von statistischen Orientierungswerten, wobei grundsätzlich die Anonymität der anderen Häuser gewahrt wird. Auf Wunsch wurde für das einzelne Haus auch eine sogenannte Fehlbelegungsanalyse erstellt, die z. B. in Vorbereitung auf das Pflegesatzverfahren von einigen Häusern als sehr hilfreich eingeschätzt wurde.

Das Projekt wurde über eine mehrjährige Kooperation mit der KGMV auch für Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern zur Verfügung gestellt.

Spezialauswertungen (Regionalvergleiche etc.) können auf Anfrage erstellt werden, wenn die in die Analyse einbezogenen bzw. einzubeziehenden Häuser ausdrücklich hierfür das Einverständnis für eine entsprechende Datennutzung erteilen.

Die LKA-Vereinbarungsdaten des Pflegesatzzeitraumes 2002 aller Krankenhäuser im Land Brandenburg wurden in der Geschäftsstelle auf Plausibilität geprüft. Nach dieser Prüfung wurden die INFENT-Nachrichten erstellt und an die Firma GTI gemäß § 5 BPfIV übermittelt.

Dieses Projekt ist ebenso auf eine Kooperationsbeziehung mit Mecklenburg-Vorpommern erweitert worden.

INTERNET

KRANKENHAUS-REGISTER

In der Geschäftsstelle der LKB wurde der Aufbau des Brandenburger Krankenhausregisters fortgeführt und die Vorbereitung zu einem Deutschen Krankenhausverzeichnis (DKV) eingeleitet. Das Krankenhausregister ist als Internetportal über die Homepage der LKB bzw. den Link <http://www.lkb-krankenhausregister.de> zu erreichen. In der Perspektive soll dieses Register online

gepflegt werden können sowie im Jahr 2003 in das Deutsche Krankenhausverzeichnis der DKTIG aufgenommen werden.

Die Homepage der LKB <http://www.lkb-online.de> wurde weiterentwickelt. Die Programmierung und Verwaltung wird mit eigenen Kapazitäten in der LKB realisiert. Ein selbstentwickeltes Content-Management-System (CMS) mit differenzierten Modulen erlaubt so eine zeitnahe Pflege der Homepage in der Geschäftsstelle. Ein passwortgeschützter Mitgliederservice soll die Exklusivität der Angebote perspektivisch gewährleisten. In diesem Zusammenhang seien besonders die aktuellen Veröffentlichungen der Rundschreiben und Sonderrundschreiben mit den teilweise umfangreichen Anlagen zu nennen. Im Onlineportal sind auch Verträge, geplante Informationsveranstaltungen sowie weitere Infos, Downloads und aktuelle Hinweise zu finden. Die im Onlineportal zur Verfügung gestellten Suchfunktionen sollen das schnelle Auffinden gezielter Informationen erlauben. Es wurden somit auch Voraussetzungen für den Umstieg auf den papierlosen Versand der Rundschreiben geschaffen.

**LKA-
AUSWERTUNG**

Die anschließende LKA-Auswertung konnte wieder erfolgreich für **alle Krankenhäuser** im Land Brandenburg für das Jahr 2002 abgeschlossen werden. Die Auswertung erfolgte nach den bekannten DKG Gruppen 1-8, wobei eine Gruppenzusammenfassung vorgenommen wurde. Um zusätzlich eine signifikante Gruppengröße zu erreichen, wurden nur die Gruppe 1 (Schwerpunkt / qualifizierte Regelversorgung) sowie die Gruppe 2 (Regelversorgung) separat belassen. Die Gruppen 3, 4 und 5 sowie 6, 7 und 8 wurden zusammengefasst, hierdurch erreicht man bessere Vergleichsmöglichkeiten von Fachabteilungen für unsere Krankenhäuser. Die Datenanalyse für alle Krankenhäuser erfolgte wie immer in anonymisierter Form. Versendet wurden die Auswertungen der jeweiligen Gruppe als PDF-Datei per Diskette.

