



HAMBURGISCHE
KRANKENHAUSGESELLSCHAFT
GESCHÄFTSBERICHT
2001





Herausgeber: Hamburgische
Krankenhausgesellschaft e.V.
Grevenweg 89, 20537 Hamburg

Redaktion: Angelika Bredehorst-Witkowski
Horst Judaschke
Dr. Carsten Leffmann
Marino Maligo
Karin Metzner
Dr. Fabian Peterson (verantwortlich)
Dr. Christof Veit
Heike Witt

Dokumentation: Elke Meyer
Kerstin Thieler

Titelfoto: Philips Medical Systems

Druck: Idee, Satz & Druck GmbH,
22045 Hamburg

Hamburg, im Juni 2002





Vorworte	7
1. Vorsitzender	7
2. Vorsitzender	9
Geschäftsführer	11
Hamburgische Krankenhausgesellschaft (HKG)	13
Aufgaben	13
Gremien	14
Mitgliederversammlung	14
Vorstand	14
Arbeitsgruppen und Kommissionen	15
Grundsatzkommission	15
AG „Krankenhausfinanzierung“	15
AG „Zukunft und Perspektiven der Ausbildung“	16
AG „Sicherheit im Krankenhaus“	17
AG „Verträge und Rechtsfragen im Krankenhaus“	17
AG „Einführung der DRG“	17
AG „Ausländische Patienten“	18
Hamburger Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus (HAUK)	19
Mitarbeit der HKG in den Gremien der DKG	19
Geschäftsführung und Geschäftsstelle	20
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	21
Veranstaltungen und Aktionen	23
Festakt zum 50jährigen Bestehen der HKG	23
Informationskampagne zur Organspende	24
2. Hamburger Krankenhaustag	24
2. Norddeutscher Umwelttag für Kranken- häuser	24
Tag der Pflege	25
Veranstaltung für Transplantationsbeauftragte	25
Internetservice	25
Verbundene Unternehmen	26
quant – Service für das Gesundheitswesen GmbH	26
Kompetenzzentrum Medizintechnik (imtc)	27
Verein Hamburger Gesundheit	28
Deutsche Krankenhaus-TrustCenter GmbH (DKTIG)	28
Kontakte zu anderen Institutionen	29
Kontakte zur Politik	29
Gespräche mit der Hamburgische Pfleugesellschaft (HPG)	29
Schiedsstellen	29
Pfllegesatzschiedsstelle nach § 18 a KHG	29

INHALTS- VERZEICHNIS



INHALTS- VERZEICHNIS

Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V	30
Projekte der HKG	31
„Bundesweite Kooperation zur Ökologischen Produktbewertung (KÖP)“	31
Personalstelleninformation „HKG-SIS“	32
Arbeitsgemeinschaft Externe Qualitätssicherung (EQS)	32
Neuordnung der Qualitätssicherung	32
Neuverhandlung des Hamburger Vertrags	34
Projekte der EQS	34
Anästhesiologie	35
Operative Gynäkologie/Perinatalerhebung	35
Neonatalerhebung	36
QSFS Chirurgie/Orthopädie	36
QSFS Ophthalmologie	36
QSFS HNO/QSFS Urologie	36
Schlaganfall	36
Pflegeprojekt Dekubitus	36
Gesundheitspolitik auf Bundesebene	39
Gesundheitsreform 2000	39
Einigung über Grundstruktur des Vergütungs- systems	39
Regelungen für Zu- und Abschläge	39
Finanzierung der Entwicklungskosten	39
Fallpauschalengesetz	40
Referentenentwurf	41
Kabinettsentwurf	42
1. Lesung im Bundestag	43
Gesundheitsausschuss des Bundestages	44
Antrag Nr.10: Optionsmodell	44
Antrag Nr.15: Medizinischer Fortschritt	45
Antrag Nr.17: Basisfallwert	45
Anträge Nr.3 und 4: Hochschulambulanzen	45
Anträge Nr.5 und 11: Qualitätsbericht- erstattung	45
Antrag Nr.7: MDK-Prüfrechte	46
Antrag Nr.13: Krankenhausvergleich	46
Antrag Nr.14: Ermittlung Erlösbudgets 2005/2006	46
2. und 3. Lesung im Bundestag	47
Entscheidung des Bundesrates im Februar 2002	47
Vermittlungsausschuss	47
Zustimmung von Bundestag und Bundesrat	48
Zentrale Inhalte des Fallpauschalengesetzes	48
Optionsmodell und budgetneutrale Phase	48



Ermittlung des Basisfallwertes	49
Mehr- und Mindererlöse	49
Konvergenzphase	50
Vereinbarung des landesweiten Basisfallwertes	50
Absenkung oder Staffelung der DRG-Bewertungsrelationen	50
Zuschläge und zusätzliche Entgelte	51
Sonstige Entgelte für 2003 und 2004	51
Sicherstellungszuschlag	51
Ausbildungsstätten und -vergütungen	51
Zusatzentgelte	52
Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	52
Qualitätssicherung	52
Mindestanforderungen	52
Mindestmengen	52
Qualitätsbericht	53
Medizinischer Dienst	53
Hochschulambulanzen	54
Übermittlung und Nutzung DRG-Daten	54
Arbeitszeit	54
Optionsmodell 2003	54
DRG-Institut (InEK)	55
Kodierrichtlinien	55
Erstkalkulation der Bewertungsrelationen	56
Ambulantes Operieren und stationersetzende Maßnahmen	57
Ausschuss zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	57
Koordinierungsausschuss	58
Integrierte Versorgung	59
Weiterbildung Allgemeinmedizin	60
Novellierung Krankenpflegegesetz	62
Diskussionsentwurf	62
Referentenentwurf	63
Berufsbezeichnungen	63
Definition des Ausbildungsziels	63
Leitung der Krankenpflegeschule	63
Praktische Ausbildung	63
Gliederung der Ausbildung	64
Anhebung des geltenden Stellenschlüssels	64
KTQ®	64
Gesundheitspolitik auf Landesebene	67
Krankenhausplanung	67
Krankenhausplan 2005	67

INHALTS- VERZEICHNIS



INHALTS- VERZEICHNIS

Gutachten, Bedarfsanalyse und Strukturprägende Merkmale	67
Erstellung des Krankenhausplans	69
Umsetzung des Krankenhausplans	70
Investitionsfinanzierung	76
Strukturinvestitionen	76
Investitionsprogramm 2001	76
Investitionsprogramm 2002	77
Investitionsprogramm 2003	78
Entwicklung der Fördermittel	78
Pauschalförderung	79
Auseinandersetzung mit der BKK Hamburg	80
Entgelte und Budgets 2001	83
Pflegesatzverhandlungen und Schiedsverfahren	83
Punktwerte Fallpauschalen und Sonderentgelte	84
Entgeltkataloge Fallpauschalen und Sonderentgelte	84
Punktwert Ambulantes Operieren	85
Datenübermittlung Diagnosen- und Operationenstatistik (L4/L5-LKA)	85
Krankenhausvergleich nach § 5 BpflV	85
Datenannahmestelle HKG	86
LKA-Programm der DKG	86
Ausbildungskosten-Ausgleichsverordnung	86
Einführung ICD-10 / OPS-301, Version 2.0	87
Datenübermittlung nach § 301 SGB V	87
Recht und Verträge	89
BGH-Urteil zur Wahlleistung Unterkunft	89
EuGH-Urteil zur Arbeitszeitgestaltung	90
AEP-Verfahren	91
Fehlbelegungsprüfung	92
„Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“	93
Ausländische Patienten	95
Anhang	97
Abkürzungsverzeichnis	143



Das Jahr 2001 war ganz wesentlich geprägt durch die Diskussion um die Einführung der DRGs in Deutschland. In vielen Debatten zu diesem Thema ist dabei der Eindruck erweckt worden, die eigentliche Problematik läge in der Frage der Anwendung dieser Methode. Deshalb wird leider immer noch gelegentlich verkannt, dass hinter der Debatte um die DRGs die sachliche Notwendigkeit steht, eine wachsende

Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen bei sinkender solidarischer Finanzkraft zu befriedigen. Die Hamburger Krankenhäuser mit der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft als ihrem Interessenverband haben die Problematik insgesamt sehr früh erkannt und sich an die Spitze der Veränderungsbe-reitschaft gestellt. Die HKG hat dieses in der Erkenntnis ge-tan, dass frühes Handeln den Gestaltungsspielraum, gegen-über einer abwartenden Position, deutlich vergrößert. Heute erweist sich, dass dieser Kurs richtig und zukunftsweisend war.

Die Herstellung des Leistungsbezuges im Entgeltsystem ist für die Hamburger Krankenhäuser deshalb so wichtig, weil ansonsten die Wettbewerbsfähigkeit in der Metropolregion dauerhaft nicht gesichert werden kann. Geht es doch darum, die hochwertigen Leistungen, die zu einem großen Teil auch von Menschen nachgefragt werden, die von außerhalb Ham-burgs kommen, sachgerecht zu bewerten und damit ange-messene Preise im Verhältnis zum Aufwand zu erzielen. Der Aspekt ist in Zukunft noch bedeutsamer, da die Krankenhäuser einen wichtigen Wirtschaftsfaktor in der Freien und Hansestadt Hamburg darstellen. Die Aktivitäten der HKG sind dar-auf gerichtet, die herausragende Stellung des Gesundheits-sektors für den Standort Hamburg noch stärker zu betonen. Deshalb ist die künftig verstärkte Vernetzung mit anderen An-bietern in der Gesundheitsbranche ein entscheidender Bei-trag zur Wirtschaftsentwicklung der Stadt.

Eine gute ökonomische Basis ist aber auch wichtig, um gute Medizin zu bezahlbaren Preisen bieten zu können. Humanität und Ökonomie zu verbinden ist somit ein ganz wichtiges Ziel.