**VERTRAG
ÜBER
ALLGEMEINE
BEDINGUNGEN
DER
KRANKENHAUS-
BEHANDLUNG
HAT
WEITERHIN
BESTAND**

Die gesamte LKA wurde als **Einzelwertliste je** nach Gruppe aufbereitet.

Auf eine Darstellung von einzelnen Auswertungsergebnissen soll an dieser Stelle verzichtet werden. Sie sind den Tabellen und Abbildungen und im Detail den Auswertungen, die den Häusern zur Verfügung gestellt werden, zu entnehmen

Weitere Projekte für die Krankenhäuser im Land Brandenburg wurden von der LKB begleitet und getestet. Hier ist besonders das Projekt zur Abbildung von Leistungsstrukturen von Krankenhäusern durch DRG-Systeme von der Firma DKTIG/IMC zu nennen. Von 1999 bis 2002 haben sich 37 Krankenhäuser des Landes Brandenburg am IMC-Leistungsprojekt beteiligt. Für diese Krankenhäuser wurde eine regionale LKB-Aufarbeitung ausgegeben. Dazu ist in der Geschäftsstelle eine Auswertungsdatenbank installiert worden.

Die teilnehmenden Krankenhäuser konnten so testweise erste praktische Erfahrungen in der Anwendung des zu erwartenden Entgeltsystems sammeln.

4. *Rechts- und Vertragsangelegenheiten*

Der Vorstand der LKB hatte im Berichtszeitraum Erörterungen darüber angestellt, ob der Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V gekündigt werden sollte, um zu versuchen, für den Krankenhausbereich in einzelnen Regelungsbereichen optimalere Lösungen zu erreichen. Angesichts des Beispiels anderer Länder, in denen ein entsprechender Abschluss - auch nach Kündigung des bisherigen Vertrages - nicht gelungen war, ist der Vorstand jedoch zu der Überzeugung gelangt, dass im Vergleich zu einem vertragslosen Zustand der bestehende Vertrag den Krankenhäusern in jedem Fall eine bessere rechtliche Grundlage sichert.

Diese Haltung fand Bestärkung durch das BSG-Urteil vom 13. Dezember 2001, das die Bedeutung der (auch im brandenburgischen Vertrag enthaltenen) Zahlungsregelungen mit den entsprechenden Konsequenzen für die Krankenkassen bei Nichteinhaltung des Vertrages hervorgehoben hatte.

Eine **neue Landesregelung** stellt die Vereinbarung zur Abgeltung notwendiger Kosten für die Durchführung der postexpositionellen **Tollwutimmunprophylaxe** dar, die die bereits bestehende Sprechstundenbedarfsvereinbarung ergänzt.

Wie in jedem Jahr gab es auch verschiedene neue Preisvereinbarungen zu Verträgen gemäß § 125 SGB V über die Abgabe von Heilmitteln für ambulante Leistungen durch zugelassene Krankenhäuser im Land Brandenburg. Jeweils neu abgeschlossen wurden die Landesvereinbarung gemäß § 16 Satz 1 BPflV zur Höhe der Punktwerte für Fallpauschalen und Sonderentgelte im Land Brandenburg und zur Behandlung der Bluter.

Die Vertragsverhandlungen über die Vergütung der ärztlichen und nichtärztlichen Versorgung in psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 und § 120 Abs. 2 SGB V für die Häuser, die uns das Verhandlungsmandat übertragen hatten, konnten nicht erfolgreich zum Abschluss geführt werden, so dass die LKB die **Schiedsstelle** nach § 18 a KHG angerufen und die Schiedsstelle die entsprechende Vergütungspauschale festgesetzt hat.