Die vielfältigen Veränderungsprozesse erfordern eine hohe Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hambur-ger Krankenhäuser, immer wieder auch ihre eigene Situation an die sich ständig erneuernden Rahmenbedingungen anzu-passen. Dafür gebührt ihnen der Dank und die Anerkennung der HKG. Es ist nicht selbstverständlich, dass Umbruchsitu-ationen, etwa die im Gesundheitssystem, so aktiv wie in Ham-burg von allen Beteiligten und Betroffenen angenommen und bewältigt werden. Um die Zukunft des Gesundheitsbereichs in der Hansestadt ist es auch deshalb gut bestellt.

Heinz Lohmann
1. Vorsitzender der HKG

VORWORTE

1. Vorsitzender





Die grundlegenden Veränderungen im Gesundheitswesen haben auch das Jahr 2001 geprägt. Dieses gilt insbesondere für die Krankenhäuser, die sich intensiv auf die Einführung des neuen Entgeltsystems auf Basis von DRGs vorbereiten. Was für den Außenstehenden aufgrund der verwendeten Fachbegriffe wie etwa Kodierregeln, Grouper und Relativgewichten oft als ein rein technischer Vorgang anmutet,

bedeutet in Wahrheit eine gewaltige Zäsur in der Geschichte der Krankenhausfinanzierung: Erstmals wird das Leistungsgeschehen in bislang nicht gekannter Weise transparent gemacht. Die Hamburger Krankenhäuser versprechen sich von dem neuen System mehr Anreize für einen Qualitäts- und Leistungswettbewerb, von dem vor allem die Patienten profitieren werden. Hierfür ist es allerdings notwendig, bestehende Beschränkungen auszuräumen. Der so oft gehörte Satz „Das Geld muss der Leistung folgen“, wird solange ein Lippenbekenntnis bleiben, bis nicht das Budgetsystem aufgehoben ist.

Die Hamburger Krankenhäuser haben sich für den anstehenden Leistungswettbewerb gut gerüstet. Nicht zuletzt haben hierzu Kooperationen und auch Fusionen von Häusern in den letzten Jahren beigetragen, die so ihre Wettbewerbsfähigkeit weiter erhöhen konnten. Trägerübergreifende Zusammenarbeit von Krankenhäusern ist heute in Hamburg eher die Regel denn die Ausnahme. Dieses zeigt sich aktuell anhand der Entwicklung im Raum Süderelbe, wo das Allgemeine Krankenhaus Harburg und das Katholische Krankenhaus Mariahilf eine enge Zusammenarbeit beschlossen haben, ebenso wie anhand der Verschmelzung von vier freigemeinnützigen Krankenhäusern zu einem gemeinsamen Diakonieklinikum im Bezirk Eimsbüttel. Diesen Prozess der behutsamen Neustrukturierung der Hamburger Krankenhauslandschaft unterstützend zu flankieren, bleibt auch zukünftig Aufgabe der HKG.

Es liegt im wirtschaftlichen Interesse der Hansestadt, die Krankenhäuser als Fundament der Medizinmetropole Hamburg weiter zu stärken: Mit 30.000 Beschäftigten sind die Hamburger Krankenhäuser zusammengenommen der größte Arbeitgeber Hamburgs, viele weitere Arbeitsplätze werden durch das Nachfrageverhalten der Krankenhäuser und ihrer Beschäftigten gesichert. Die HKG ist im Jahr 2001 neue Wege gegangen, um die Qualität der medizinischen Versorgung in den Hamburger Krankenhäusern auch international bekannt zu machen. Dieser Weg soll mit den Partnern in Politik und Wirtschaft in den nächsten Jahren weiter ausgebaut werden.

Bereits heute wohnt ein Viertel der in den Hamburger Krankenhäusern behandelten Patienten nicht in der Hansestadt, sondern kommt aus dem Umland. Das zeigt, dass Hamburgs Krankenhäuser über die Grenzen unserer Stadt hinaus einen

VORWORTE

2. Vorsitzender



VORWORTE

hervorragenden Ruf besitzen. Den Beschäftigten in unseren Häusern, die diesen Ruf durch ihre Kompetenz, ihr Engagement und ihre Fürsorge täglich neu begründen, gilt mein besonderer Dank für die geleistete Arbeit.

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg
2. Vorsitzender der HKG





Auch das Jahr 2001 war geprägt von Veränderungen, die den Krankenhäusern viel abverlangen. Für eine Reihe von Häusern sind sie mit existenziellen Sorgen verbunden. Mit dem Fallpauschalen-Gesetz wurden schließlich auch mit Billigung des Bundesrates die Grundlagen für den Beginn der neuen Zeitrechnung im Krankenhaus gelegt: Die Einführung der DRGs, die endlich die Finanzierung der Krankenhäuser

oder zumindest die Entgelte für die Betriebskosten an den Leistungen orientieren und hoffentlich das Ende der unsinnigen Budgetierung einläutet.

Leider wird eine alte, aber keineswegs gute Tradition damit fortgesetzt, dass die Krankenhäuser Mitte des Jahres mal wieder nicht wissen, wie es denn im nächsten Jahr weitergehen soll. Das sog. Optionsmodell sieht vor, dass die Krankenhäuser sich bis Ende Oktober entscheiden sollen, ob sie bereits 2003 mit den DRGs üben wollen. Die starre Haltung der Kassen, die das Optionsmodell vermeiden wollen, und die kurzen Fristen des Gesetzes haben verhindert, dass die Krankenhäuser rechtzeitig erfahren, unter welchen Bedingungen dies geschehen soll. Die DKG - immer als Bedenkenträger gegen die DRGs gescholten - hat in letzter Minute und gegen den Widerstand der Kassen, aber in großem Einvernehmen die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass nun das Bundesgesundheitsministerium doch noch die Regeln für das Optionsmodell festlegen kann. Gespannt kann man aber sein, wie schnell das geschieht – von rechtzeitig kann man sicher nicht mehr sprechen.

Die HKG hat die Entwicklungen auf Bundesebene intensiv mit beeinflusst. Gemeinsam mit den Landenkrankenhausesellschaften Hessen und Thüringen versucht sie derzeit, die Diskussion in der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die Mitgestaltung der zukünftigen Gesundheitspolitik und über die zukünftige Rolle der DKG voranzutreiben. Nur, wenn die DKG ihre Strukturen den neuen Notwendigkeiten anpasst, wird sie auch künftig die Gesundheitspolitik aktiv im Interesse der Krankenhäuser und einer optimalen Versorgung weiter mitgestalten können.

Die HKG ist auch im neuen Entgeltsystem gefordert! Neue und für die Krankenhäuser nicht unbedeutende Aufgaben (z.B. Aushandlung des Basisfallwertes) wurden ihr übertragen. Darauf bereitet sich die Geschäftsstelle derzeit intensiv vor, um den Krankenhäusern die notwendige Unterstützung geben zu können und die Grundlagen für die Verhandlungen mit den Krankenkassen zu schaffen.

Hamburg erlebte 2001 einen grundlegenden politischen Wechsel. Der Beweis für eine überzeugende neue Gesundheitspo-

VORWORTE

Geschäftsführer



litik steht aber noch aus. Die ersten Entscheidungen zum Krankenhausplan waren wenig sachorientiert. Daran ändert auch nichts, dass sie vorher in Wahlprogrammen standen. Die angekündigten Kraftakte werden dem neuen Senat einiges mehr abverlangen. Ob allerdings alle damit verbundenen Erwartungen realistisch sind, scheint mehr als fraglich.

Ein Betätigungsfeld der HKG war 2001 die Auseinandersetzung mit der BKK Hamburg. Hier geht es vor allem um die Grundsatzfrage, was Krankenkassen sich so alles zu Lasten der Krankenhäuser leisten können. Die BKK Hamburg hat die Grenze des Zulässigen – so sieht es sogar die Gesundheitsbehörde - längst überschritten.

Die Stärkung des Gesundheitsstandortes Hamburg und die Verdeutlichung der Bedeutung der Krankenhäuser für Hamburg war und ist ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit der HKG. In Gesprächen mit der Politik wurde hier - nicht ohne Erfolg - viel Überzeugungsarbeit geleistet. Auch die angebahnten Kontakte zu Tunesien und Oman werden sich in Zukunft auszahlen.

Der geplante Ausbau des Internetangebotes der HKG soll unter anderem dazu dienen, die Hamburger Krankenhäuser im Netz angemessen darzustellen. Er soll aber über geschützte Seiten auch den Service für die Krankenhäuser kontinuierlich erweitern. Die Einführung eines digitalen Dokumenten-Managementsystems flankiert diesen Prozess, beansprucht derzeit aber auch die Mitarbeiter der Geschäftsstelle in hohem Maße.

Die HKG wird von den zu erwartenden Veränderungen im Krankenhausbereich nicht unberührt bleiben. Ihre Aufgabenstellung wird sich wandeln. Aber trotz allen Wettbewerbs werden eine Vielzahl gemeinsamer Interessen der Krankenhäuser bleiben, die von der HKG offensiv zu vertreten sind. Die Häuser bei dem anstehenden Strukturwandel zu unterstützen, wird eine Hauptaufgabe bleiben.

Jürgen Abshoff
Geschäftsführer der HKG



Hamburgische Krankenhausgesellschaft (HKG)

Die HKG ist der Verband der Krankenhausträger und ihrer Spitzenverbände in der Freien und Hansestadt Hamburg.