**SCHLICHTUNGS-
AUSSCHUSS**
gemäß § 17 c KHG

Begonnen wurden die Vorarbeiten zu einer vertraglichen Regelung auf Landesebene zur Bildung eines **Schlichtungsausschusses** nach § 17 c KHG, der künftig bei Streitigkeiten über Fehlbelegungen/Fehlcodierungen und deren finanzielle Folgen angerufen werden kann.

Auch die auf **Spitzenverbandsebene** getroffenen Vereinbarungen, die Auswirkungen auf die brandenburgischen Kranken-

SCHWERPUNKT
12. SGB V-
ÄNDERUNGS-
GESETZ

WICHTIGES
BSG-URTEIL

häuser haben, waren Gegenstand der Informationen, so zum Beispiel zur Vereinbarung der Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG, zur integrierten Versorgung und zur Vergütung der Wahlleistung Unterkunft.

In Bezug auf neue **Gesetze und Verordnungen** beschäftigte uns am meisten das Gesetzgebungsverfahren zum Beitragssatzsicherungsgesetz und zum 12. SGB V-Änderungsgesetz. Aber auch das Fallpauschalengesetz, die Schuldrechtsreform, die Änderung des Apothekengesetzes, die Approbationsordnung für Ärzte, das Krankenpflegegesetz, die Medizinprodukte-Änderungsgesetze, das Antikorruptionsgesetz und viele andere neue bzw. geänderte Regelungen waren Gegenstand unserer Tätigkeit.

Wie in jedem Jahr gab es auch erneut eine Reihe von **Urteilen**, die für den Krankenhausbereich von nicht unerheblicher Bedeutung sind. Dazu gehörte nach wie vor die zentrale Problematik der Arbeitszeit und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Sehr wichtig und für die Krankenhausesseite sehr erfreulich war das BSG-Urteil vom 13. Dezember 2001 zur Vergütung von Krankenhausbehandlungskosten bei pauschalen Befristungen von Kostenübernahmeerklärungen; darüber und auch über die Folgewirkungen im Land Brandenburg haben wir ausführlich berichtet. Auch andere Entscheidungen, wie zum Beispiel zur Honorarminderungspflicht nach § 6 a GOÄ, zur Abrechenbarkeit der Ordinations- und Konsultationsgebühr beim ambulanten Operieren, zur Aufteilung der Krankenhausbehandlungskosten bei Krankenkassenwechsel des Patienten, zum fehlenden Zurückbehaltungsrecht der Krankenkassen, zur Einsichtnahme in Krankenunterlagen, zur Sicherung von Patienten in psychiatrischen Kliniken, zu Verlegungskosten bei gemeinsamer Erbringung einer Fallpauschale, zur Werbung sowie zur Abrechenbarkeit verschiedener Sonderentgelte nahmen entsprechenden Raum in den Mitteilungen an die Krankenhäuser ein.

Im April und Mai führten wir **fünf Seminare** für Mitarbeiter der Patientenverwaltung und des Rechnungswesens durch, in deren Mittelpunkt allgemeine Rechtsbeziehungen im Krankenhaus einschließlich der Kostenübernahmeerklärung und des Datenflusses zwischen Krankenhaus, Krankenkasse und MDK standen.

Die LKB informierte darüber hinaus über eine Vielzahl verschiedenartigster Themen, so zum Beispiel über Disease-Management-Programme, zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht, die Erhöhung bestimmter GEMA-Tarife, die Informationspflichten nach dem Teledienstgesetz, verschiedene Fragen des Arzneimittelrechts, die Muster-Weiterbildungsordnung und vieles andere mehr.

Wir hatten uns mit der Online-Datenbank zu Patientenverfügungen, einem IKK-Fragebogen zum Krankenhausaufenthalt und der Erhebung des Ökotest-Verlages zu beschäftigen. Warnhinweise wie der zum Norwalk-Virus gehörten ebenso zu unserer Tätigkeit wie Literaturhinweise etwa zur Broschüre „Materialiensammlung Integrierte Versorgung“, zum Chefarztvertragsrecht und zu verschiedenen Seminarprogrammen.

Nach wie vor einen breiten Raum nahm die Bearbeitung vielfältiger Einzelanliegen der Krankenhäuser ein, wobei die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und dem MDK dabei dominierte.

5. *Qualitätssicherung*

BQS

Im Laufe des Jahres 2002 hat sich der Prozess für Gewährleistung der Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V im Sinne der Verfahrenstechnik stabilisiert. Die bereits im Bericht des Vorjahres angesprochenen Motivationshemmnisse, wie Softwareprobleme, bürokratischer Mehraufwand für medizinisch tätiges Personal etc. wurden leider eher verstärkt als abgebaut.

Zusätzlich belastet wurde das System durch die Überschneidung bzw. Überlagerung mit Problemen in Vorbereitung auf die Einführung der G-DRG.

Die von der Ärztekammer Brandenburg, den Krankenkassenverbänden im Land Brandenburg und der LKB gemeinsam getragene Projektgeschäftsstelle hat sich bemüht, diesen Problemen entgegenzuwirken, konnte aber auch nicht verhindern, dass die ersten Ergebnispräsentationen der Fachgruppen leider in ihrer Aussage so eingeschränkt waren, dass im Grunde noch kein erkennbarer Nutzen insbesondere für das einzelne Krankenhaus erkennbar wurde. Die angesprochenen Probleme stellen sich nicht als ein spezielles Brandenburger Problem dar, sondern finden sich so oder ähnlich auch in anderen Bundesländern und auf der Bundesebene wieder. Man kann jedoch davon ausgehen, dass die Beteiligten aus Selbstverwaltung diese Probleme erkannt haben und das System im Sinne eines lernenden Systems korrigieren und anpassen werden, so dass in den Folgejahren einerseits solide Auswertungsergebnisse auf der Basis valider Daten vorliegen und andererseits Verfahrensvereinfachungen erwirkt werden. Ein im Rahmen der Gesundheitsreform gedachtes staatliches Institut der Qualitätssicherung wird sich demgegenüber als bürokratisches Monster auswachsen und Kosten verursachen, die nicht mehr im Verhältnis zum angestrebten Nutzen stehen.

6. *Ärztmangel*

Die Beschäftigungssituation in unseren Mitgliedskrankenhäusern macht es erforderlich, einen bisher in den Geschäftsberichten nicht besonders erwähnten Punkt herauszustellen. Seit geraumer Zeit mehren sich die Probleme in der Besetzung von Stellen insbesondere im ärztlichen Bereich in vielen unserer Mitgliedskrankenhäuser.

Nachdem dieses Problem zunehmend auch in die Öffentlichkeit drang, verstärkt in den neuen Bundesländern, sah sich die Landesregierung veranlasst, sich entsprechenden Fragen zu stellen. Der ehemalige Minister für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, Alwin Ziel, berief im Frühjahr 2002 entsprechende Arbeitsgruppen und unterschied in der Herangehensweise nach dem ambulanten und stationären Sektor. Für letzteren wurde die LKB gebeten, die Leitung der Arbeitsgruppe (Beteiligte: MASGF, Ärztekammer, Kassen, LKB) zu übernehmen. Als sich im Verlaufe der Arbeitsgruppentätigkeit herausstellte, dass die analytischen Ausgangsmaterialien der LKB so in Frage gestellt wurden, dass die Krankenkassen grundsätzlich einen Ärztemangel negierten und man somit auch nicht die Frage nach der Beseitigung der Ursachen für den selben stellen musste, lehnte die LKB, die sich in der Einschätzung der Situation grundsätzlich in Übereinstimmung mit der Ärztekammer befand und befindet, die weitere Leitung der Arbeitsgruppe ab. Im Herbst des Jahres 2002 sah sich das Ministerium aufgrund der zunehmenden Probleme veranlasst, die Arbeitsgruppe wieder einzuberufen und übernahm die Leitung derselben. Die LKB verweigerte sich einer Mitwirkung nicht, um letztlich auch entsprechende Lösungsvorschläge einzufordern bzw. diese zu beeinflussen.