Die HKG ist gemäß § 1 Abs.1 ihrer Satzung eine Arbeitsgemeinschaft der Krankenhausträger und ihrer Spitzenverbände in der Freien und Hansestadt Hamburg. Nach ihrer Satzung (§ 2) obliegt der HKG die Förderung des Krankenhauswesens in Hamburg und die Wahrnehmung der Interessen der Hamburger Krankenhäuser. Sie hat eine Reihe von gesetzlichen Aufgaben:

- unmittelbare Beteiligung an der Krankenhausplanung
- Beteiligung an den Pflegesatzverhandlungen und an den Schiedsstellenverfahren
- Abschluss von Rahmenvereinbarungen und Verträgen für die Krankenhäuser
- Aushandlung der Punktwerte für Fallpauschalen und Sonderentgelte,
- Vereinbarung der Punktwerte für das ambulante Operieren gemäß § 115 b SGB V
- Geschäftsführung für die Schiedsstellen (§ 114 SGB V und § 18 a KHG) im Wechsel mit den Krankenkassen (§ 18 a KHG)
- Durchführung der Ausbildungskosten-Ausgleichsverordnung
- Beratung der zuständigen Behörden der Freien und Hansestadt Hamburg bei der Vorbereitung und Durchführung von Gesetzen und Verordnungen, die das Krankenhauswesen berühren
- Durchführung der Externen Qualitätssicherung gemäß Vertrag (§ 137 SGB V)
- Wahrnehmung sonstiger den Landeskrankenhausgesellschaften in Rechtsvorschriften zugewiesenen allgemeinen Mitwirkungsrechte und Aufgaben

Weitere Aufgaben nach ihrer Satzung:

- Information und Beratung ihrer Mitglieder und Förderung des Informationsaustausches
- Beratung und Unterstützung der Krankenhausträger
- Mitarbeit in den Gremien und Ausschüssen der DKG und auf Landesebene
- Vertretung ihrer Mitglieder - auf deren Wunsch - in Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung
- Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter in den Krankenhäusern und Mitwirkung an entsprechenden Bildungsmaßnahmen
- Datenannahmestelle für den Krankenhausvergleich nach § 5 BpflV

HKG

Aufgaben



HKG

- intensive Presse- und Medienarbeit
- Organisation und Durchführung öffentlichkeitswirksamer Veranstaltungen (z.B. des „Hamburger Krankenhaustag“)

Gremien

Mitgliederversammlung

Im Berichtszeitraum fanden drei ordentliche Mitgliederversammlungen statt:

Die Mitgliederversammlung am 26. Januar 2001 im Albertinen-Krankenhaus behandelte u.a. den Krankenhausplan 2005, den Wirtschaftsplan 2001 sowie verschiedene Sachstandsberichte, u.a. zu Abrechnungsproblemen mit der BKK Hamburg.

Auf der Mitgliederversammlung am 13. Juni 2001 im Allgemeinen Krankenhaus St. Georg standen der Jahresabschluss der HKG, die Entlastung des Vorstandes für das Jahr 2000 sowie die Gesundheitsreform 2000 auf der Tagesordnung. Weitere Punkte betrafen den Krankenhausplan 2005, die Fortführung der Externen Qualitätssicherung, das EuGH-Urteil zum Bereitschaftsdienst, den Vertrag „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“ sowie die BKK Hamburg. Im öffentlichen Teil der Versammlung sprach Georg Baum, Unterabteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit, zu aktuellen Fragen der Krankenhauspolitik.

Die Mitgliederversammlung am 28. November 2001 bestätigte die neu bestellten Vorstandsmitglieder, wählte die beiden Vorsitzenden und beschloss Wirtschaftsplan und Beitrag für 2002. Weitere Tagesordnungspunkte betrafen die Bestellung des Wirtschaftsprüfers, die Externe Qualitätssicherung sowie diverse Sachstandsberichte.

Vorstand

Im Berichtszeitraum war Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, Vorstandsvorsitzender des Albertinen Diakoniewerks, erster Vorsitzender der HKG. Zweiter Vorsitzender war Heinz Lohmann, Vorstandssprecher des LBK Hamburg.

Die Mitgliederversammlung am 28. November 2001 wählte turnusgemäß für die Jahre 2002 und 2003 Heinz Lohmann zu ihrem ersten Vorsitzenden. Zweiter Vorsitzender wurde Prof. Dr. Fokko ter Haseborg.

Den „engeren Vorstand“ bilden der erste und zweite Vorsitzende sowie ein weiteres, vom Vorstand zu benennendes Mitglied. Im Berichtszeitraum war dies traditionsgemäß Dr. Behrend Behrends, Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE). Die aktuelle Zusammensetzung des Vorstands ist dem Anhang zu entnehmen.



HKG

Im Berichtszeitraum 2001 fanden fünf Vorstandssitzungen statt, in denen sich der Vorstand unter anderem mit folgenden Themen befasste:

- Fallpauschalengesetz
- Krankenhausplan 2005
- Krankenhausinvestitionen
- Abrechnungsprobleme mit der BKK Hamburg
- Fortführung der EQS
- Arbeitszeitgesetz und EuGH-Urteil
- Wahlleistung Unterkunft und BGH-Urteil
- Vertrag „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“
- Projekt „Kooperation Ökologische Produktbewertung“
- Ausländische Patienten
- Informationsplattform für Hamburg (Telemedizin)

Arbeitsgruppen und Kommissionen

Zur Erarbeitung der Grundlagen für die Arbeit der HKG und deren Geschäftsstelle bestehen zu den einzelnen, für die Krankenhäuser wichtigen und aktuellen Themen, Arbeitsgruppen und Gremien. Ihre Mitglieder sind in der Regel Vertreter der einzelnen Krankenhäuser. Im Berichtszeitraum haben folgende Gremien getagt:

Grundsatzkommission

Die aktuelle Zusammensetzung der Grundsatzkommission ist dem Anhang zu entnehmen. Sie wurde vom Vorstand am 16. Juli 1996 eingesetzt, um Themen von grundsätzlicher Bedeutung zu erörtern.

Im Jahre 2001 fanden zwei Sitzungen statt, in denen sich die Grundsatzkommission unter anderem mit folgenden Bereichen befasste:

- Krankenhausplan 2005
- Positionen der HKG zur Umsetzung
- Umsetzung von Prüfaufträgen
- Koalitionsverhandlungen zur Gesundheitspolitik

AG „Krankenhausfinanzierung“

Der Vorstand hatte am 16. September 1999 die Zusammenlegung der bisherigen Arbeitsgruppen „Krankenhausfinanzierung“ und „Pfleagesatzfragen“ zu einer neuen AG „Krankenhausfinanzierung“ und deren Neubesetzung zum 1. Januar 2000 beschlossen. Gleichzeitig wurde eine Vertretungsregelung eingeführt. Die aktuelle Zusammensetzung der Arbeitsgruppe ist dem Anhang zu entnehmen.



HKG

Im Berichtszeitraum 2001 fanden 7 Sitzungen statt, in denen sich die Arbeitsgruppe u.a. mit folgenden Bereichen befasste:

- Einführung des neuen Entgeltsystems
- DRG-Systemzuschlagsgesetz
- Kodierrichtlinien
- Kalkulation der Relativgewichte
- Beteiligung der Krankenhäuser
- Pflegesatzverhandlungen und Schiedsverfahren
- Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V
- Wahlleistung Unterkunft
- BKK Hamburg
- Krankenhausvergleich nach § 5 BPfIV
- Krankenhauspläne 2005 einschließlich Prüfaufträge und Aufnahmeanträge
- Investitionsprogramm 2001/2002/2003
- Pauschalförderung /Änderungsverordnung 2001
- Universelles Neugeborenen Hörscreening

AG „Zukunft und Perspektiven der Ausbildung“

Bereits im November 1999 hatten die Arbeitsgruppen „Krankenhausfinanzierung“ und „Pflegesatzfragen“ im Rahmen der Diskussion über die Ausbildungskosten-Ausgleichsverordnung vorgeschlagen, eine AG „Zukunft und Perspektiven der Ausbildung im Krankenhaus“ einzurichten. Diese sollte sich nicht ausschließlich mit den Krankenpflegeberufen, sondern generell mit der Ausbildung im Krankenhaus und deren Förderung befassen.

Die Arbeitsgruppe sollte ursprünglich gemeinsam mit der damaligen Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) besetzt werden. Von Seiten der HKG wurden hierfür Vertreter des LBK Hamburg, der freigemeinnützigen Krankenhäuser, des UKE und aus dem Bereich der privaten Krankenhäuser benannt. Neben HKG und BAGS, ab dem 1. Januar 2002 Behörde für Umwelt und Gesundheit (BUG) und Behörde für Soziales und Familie, gehören der Arbeitsgruppe mittlerweile auch Vertreter der

- Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, ab dem 1. Januar 2002 Behörde für Bildung und Sport
- Hamburgischen Pflegegesellschaft und des
- Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe an.

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der breitgefächerten Zusammensetzung hatte sich die Arbeitsgruppe darauf geeinigt, sich thematisch nicht auf den Bereich des Krankenhauses zu beschränken. Dem trägt auch der verkürzte Name „Zukunft und Perspektiven der Ausbildung“ Rechnung. Die aktuelle Besetzung der Arbeitsgruppe ist dem Anhang zu entnehmen.



HKG

Im Berichtszeitraum 2001 fanden fünf Sitzungen statt, in denen sich die Arbeitsgruppe u.a. mit folgenden Bereichen befasste:

- Künftige Ausbildung in den Pflegeberufen
- Novellierung des Krankenpflegegesetzes und Altenpflegegesetzes
- Neues Entgeltsystem - Auswirkungen auf die Ausbildung
- Pflege in Deutschland und in Europa im Jahr 2020
- „Drohender Pflegenotstände“
- Einrichtung eines Studiengangs Pflegepädagogik/Pflegewissenschaften/Pflegemanagement

AG „Sicherheit im Krankenhaus“

Nach den Anschlägen in New York am 11. September 2001 ist das Thema „Sicherheit“ in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt. Mit der Sicherheit in Hamburgs Krankenhäusern soll sich die vom Vorstand am 16. November 2001 neu eingesetzte Arbeitsgruppe befassen. Die vom Vorstand am 31. Januar 2002 beschlossene Zusammensetzung der Arbeitsgruppe ist dem Anhang zu entnehmen.

AG „Verträge und Rechtsfragen im Krankenhaus“

Die aktuelle Zusammensetzung der Arbeitsgruppe ist dem Anhang zu entnehmen. Im Berichtszeitraum 2001 fanden zwei Sitzungen statt, in der sich die Arbeitsgruppe unter anderem mit folgenden Themen befasste:

- Vertrag „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“
- Aktenanforderungen durch die BKK Hamburg
- Abrechnung ambulanter Notfallbehandlungen
- Rückzahlungsforderungen der DAK
- Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes
- Modellprojekt „Ambulante Diabetikerschulungen in Hamburg“
- Besetzung der Schiedsstelle nach § 114 SGB V

Drei weitere Sitzungen dienten zur unmittelbaren Vorbereitung der Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen zum Vertrag „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“.

AG „Einführung der DRG“

Nachdem die grundlegenden Vereinbarungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und Krankenkassen zur Einführung des neuen Entgeltsystems vorlagen, rückten die konkreten Umsetzungsschritte auch für die Krankenhäuser näher. Die Kalkulation der Bewertungsrelationen war ursprünglich noch für Oktober 2001 vorgesehen. Der Geschäftsstelle erschien es notwendig, diese Phase durch eine gesonderte Arbeitsgruppe zu begleiten. Die AG „Krankenhaus-



HKG

finanzierung“ hatte auf ihrer Sitzung am 22. Januar 2001 die Bildung einer solchen Arbeitsgruppe zu den DRGs unterstützt. Der Vorstand der HKG hatte auf seiner Sitzung am 15. Februar 2001 die Bildung einer AG „Einführung der DRGs“ dem Grunde nach beschlossen. Vor einer Beschlussfassung über die Besetzung sollten aber zunächst der Handlungsbedarf geprüft und Themen für die Beratungen zusammengestellt werden.

Handlungsbedarf ergab sich aus einer Reihe von Gesichtspunkten, die unabhängig von den Einzelinteressen der Krankenhäuser bei der Einführung und Weiterentwicklung (Lernendes System) eines neuen Entgeltsystems bestehen, d.h. von denen die Häuser gleichermaßen betroffen sein können:

- Beratung der Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Methoden-Pretest (Kalkulationsleitfaden)
- Beratung der Auswahlmethodik für die Ermittlung der an der Kalkulation der Bewertungsrelationen beteiligten Krankenhäuser im Hinblick auf die Beteiligung Hamburgs
- Begleitung der Kalkulationsphase und Prüfung der Ergebnisse insbesondere im Hinblick auf die Berücksichtigung bestimmter Kostenbestandteile
- Fragen der Klassifikation nach den Kodierrichtlinien, einschließlich MDK-Prüfung
- Vorbereitung der Umsetzung von gesetzlich der HKG zugewiesenen Aufgaben (Landesweite Baserate, Fondslösung Ausbildungsstätten/-Vergütungen)

Zurzeit befasst sich die Arbeitsgruppe schwerpunktmäßig mit Fragen der Erstkalkulation der Bewertungsrelationen; sie deckt damit die Regionaltreffen des Netzwerks Erstkalkulation ab. Die aktuelle Zusammensetzung der Arbeitsgruppe ist dem Anhang zu entnehmen.

AG „Ausländische Patienten“

Der Vorstand hat am 12. April 2001 eine Arbeitsgruppe eingesetzt, in der eine gemeinsame Marketingstrategie zur Behandlung ausländischer Patienten beraten werden soll. Hieran sollen die Gesundheits- und auch die Wirtschaftsbehörde beteiligt werden. Die aktuelle Besetzung der Arbeitsgruppe ist dem Anhang zu entnehmen.

Im Berichtszeitraum fanden drei Sitzungen statt, in denen sich die Arbeitsgruppe u.a. mit folgenden Bereichen befasste:

- bisherige Aktivitäten der HKG
- Erfahrungen bei der Behandlung ausländischer Patienten
- Vorstellungen der Krankenhäuser für ein zukünftiges Verfahren
- Leistungsspektren für die Medizinmetropole Hamburg
- Kostenkalkulation des medizinischen Angebots
- Darstellung des Medizinstandortes Hamburg



- Erstellung eines Machbarkeitskonzepts
- Nachfragepotential zur Behandlung ausländischer Patienten
- Vorbereitung Marktanalyse

Hamburger Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus (HAUK)

In den Arbeitskreis entsendet jedes Mitgliedshaus einen Vertreter. Als Gäste nehmen Vertreter des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses und von „pflegen & wohnen“ teil. Die aktuelle Zusammensetzung des Vorsitzes ist dem Anhang zu entnehmen.

Im Berichtszeitraum 2001 fanden vier Sitzungen statt, die vom HAUK-Vorsitz vorbereitet wurden. Der Arbeitskreis befasste sich u.a. mit folgenden Themen:

- Kreislaufwirtschafts- und Abfallgesetz,
- thermische Verwertung von Abfällen
- Abwassergesetz - nachträgliche Anordnung
- Einsparung von Abwassergebühren
- Neuwahl der Vorsitzenden
- Projekt Ökologische Produktbewertung
- zweiter Norddeutscher Umwelttag am 15. November 2001
- Umweltwoche im Krankenhaus Reinbek St. Adolf Stift
- Umweltmanagementsysteme
- Blockheizkraftwerk unter geänderten Marktbedingungen
- Biogasanlage
- Entsorgung radioaktiver Abfälle
- Treffen der Landesarbeitskreise mit der DKG
- LAGA-Richtlinie

Mitarbeit der HKG in den Gremien der DKG

Die HKG arbeitet in einer Reihe von Gremien und Arbeitsgruppen der DKG mit. Bis Ende 2001 vertrat **Prof. Dr. Fokko ter Haseborg** die Hamburgische Krankenhausgesellschaft im DKG-Vorstand. Seit dem 1. Januar 2002 wird die Vertretung von **Heinz Lohmann** wahrgenommen.

Darüber hinaus arbeitet die HKG in folgenden Fachausschüssen, Kommissionen und Sachverständigengremien der DKG mit:

Fachausschuss für Krankenhausfinanzierung
Jürgen Abshoff, GF

Selbstständige Fachkommission
(für das neue Entgeltsystem)
Jürgen Abshoff

HKG



HKG

Arbeitsgemeinschaft nach § 5 BPfIV

Jürgen Abshoff
(Stellvertretendes Mitglied)

Koordinierungsgremium des Projekts

„Abbildung von Leistungsstrukturen mit DRG“ der DKTIG
Jürgen Abshoff

Kommission „Leistungsentgelte“

Horst Judaschke,
stv. GF

Arbeitskreis „Entgeltkataloge“

Horst Judaschke

Fachausschuss „Daten-Information und -Kommunikation“

Horst Judaschke

Kommission „Krankenhausvergleich/LKA“

Horst Judaschke

Fachausschuss „Recht und Verträge“

Marino Maligoi

Arbeitsgruppe „Wahlleistung Unterkunft“

Marino Maligoi

Arbeitsgruppe „AEP-Verfahren“

Marino Maligoi

Arbeitsgruppe „Presse und Öffentlichkeitsarbeit“

Dr. Fabian Peterson

Kommission „Qualitätssicherung“

Dr. Christof Veit

Geschäftsführung und Geschäftsstelle

Im Jahr 2001 sind die Anforderungen an die Geschäftsstelle weiter gewachsen. Neben den üblichen Aufgabenbereichen einer Verbandsgeschäftsstelle, wie beispielsweise die Organisation der Verbandsarbeit, die Beratungs-, Informations- und Dienstleistungsfunktion, die Beteiligung an der Krankenhausplanung oder die Öffentlichkeitsarbeit, fungiert die Geschäftsstelle seit Anfang des Jahres 2000 unter anderem als Datenannahmestelle für den Krankenhausvergleich nach § 5 BPfIV oder als Geschäftsstelle für die Schiedsstelle nach § 114 SGB V - um nur zwei Beispiele zu nennen.

Im März 2002 wurde in der Geschäftsstelle nach umfangreichen Vorarbeiten im Berichtsjahr ein digitales Dokumenten-Management-System eingeführt. Dies ist zum einen die Voraussetzung, um dem zunehmenden Informationsbedarf der Mitgliedskrankenhäuser gerecht zu werden. Zum anderen soll damit die Grundlage für die angestrebte Verbesserung des



Internetangebots geschaffen werden. Nicht zuletzt trägt die damit verbundene elektronische Archivierung auch den zunehmend begrenzten räumlichen Kapazitäten der Geschäftsstelle Rechnung. Dieses geschäftsstelleninterne Projekt, das die HKG zukunftssicherer macht, stellt an die Mitarbeiter der HKG zurzeit noch erhebliche zusätzliche Anforderungen. Angesichts des engen Budgets ist es auch ein finanzieller Kraftakt.

Inzwischen kommt dem Internet sowohl verbandsintern als Informations- und Kommunikationsmedium als auch nach außen eine große Bedeutung zu, das die vorhandenen Kapazitäten zunehmend ausschöpft.

Die derzeitige Personalbesetzung der Geschäftsstelle, die in 2001 durch Tod, Rente und Kündigung erhebliche Veränderungen erfahren hat, ist im Einzelnen dem Anhang zu entnehmen.

Schwerpunkte der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im Berichtszeitraum waren sowohl die Einführung eines leistungsgerechten Entgeltsystems in den Krankenhäusern, die Beratungen zum Krankenhausplan 2005, die Zukunft der Externen Qualitätssicherung in Hamburg, die Auswirkungen des EuGH-Urteils zum Bereitschaftsdienst sowie die künftige Gesundheitspolitik des neuen Hamburger Senats.

Am 1. Januar 2001 gab die Geschäftsstelle das in Hamburg zuerst geborene Baby des neuen Jahrtausends bekannt.

Am 22. Januar 2001 kündigte die HKG als Mitveranstalter das 2. Hamburger Forum „Qualität im Gesundheitswesen“ an, das vom 14.-16. Februar 2001 in den Räumen der Fachhochschule Bergedorf stattfand. Dort informierten zahlreiche Experten über aktuelle Fragen der Qualitätssicherung und -management. Organisiert wurde die Veranstaltung von der quant GmbH.