**KEINE HILFE
VON MASGF
UND KASSEN**

**150 – 180
FACHARZT-
STELLEN FREI**

Während für den niedergelassenen Bereich zaghafte Ansätze zur Ursachenbeseitigung vorliegen, zeichnen sich für den stationären Bereich keine konkreten Maßnahmen ab. Im Grunde verweigern sich Regierung und Krankenkassen den mit finanziellen Forderungen verbundenen Lösungen und versuchen, die Träger auf Selbstlösungsmechanismen wie Arbeitszeitmodelle, Imagekampagnen und die Einstellung ausländischer Ärztinnen und Ärzte abzudrängen. Tatsache ist aber, dass 150 bis 180 Facharztstellen in den Krankenhäusern den Berlin-fernen Regionen vakant sind. Alle betroffenen Krankenhäuser haben signalisiert, dass das Tarifgefälle zwischen Ost und West als der Haupthinderungsgrund anzusehen ist, Nachwuchs einzustellen. Es muss an dieser Stelle nicht erklärt werden, wie sich die

Dreistufigkeit (attraktives Auslandsangebot, BAT, BAT-Ost) auf das Entscheidungsverhalten junger Absolventen auswirkt. Wenn dazu noch ungenügend entwickelte Infrastruktur, angefangen von der nicht fertiggestellten Krankenhausinvestition bis hin zum mangelnden Bildungs- und Kulturangebot gesellen, dann kann man sich vorstellen, warum es so schwer ist, die Stellen zu besetzen. Unabhängig von der Arbeitszeitdiskussion (BAG- und EUGH-Urteile) ist deutlich einzufordern, dass sich ohne zusätzliche finanzielle Mittel die Probleme nicht lösen lassen. Arbeitszeitmodelle zu Entlastung des Personals und zum Abbau von Überstunden setzen eine hinreichend verfügbare Menge an Kräften voraus! (vgl. Abb./Tab. 16)

7. Informations- und Fortbildungsveranstaltungen

Als guter und durch unsere Mitglieder immer wieder gelobter Service sind die Informations- und Fortbildungsveranstaltungen anzusehen. Im Jahre 2002 wurden 16 solcher Veranstaltungen mit insgesamt 751 Teilnehmern durchgeführt.

8. Vorstand und Geschäftsführung

Im Jahr 2002 führte der Vorstand **10 ordentliche** Vorstandssitzungen und **1 außerordentliche** Sitzung durch.

Wie immer waren die Inhalte der Sitzungen darauf ausgerichtet, auf veränderte politische Rahmenbedingungen zu reagieren und praktische Umsetzungsregelungen für den Krankenhausbetrieb zu finden.

So wurde die außerordentliche Vorstandssitzung am 11. November 2002 einberufen, um auf das sogenannte Vorschaltgesetz zu reagieren.

Darüber hinaus fand eine gemeinsame Sitzung der Vorstände der LKB und LÄK am 3. Mai 2002 zu den Themen Ärztemangel und Aufgaben und Probleme der Krankenhäuser bei der Durch-

führung des Fallpauschalengesetzes statt.

Die Vorgaben der Vorstandssitzungen bestimmen naturgemäß die Ergebnisse, wie sie unter den vorangegangenen Kapiteln dargestellt wurden. Dass die Ergebnisse nicht immer den Erwartungshaltungen jedes einzelnen Mitgliedes entsprechen, liegt in der Natur der Sache und es kann auch nicht anders sein, wenn die Satzung des Vereines, aufbauend auf demokratische Grundprinzipien, Mehrheitsbeschlüsse ermöglicht.

Wir hoffen dennoch, unseren Verbandsauftrag in Ihrem Interesse, verehrte Mitglieder, erfolgreich erfüllt zu haben.