Anlässlich der Mitgliederversammlung am 26. Januar 2001 stellte die HKG klar, dass Hamburgs Krankenhäuser eine leistungsgerechte Vergütung wollten. Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, 1. Vorsitzender der HKG, begrüßte die von der DKG vorgelegten Vorschläge für eine Krankenhausentgeltverordnung, die eine erste Grundlage für ein leistungsorientiertes und wettbewerbliches System schafften.

In der Anhörung der Beteiligten zum Krankenhausplan 2005 am 1. Februar 2001 verwies der 1. Vorsitzende der HKG auf die vereinbarte Überprüfung der Grundlagen des Krankenhausplans in 2002 mit Blick auf die geplante Einführung des neuen Entgeltsystems. „Neues Entgeltsystem wird die Krankenhausplanung überlagern“, so der Tenor der Pressemitteilung.

Am Festakt anlässlich des 50jährigen Bestehens der HKG am 28. Februar 2001 nahmen rund 200 Repräsentanten aus Po-

HKG

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



HKG

litik, Wirtschaft, Kirche, Verbänden im Gesundheitswesen und den Krankenhäusern teil. Die Pressemitteilung fasste zusammen: „Gratulation für einen wichtigen Partner im Gesundheitswesen“.

Die Zukunft der Externen Qualitätssicherung in Hamburgs Krankenhäusern war Thema einer gemeinsamen Pressekonferenz von HKG, Ärztekammer Hamburg sowie dem Berufsverband für Pflegeberufe am 19. März 2001. Der AOK Hamburg wurde vorgeworfen, die Neuregelung der Qualitätssicherung auf Bundesebene als Vorwand zu nehmen, für die Patientenversorgung in Hamburg wichtige Projekte zu stoppen. Die Qualitätssicherung in Hamburgs Krankenhäusern würde so gefährdet.

Am 2. April 2001 konnte die Geschäftsstelle in einer Pressemitteilung berichten, dass mit der Verabschiedung des Wirtschaftsplans 2001 die Weiterarbeit der EQS-Geschäftsstelle sichergestellt sei.

Nach zähen Verhandlungen mit der BKK Hamburg erklärte sich die Krankenkasse am 7. Mai 2001 bereit, einen Großteil der in den Monaten zuvor angehäuften Rückstände gegenüber den Krankenhäusern kurzfristig abzubauen. „BKK Hamburg sagt umgehende Zahlung offener Rechnungen zu“, so die Aussage der Pressemitteilung. Die scheinbar gelösten Probleme mit der BKK Hamburg standen bereits wenige Wochen nach dieser Zusage wieder auf der Tagesordnung.

Der Tag der Pflege am 16. Mai 2001, an dem die HKG erstmals wieder als Veranstalter teilnahm, wählte den thematischen Schwerpunkt Pflegeausbildung. Auf der von der Geschäftsstelle organisierten Pressekonferenz stellten verschiedene Träger neue Modelle und Entwicklungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung vor.

Anlässlich der Vorstellung des DRG-Gesetzentwurfs auf der Mitgliederversammlung der HKG am 13. Juni 2001 wurde klargestellt: Es muss noch nachgebessert werden.

Der Besuch einer tunesischen Ärzte-Delegation auf Einladung der HKG war Thema der Pressemitteilung am 25. Juni 2001. Dort wurde hervorgehoben, dass Erfahrungsaustausch den medizinischen Fortschritt befördert.

Der 2. Hamburger Krankenhaustag am 19. September 2001 thematisierte ein weiteres Mal die Einführung des neuen Entgeltsystems. In einer Pressemitteilung wurde klargestellt, dass die Hamburger Krankenhäuser das Fallpauschalengesetz begrüßten, aber auch einen steigenden Leistungswettbewerb und die Abschaffung des Budgetsystems erwarteten.

Die Vorstellung der Ergebnisse der Koalitionsgespräche von CDU, Schill-Partei und FDP am 12. Oktober 2001 wurde be-



gleitet von einer Presseerklärung der HKG, in der an die Regierungsparteien appelliert wurde, den erreichten Konsens in der Krankenhausplanung nicht zu gefährden.

Am 25. Oktober 2001 machte die HKG nach der Zustimmung der Regierungsparteien zum Koalitionsvertrag klar, dass sie das erreichte Einvernehmen in der Krankenhausplanung erhalten wolle.

Anlässlich des Urteils des Kieler Arbeitsgerichts zum ärztlichen Bereitschaftsdienst unterstrich die HKG am 8. November 2001, dass die Politik für Klarheit sorgen müsse, wie mit dem Urteil des EuGH vom Oktober 2000 in Deutschland verfahren werden solle. Gleichzeitig wurde betont, dass die Hamburger Krankenhäuser bereits daran arbeiteten, Bereitschaftsdienste durch neue intelligente Formen der Arbeitsorganisation zu ersetzen.

Am 14. November 2001 stellte die HKG fest, dass sie parteineutrale Vertretung aller Hamburger Krankenhäuser sei. So würde die Politik des breiten Konsenses bezüglich des Krankenhausplans mit allen Beteiligten von allen Trägergruppen in der HKG mitgetragen.

Die Neuwahl der Vorsitzenden auf der HKG-Mitgliederversammlung am 28. November 2001 war Anlass für eine Pressemitteilung, in der beherzte Reformen im Gesundheitssystem angemahnt wurden. „Rationierung verhindern – Budgetsystem zügig aufgeben“, so die Forderung der HKG.

Ein Interview des zuständigen FDP-Gesundheitspolitikers zur neuen Krankenhauspolitik in Hamburg stieß bei der HKG auf scharfe Kritik. In einer Presseerklärung vom 4. Dezember 2001 wurde gefragt, ob die neue Krankenhauspolitik in Hamburg mit der Ignorierung von Fachgutachten und einer amateurhaften Analyse der Krankenhauslandschaft einhergehe.

Festakt zum 50jährigen Bestehen der HKG

Mit einem Festakt in den historischen Räumen der Patriotischen Gesellschaft von 1765 feierte die HKG am 28. Februar 2001 ihr 50jähriges Bestehen. Zahlreiche Repräsentanten von Senat, Bürgerschaft, Wirtschaft, Kirchen, den Verbänden im Gesundheitswesen sowie den Krankenhäusern waren der Einladung gefolgt, darunter die Präsidentin der Hamburgischen Bürgerschaft, Dr. Dorothee Stapelfeldt, der damalige Staatsrat der BAGS, Dr. Peter Lippert, DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers, der damalige Leiter des Hamburger VdAK-Landesverbandes, Dr. Klaus Gollert sowie der Präsident der Ärztekammer Hamburg, Dr. Frank-Ulrich Montgomery. Den Festvortrag hielt Prof. Dr. Leonhard Hajen, Ökonomeprofessor an der Hochschule für Wirtschaft und Politik und ehemaliger Senator für Wissenschaft und Forschung.

HKG

Veranstaltungen und Aktionen

23



HKG

Der Festakt war nicht zuletzt auch eine Gelegenheit des Wiedersehens. So hatten sich die ehemaligen Vorsitzenden Prof. Füllbrandt, Dr. Mellmann, Buchholz und Kalff ebenso eingefunden wie die ehemaligen Geschäftsführer Höhn (1953-1981) und Hintz sowie viele ehemalige Mitglieder des Vorstandes der HKG.

Die Überbringer der zahlreichen Grußbotschaften waren sich einig: Die HKG ist ein wichtiger und verlässlicher Partner im Gesundheitswesen, der auch zukünftig eine bedeutsame Rolle spielen wird.

In einer anlässlich des Jubiläums aufgelegten Broschüre finden sich neben der Geschichte und der Dokumentation der unterschiedlichen – und im Laufe der Jahre auch veränderten – Aufgabenbereiche der HKG zahlreiche Bilder und eine Auflistung der Vorsitzenden und Geschäftsführer seit 1951.

Informationskampagne zur Organspende

Auf Initiative der damaligen BAGS wurde der Presse am 29. Juni 2001 eine Informationskampagne zur Organspende im Öffentlichen Nahverkehr vorgestellt. Beklebt mit dem Slogan „Organspende in Hamburg – Leben weitergeben“, dem Hinweis auf eine Info-Telefonnummer sowie den Logos von BAGS, UKE, LBK Hamburg, Ärztekammer Hamburg und der HKG rollt seither ein Gelenkbus auf hochfrequentierten Linien durch die Stadt.

2. Hamburger Krankenhaustag

Der 2. Hamburger Krankenhaustag am 19. September 2001 mit dem Titel „German DRGs auf der Zielgeraden?“ im Hotel Maritim Reichshof informierte aktuell über den Stand der Einführung des neuen Entgeltsystems. Der HKG-Vorsitzende Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, Karl Heinz Tuschen (BMG), Dr. Peter Steiner (DKG), Sebastian Irps (Universitätsklinikum Münster) sowie Herbert Rebscher (VdAK) referierten aus verschiedenen Blickwinkeln zum Thema. An der abschließenden Podiumsdiskussion, die Bernd Seguin (NDR) moderierte, nahmen auch der damalige Vizepräsident der DKG, Dr. Burkhard Rocke, die gesundheitspolitischen Sprecher der Bürgerschaftsfraktionen Dr. Matthias Petersen (SPD), Dietrich Wersich (CDU), Peter Zamory (GAL) sowie der zweite Vorsitzende der HKG, Heinz Lohmann, teil. Der Geschäftsführer der HKG moderierte die Veranstaltung. Die Organisation hatte die quant GmbH übernommen.

2. Norddeutscher Umwelttag für Krankenhäuser

420 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem gesamten Bundesgebiet zählte der 2. Norddeutsche Umwelttag für Krankenhäuser, der am 15. November 2001 zum zweiten Mal im Hamburger Congress Centrum seine Pforten öffnete. Die HKG sowie die bundesweite Kooperation für ökologische Produktbewertung traten als Mitveranstalter auf. Die Organisation der



Veranstaltung lag bei der quant GmbH. Der Kongress stand unter dem Motto „Umweltschutz durch Qualitätssicherung“.

In seiner Eröffnungsrede betonte der HKG-Vorsitzende Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, dass die Förderung von Umweltschutz auch bedeute, soziale Verantwortung zu übernehmen und ökonomisch vernünftig zu handeln. Weitere Vorträge übernahmen Dr. Christa Liedtke (Wuppertal Institut für Klima, Umwelt, Energie), Thomas Pilz (DKG) sowie Hans-Martin Kuhlmann (St. Franziskus Hospital, Flensburg). In sieben Foren wurden am Nachmittag spezifische Fragestellungen des Umweltschutzes im Krankenhaus vertieft. Eine Industrieausstellung mit namhaften Herstellern rundete das Programm ab.

Tag der Pflege

Nach einigen Jahren Pause trat die HKG am 16. Mai 2001 wieder als Mitveranstalter des 8. Tags der Pflege auf, der unter dem Motto stand: „Pflege im Veränderungsprozess“. Mehr als 500 Schwestern und Pfleger sowie Auszubildende aus Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten trafen sich zur Information und Diskussion auf dem Fachkongress, der von der damaligen Senatorin Karin Roth eröffnet wurde. Der 1. Vorsitzende der HKG, Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, lobte in seinem Grußwort die Bereitschaft der Pflegekräfte, die Veränderungen im Gesundheitswesen mitzugestalten. Die von der Geschäftsstelle der HKG organisierte Pressekonzferenz fand breite Resonanz in den Medien.

Veranstaltung für Transplantationsbeauftragte

Am 12. Februar 2002 lud die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) - Region Nord - gemeinsam mit den Ärztekammern und Krankenhausgesellschaften in Hamburg und Schleswig-Holstein zu der konstituierenden Sitzung der Transplantationsbeauftragten im nördlichen Bereich ein. Die Veranstaltung in der Ärztekammer Hamburg wurde vom Senator der BUG, Peter Rehaag, eröffnet und diente der Information und des Erfahrungsaustausches der in den Krankenhäusern für die Organtransplantation verantwortlichen Mediziner.

Der Internet-Auftritt der HKG wurde im Berichtsjahr weiter ausgebaut. Vor allem der Online-Dienst der HKG ist bei vielen Krankenhäusern als schnelles Informationsmedium etabliert. Mit inzwischen über 400 Rundschreiben (inklusive Anlagen) der HKG-Mitteilungen wird dieser Bereich von über 90 Anwendern aus dem Mitgliedsbereich genutzt.

In einem zugangsgeschützten Bereich werden alle Rundschreiben, Termine, Downloads und die Inhaltsverzeichnisse der Mitteilungsblätter zur Verfügung gestellt. Über neue Rundschreiben werden die Krankenhäuser sofort per E-Mail informiert. Das Angebot wird weiter ausgebaut.

HKG

Internetservice



HKG

Verbundene Unternehmen

quant - Service für das Gesundheitswesen GmbH

Neben der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft und dreizehn Hamburger Krankenhäusern ist seit August 2001 auch die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen Gesellschafter der quant - Service für das Gesundheitswesen GmbH.

quant ist weiterhin überwiegend im Bereich der Datenverarbeitung tätig. Dies umfasst den Datenservice für die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) in Düsseldorf sowie für zwölf Bundesländer im Rahmen des bundeseinheitlichen Qualitätssicherungsverfahrens bei Fallpauschalen und Sonderentgelten.

Eine zunehmende Bedeutung erlangen in letzter Zeit Befragungsprojekte, die sich im Gesundheitswesen an Patienten, einweisende Ärzte und Mitarbeiter richten. quant konzentriert sich auch hier auf die Datenverarbeitung sowie Ergebnisdarlegung und bietet diese Verfahren in enger Kooperation mit dem Competence Center Qualitätsmanagement des Krankenhauses München Schwabing an, das über umfangreiche Erfahrungen in der Entwicklung und Durchführung derartiger Projekte verfügt. Ein zweites umfassendes Befragungsangebot wird derzeit mit dem LBK Hamburg entwickelt.

Beratung und Unterstützung bei der Indikatorenentwicklung sowie bei der Datenerfassung und -auswertung führt quant außerdem in Projekten der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie (DGA), der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS), der Pflegeoffensive Duisburg e.V. und der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V. durch.

Als weiteres Unternehmenssegment hat sich das Seminar- und Kongresswesen inzwischen etabliert. In 2001 wurden wieder das jährliche Symposium der Hamburg Sektion der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) der 2. Norddeutsche Umwelttag für Krankenhäuser sowie der 2. Hamburger Krankenhaustag von quant organisiert und durchgeführt. Das 2. Hamburger Forum „Qualität im Gesundheitswesen“ stellte mit knapp 700 Teilnehmern einen weiteren Höhepunkt im vergangenen Jahr dar.

Praxisorientierte Seminare wurden zu aktuellen Themen wie „DRG - Diagnosis Related Groups“, „Abwasserrechtliche Neuerungen für Hamburgs Krankenhäuser“ und „AEP - Fehlbelegungsprüfverfahren“ veranstaltet. Neben den regelmäßigen Weiterbildungsangeboten auf dem Gebiet des Qualitätsmanagement und der Kodierung wurden spezielle Kurse zum KTQ®-Verfahren und zur Evidenzbasierten Medizin (EbM) ins Angebot aufgenommen.

In Kooperation mit den Ärztekammern Hamburg und Bremen führt quant die berufsgruppenübergreifende Weiterbildung „Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“ nach dem 200 Stunden-Curriculum der Bundesärztekammer durch. Ärztinnen und Ärzte können nach Absolvierung dieses Kurses seit



kurzem bei der Ärztekammer Hamburg eine Prüfung ablegen und damit die entsprechende Fachkunde erwerben.

Kompetenzzentrum Medizintechnik (imtc)

Seit Anfang 2000 ist Hamburg Standort des zukunftsweisen- den Kompetenzzentrums für Medizintechnik in Deutschland, des innovative medical technology center Hamburg GmbH (imtc). In Zukunft sollen durch die Aktivitäten des imtc auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene entscheidende Impulse für die Medizintechnik von Hamburg ausgehen.

Als Gesellschafter des imtc engagieren sich neben der Freien und Hansestadt Hamburg Investoren der medizinischen Industrie sowie der Finanzwirtschaft. Das Zentrum sieht seine Aufgabe darin, die vorhandenen Kompetenzen und Potentiale aus Wirtschaft, Forschung und Kliniken zu bündeln, um so die attraktiven Wachstumsmöglichkeiten in der Medizintechnik auszuschöpfen und für den Wirtschaftsstandort Hamburg zu nutzen. Durch die Förderung der Entwicklung und Vermarktung innovativer und marktfähiger medizintechnischer Produkte soll die Wettbewerbsfähigkeit des Standorts Hamburg und seiner Unternehmen im Bereich Medizintechnik gestärkt werden. So können Arbeitsplätze erhalten und geschaffen, Unternehmensgründungen unterstützt und gleichzeitig die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung weiter erhöht werden.

Als Mitgesellschafterin seit dem 11. September 2001 will die HKG dieses Projekt aktiv unterstützen und sich als Netzwerkpartner neben einzelnen Forschungsinstituten, Hochschulen, Krankenkassen und Verbänden beteiligen. Das imtc bietet eine Kommunikationsplattform zwischen Forschern, Entwicklern, Gründern und Anwendern medizinischer Technologien. Es soll gezielt und marktorientiert die Entwicklung medizintechnischer Geräte und Verfahren fördern. Dafür stellt die Gesellschaft Know-how zur Verfügung und bietet Forschern, Entwicklern, Gründern und Anwendern eine Reihe qualifizierter Dienstleistungen an.

Die heutige Lebensqualität der Menschen ist nicht zuletzt das Verdienst moderner Medizintechnik; erst sie erlaubt eine fundierte Therapie vieler Erkrankungen. Um hierbei weitere Fortschritte zu erzielen, sollen mit den vorhandenen sowie weiter einzuwerbenden Mitteln erfolgversprechende Projekte gefördert werden. Im Mittelpunkt stehen innovative und marktfähige medizintechnische Produkte, die dazu beitragen, die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung und damit die Lebensqualität der Menschen entscheidend zu verbessern. Das imtc soll den Wirtschaftsstandort Hamburg zu einem Mittelpunkt modernster Medizintechnik machen und seine Position in den Märkten der Zukunft stärken.

HKG



HKG

Verein Hamburger Gesundheit

Am 11. Juni 2001 fand die Gründungsversammlung des Vereins Hamburger Gesundheit statt. Ausgehend von einer Initiative aus Politik, Wirtschaft sowie Forschung und Lehre zum Thema „Informationstechnologien im Gesundheitswesen“ soll die Entwicklung einer Informationsplattform für Hamburg vorangetrieben werden. Zielsetzung des Vereins ist die Stärkung Hamburgs als medizinisches Kompetenzzentrum.

Mitglied des Vorstandes und Schatzmeister ist der Geschäftsführer.

Die beteiligten Institutionen wurden durch die damalige BAGS aufgerufen, über mögliche Projekte und deren Realisierbarkeit zu beraten. Die Geschäftsstelle ist seitens der Behörde gebeten worden, für den Krankenhausbereich solche Projekte auf ihre trägerübergreifende Durchführbarkeit zu prüfen und entsprechende Vorschläge zu machen. Vor diesem Hintergrund wurde die AG „Telematik im Gesundheitswesen“ gegründet.

Im Workshop „Informationsplattform für Hamburg“, der im Dezember 2000 stattfand, wurden die Projektvorschläge der Beteiligten beraten. Die AG „Telematik im Gesundheitswesen“ hatte empfohlen, zunächst den Elektronischen Arztbrief als Projekt voranzutreiben, um so eine verbesserte Datenkommunikation zwischen den am Behandlungsprozess beteiligten Leistungserbringern zu erreichen. Die Wettbewerbsfähigkeit der Hamburger Wirtschaft zu stärken und damit auch den Medizinstandort Hamburg zu sichern, sind weitere Ziele. Bundesweit bereits funktionierende Einzelprojekte sollen in ein solches möglichst umfassendes Gesamtprojekt einbezogen werden.

In einer Arbeitsgruppe des Vereins Hamburger Gesundheit wird zurzeit über die Realisierung des elektronischen Arztbriefes beraten. Zwei Diplomarbeiten wurden in Auftrag gegeben, um die technische und wirtschaftliche Machbarkeit zu untersuchen.

Deutsche Krankenhaus-TrustCenter GmbH (DKTIG)

Im Jahre 1996 gründete die DKG die Deutsche Krankenhaus-TrustCenter GmbH (DKTIG). Die HKG ist neben der DKG und den anderen 15 Landeskrankenhausgesellschaften Mitgesellschafter. Die DKTIG hat u.a. die Aufgabe, die Krankenhäuser bei den umfangreichen Datentransfer- und Übermittlungsverfahren zu unterstützen und die Verschlüsselung des elektronischen Datenaustausches im verbandseigenen Bereich sicherzustellen.

Neben dem Bereich Datenübermittlung führt die DKTIG ein Projekt zur Abbildung von Leistungsstrukturen durch DRG-Systeme durch. Die HKG ist im Koordinierungsgremium durch den Geschäftsführer vertreten.



Die 16 Landeskrankenhausgesellschaften, die DKG und die DKTIG haben außerdem das Projekt Deutsches Krankenhausregister (DKR) entwickelt. Das DKR ist das erste Projekt in Deutschland, in dem die rund 2.000 Akutkrankenhäuser „unter einem Dach“ ihr medizinisches Leistungsspektrum und ihr Serviceangebot weltweit im Internet präsentieren werden. Zur Erfassung der Daten durch das Krankenhaus wurde eigens eine Software entwickelt. Die HKG fungiert auch hier als Datenannahmestelle für die Hamburger Krankenhäuser. Das Projekt wurde in 2001 auf den Weg gebracht und soll in 2002 fertig gestellt werden.

Kontakte zur Politik

2001 und 2002 führte der engere HKG-Vorstand Gespräche mit dem Ersten Bürgermeister Ole von Beust, Gesundheitsminister Peter Rehaag, Wissenschaftssenator Dr. Jörg Dräger sowie den Vorsitzenden der Bürgerschaftsfraktionen von SPD, CDU und Schill-Partei. Weitere Gespräche werden folgen. Neben der Darstellung des Verbandes wurde in diesen Gesprächen seitens der HKG die Bedeutung der Krankenhäuser für den Wirtschaftsstandort und die Metropolregion sowie der Modernisierungskurs der Hamburger Krankenhäuser thematisiert.

Gespräche mit der Hamburgischen Pflegegesellschaft (HPG)

Um Möglichkeiten einer engeren Kooperation mit dem Pendant der HKG für den Bereich der Pflege in Hamburg, der Hamburgischen Pflegegesellschaft (HPG) auszuloten, trafen sich die beiden Vorstände am 22. Juni 2001 zu einem Gespräch in den Räumen der Caritas. Als mögliche Punkte der Zusammenarbeit wurden die Qualitätssicherung, die integrierte Versorgung, die Novellierung des Krankenpflegegesetzes sowie eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit identifiziert. Bei einem gemeinsamen Abendessen am 6. November 2001 wurden diese Themen vertieft. Ein weiteres Gespräch ist für den 20. Juni 2002 terminiert.

Auf der Ebene der Hamburger Selbstverwaltung gibt es auf gesetzlicher Grundlage als Konfliktlösungsinstanz zwei Schiedsstellen:

Pflegesatzschiedsstelle nach § 18 a KHG

Die Schiedsstelle zur Festsetzung von Pflegesätzen nach § 18 a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei (Krankenkassen oder Krankenhaus) über Gegenstände, die in den Pflegesatzverhandlungen strittig geblieben sind. Sie setzt gemäß § 18 Abs.4 KHG die Pflegesätze bzw. das Budget sowie gemäß § 16 Abs.5 Satz

HKG

Kontakte zu anderen Institutionen

Schiedsstellen



HKG

4 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) die Punktwerte für Fallpauschalen und Sonderentgelte fest.

Die Schiedsstelle ist besetzt mit einem neutralen Vorsitzenden sowie jeweils fünf Vertretern der HKG, vier Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherungen und einem Vertreter der privaten Krankenversicherungen.

Das Nähere über die Errichtung und das Verfahren vor der Schiedsstelle regelt die Pflegesatz-Schiedsstellenverordnung vom 11. Mai 1993.

Die Geschäftsstelle wird seit dem 1. Juli 2000 turnusmäßig wieder von der Kassenseite (AOK Hamburg) geführt. Die Besetzung ist dem Anhang zu entnehmen.

Im Berichtszeitraum wurden insgesamt sechs Schiedsverfahren beantragt. Ein Verfahren wurden zurückgezogen. In fünf Verfahren ergingen Schiedssprüche.

Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V

Zur Entscheidung von Konflikten bei zwei- und dreiseitigen Verträgen gemäß §§ 112 und 115 SGB V besteht eine Landesschiedsstelle gemäß § 114 SGB V. Diese setzt auf Antrag den Inhalt dieser Verträge fest. Sie setzt sich zusammen aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie je drei Vertretern der HKG und der Krankenkassen. Die Errichtung und das Verfahren vor der Schiedsstelle regelt die Landesschiedsstellenverordnung vom 10. Dezember 1991. Die Geschäftsführung liegt bei der HKG. Die laufende Amtsperiode endet am 31. Dezember 2002. Im Berichtszeitraum erfolgte die Neubesetzung der Schiedsstelle für die laufende Amtsperiode. Die aktuelle Besetzung ist dem Anhang zu entnehmen.

Das derzeitig einzige anhängige Verfahren erfolgte durch Antrag vom 5. Februar 2002 der HKG auf Festsetzung des Inhalts eines Vertrages nach § 112 Abs. 2 Nr.1 SGB V.



Projekte der HKG

Am 4. Januar 1999 wurde von der HKG als Projektträger das Projekt „Kooperation zur ökologischen Produktbewertung (KÖP)“ mit rund 50 Kooperationspartnern gestartet. Über die Projektlaufzeit haben sich rd. 65 Krankenhäuser an dem Projekt beteiligt. Die Projektphase (Durchführung der Bewertungen) endete mit Ablauf des Jahres 2001. Formell soll das Projekt mit einer Abschlussveranstaltung am Rande der Medica 2002 beendet werden. Projektförderer ist die Deutsche Bundesstiftung Umwelt (DBU), die auch die Abschlussveranstaltung fördern wird.

Begleitet wird das Projekt von einem Beirat, in dem neben dem Projektträger, der HKG, und dem LBK Hamburg als Kooperationspartner auch die DKG, die Krankenkassen, der VKD, der DBfK, die femak und die Ärztekammer vertreten sind. Wissenschaftlich wird das Projekt vom Institut für Ökologie und Politik (Ökopol) begleitet. Die Schirmherrschaft hatte die damalige Hamburger Gesundheitssenatorin übernommen.

Im Rahmen des Projektes setzen sich die Krankenhäuser mit der Bewertung von Medizinprodukten auseinander. Die Palette der in Bewertung befindlichen Produkte reicht von Kathetern über OP-Abdecksysteme bis zu Nahtmaterial oder Elektroden für das Monitoring auf der Intensivstation. Jeder Partner bewertet eine Produktgruppe pro Jahr.

Das Projekt ermöglicht es, neben den Qualitätsaspekten Handling, Arbeitssicherheit und Hygiene auch den Umweltschutz zu bewerten. Ergänzt wird die Einschätzung der Produktqualität um die Bewertung der Wirtschaftlichkeit.

Zum Projektende liegen rd. 120 Bewertungsergebnisse vor. Die Projektergebnisse stehen im Internet (www.hkgev.de/koep) bereit. Detailergebnisse sind ausschließlich den Kooperationspartnern zugänglich (Passwort). Allgemeine Ergebnisse und Erkenntnisse sowie beispielhaft anonymisierte Ergebnisse sind öffentlich zugänglich.

Mit Zustimmung der DBU wurde die Entwicklung sogenannter „Ökopprofile für Medizinprodukte“ in das Projekt integriert. Ziel ist es, sich mit den Herstellern von Medizinprodukten auf ein gemeinsames Verfahren zur Bewertung der Umweltverträglichkeit zu verständigen, so dass mittelfristig die Hersteller die Bewertung der Umweltverträglichkeit übernehmen und den Krankenhäusern die Ergebnisse (Ökopprofile) zur Verfügung stellen. Die Entwicklungsarbeiten sind abgeschlossen. Auch diese Ergebnisse sind via Internet verfügbar. An den Entwicklungsarbeiten waren auf Herstellerseite beteiligt:

- aap Implantate
- Braun Melsungen
- L. Lang GmbH

PROJEKTE DER HKG

„Bundesweite Kooperation zur Ökologischen Produktbewertung (KÖP)“



PROJEKTE DER HKG

- Tyco Healthcare
- Sarstedt
- Serag Wiessner
- Löning

In 2002 sollen die Ergebnisse sowohl in Richtung der Krankenhäuser und Einkaufsgemeinschaften wie auch in Richtung Hersteller und Herstellerverbände breit kommuniziert werden. Ziel ist es, möglichst viele Partner für eine Umsetzung der Ergebnisse zu gewinnen.

HKG-SIS

Personalstelleninformation „HKG-SIS“

Die Information über offene Stellen in den Mitgliedskrankenhäusern wurde 2001 in vierzehntägigem Rhythmus fortgesetzt. In seinem rund 4jährigen Bestehen hat sich das „HKG-SIS“ bei einer Reihe von Häusern etabliert.

EQS

Arbeitsgemeinschaft Externe Qualitätssicherung (EQS)

Die Arbeitsgemeinschaft Externe Qualitätssicherung (EQS) ist eine Einrichtung der HKG und der Krankenkassenverbände unter Beteiligung der Ärztekammer Hamburg.

Infolge der Gesundheitsreform 2000 hatten die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherungen, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat ein neues Bundeskuratorium Qualitätssicherung gebildet und die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) gGmbH gegründet.

Neuordnung der Qualitätssicherung

Gemäß § 137 SGB V obliegt es den Selbstverwaltungsorganen, flächendeckende Qualitätsvergleiche bundeseinheitlich einzuführen. Die Vorgaben der Bundesebene haben für die Bundesländer und die Krankenhäuser unmittelbare Verbindlichkeit. Nach einem vom Bundeskuratorium beschlossenen Stufenplan waren jeweils zum Jahresbeginn 2001 und 2002 verschiedene Verfahren umgesetzt worden.

Durch die Neufassung des § 137 SGB V wurde die Bundeszuständigkeit gestärkt. Grund dieser Maßnahme war nicht zuletzt der in den Bundesländern sehr unterschiedlich starke Ausbau der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Durch den zwischen den Selbstverwaltungsparteien, der Bundesärztekammer und dem Deutschen Pflegerat geschlossenen „Vertrag über die Entwicklung geeigneter Qualitätssicherungsmaßnahmen in Krankenhäusern nach § 137 SGB V sowie über das Zustandekommen entsprechender Umsetzungsvereinbarungen“ (Kuratoriumsvertrag, in Kraft getreten am 1.1.2001) wur-



PROJEKTE DER HKG

de die vom Gesetzgeber gewollte Richtlinienkompetenz der Bundesebene in entsprechende Strukturen und Regelungen umgesetzt. Die Richtlinienkompetenz der Bundesebene sollte allerdings, hierüber war sich das Bundeskuratorium Qualitätssicherung einig, nicht zu einem Abbau oder gar Einstellung von Maßnahmen auf Landesebene führen. Dies galt besonders für die bereits seit 1991 bestehende EQS.

Zusammen mit dem Kuratoriumsvertrag wurden folgende Projekte vereinbart und verbindlich zum 1.1.2001 eingeführt:

- Maßnahmen der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten und
- Maßnahmen der Qualitätssicherung Herz

Außerdem wurde der Vertrag über die Beauftragung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) zur Entwicklung und Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenhaus (Beauftragungsvertrag) geschlossen. Die BQS setzt die Vorgaben der Vertragspartner für die Qualitätssicherung um. Sie unterstützt die Beteiligten bei der Implementierung und Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Sie übt eine koordinierende Funktion aus und ist Ansprechpartner für die Projektgeschäftsstellen auf Landesebene.

Die Maßnahmen der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten wurden stufenweise in Modulen eingeführt. Das Stufenkonzept umfasste in Stufe 1 zum 1. Januar 2001 9 Module und in Stufe 2 zum 1. Januar 2002 16 Module. Bereits begonnene Projekte sollten fortgeführt werden. Die Sanktionen (Abschlag) beginnen in der Herzchirurgie bereits ab 2001, sonst ab 2002.

Mit dem Kuratoriumsvertrag wurde auch die Finanzierung der Maßnahmen der Qualitätssicherung neu geregelt. Die vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden über einen Zuschlag auf die Vergütung für jeden zu dokumentierenden Krankenhausfall finanziert. Der Zuschlag setzt sich aus drei Komponenten zusammen, für die jeweils gesonderte Beträge vereinbart werden:

- Dokumentation im Krankenhaus als interner Zuschlagsanteil
- Aufwendungen der Projektgeschäftsstelle auf Landesebene als externer Zuschlagsanteil
- Aufwendungen der BQS als externer Zuschlagsanteil Bund

Abschläge von der Vergütung drohen den Krankenhäusern bei Nichterfüllung der Dokumentations- und Abgabepflicht qualitätsrelevanter Datensätze im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens bei Fallpauschalen und Sonderentgelten erstmals im Jahr 2003. Zugrundegelegt werden die Zahlen aus 2002, die den Krankenhäusern zum 31. März 2003 in Form



PROJEKTE DER HKG

einer Datenbankstandbescheinigung von der EQS bestätigt werden. Ein direkter Datenabgleich mit Dritten ist nicht vorgesehen. Dieses Verfahren wird (noch ohne Konsequenzen) im Sommer 2002 erstmals erprobt. Die Bestätigungen der EQS sind dann in den Budgetverhandlungen von den einzelnen Krankenhäusern vorzulegen.

Neuverhandlung des Hamburger Vertrags

Die Neuordnung der Qualitätssicherung durch § 137 SGB V führte zu einer Reihe schwieriger Verhandlungen über die möglichen Auswirkungen auf den EQS-Vertrag von 1991. Von Kassenseite war Ende 2001 teilweise die Auffassung vertreten worden, dass dieser durch die neue Bundesgesetzgebung automatisch seine Gültigkeit verloren habe. Nach Auffassung der HKG waren lediglich Anpassungen notwendig.

Strittig waren insbesondere die Fortsetzung der Hamburger Projekte wie z.B. das Dekubitus-Projekt, die in den bisher auf Bundesebene vorgesehenen Maßnahmen (noch) nicht vorgesehen waren sowie der sogenannte Landeszuschlag EQS. HKG, Ärztekammer Hamburg und DBfK machten in einer Pressekonzferenz am 19. März 2001 deutlich, dass Teile der Krankenkassen die Qualitätssicherung in Hamburgs Krankenhäusern in Frage stellen würden, während mit anderen Krankenkassen Einvernehmen über eine neue Vereinbarung zur EQS hergestellt werden konnte.

Im Frühjahr 2002 konnte dann ein Vertragsentwurf über die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V bis auf Teile der Finanzierungsregelung weitgehend konsentiert werden. Dieser Entwurf sieht allerdings vor, dass die hamburgspezifischen Projekte zum 31.12.2002 auslaufen - es sei denn, sie würden als Bundesprojekte fortgeführt.

Die Bundesebene hat diese in Hamburg entwickelten Qualitätssicherungsprojekte zwar mit großem Interesse zur Kenntnis genommen, sieht aufgrund der aktuell anstehenden Aufgaben allerdings in den kommenden zwei Jahren keine Möglichkeit, diese aufzugreifen.

Die entsprechenden Hamburger Fachgremien haben diese Entwicklung mit großem Bedauern zur Kenntnis genommen und an die Vertragspartner appelliert, für den Fortbestand dieser Verfahren Sorge zu tragen. Derzeit wird geprüft, ob diese Verfahren in eigener Trägerschaft fortgeführt werden können.

Projekte der EQS

Die Hamburger Krankenhäuser sahen sich erst zu Beginn des Jahres 2002 mit der Umsetzung neuer Verfahren konfrontiert, da nahezu alle Projekte der ersten Stufe in Hamburg bereits zuvor Routine waren. Allerdings haben neue Diagnose- und Operationsschlüssel, Änderungen der Datensatzbeschreibungen



PROJEKTE DER HKG

gen in den Einzelverfahren und Verzögerungen bei der Softwareentwicklung zu Umsetzungsschwierigkeiten bei fast allen Beteiligten geführt. Der Aufbau adäquater Strukturen sowie die systematische (aber zeitaufwändige) Aufarbeitung der Probleme seitens der BQS kommt indes gut voran, so dass im Laufe des Jahres 2002 damit zu rechnen ist, dass mehr Ruhe in die Verfahren kommt.

Aktuelle Informationen und der neueste Stand der Verfahren auf Bundesebene sind auf der Homepage der BQS in Düsseldorf stets aktuell abrufbar: www.bqs-online.de

Anästhesiologie

An diesem in Hamburg entwickelten und von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) später übernommenen und weiterentwickelten Verfahren nehmen bundesweit interessierte Anästhesieabteilungen auf freiwilliger Basis teil. Hamburg war bislang das einzige Bundesland, in dem die Teilnahme verbindlich eingeführt worden war. Da das Projekt in der derzeitigen Konstruktion voraussichtlich zum Ende 2002 ausläuft, wird neben der inhaltlichen Weiterentwicklung vordringlich auch eine neue Trägerschaft verhandelt. Hamburgs Anästhesieabteilungen haben signalisiert, diese Qualitätssicherungsmaßnahme in jedem Falle fortzuführen.

Operative Gynäkologie/Perinatalerhebung

Die Operative Gynäkologie fällt unter das bundesweite Qualitätssicherungsverfahren bei Fallpauschalen und Sonderentgelten (QSFS). Die ursprünglich vorgesehene Globalerhebung ist allerdings vom Bundeskuratorium zurückgenommen worden. Somit sind die Arbeiten an einer Kompromisslösung zwischen dieser Globalerhebung und einer begrenzten Erfassung einzelner pauschaliert abzurechnenden Krankenhausbehandlungen, die in Hamburg weit fortgeschritten waren, zunächst eingestellt worden.

Die bundesweite Perinatologieerhebung in der Geburtshilfe ist von der BQS als Qualitätssicherungsmaßnahme bei Fallpauschalen und Sonderentgelten zentral übernommen worden. Nachdem aus diesem Grunde bereits auf Bundesebene die Fachgruppen zusammengelegt worden waren, hat auch das Hamburger Fachgremium Operative Gynäkologie seinen Namen in Fachgremium Gynäkologie und Geburtshilfe geändert und gleichzeitig seine Zuständigkeit erweitert. Auf Vorschlag der Ärztekammer Hamburg konnten inzwischen Vertreter aller Hamburger geburtshilflichen Abteilungen im Fachgremium berücksichtigt werden.



PROJEKTE DER HKG

Neonatalerhebung

Dieses unmittelbar an die Perinatalerhebung gekoppelte Verfahren ist derzeit von der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nicht betroffen, wird mittelfristig aber ebenfalls bundesweit verpflichtend eingeführt.

QSFS Chirurgie/Orthopädie

Das Fachgremium Chirurgie hat 2001 in durchschnittlich sechswöchigem Abstand getagt und die zahlreichen Auswertungen des Vorjahres beraten. Entsprechenden Auffälligkeiten wird nach wie vor nachgegangen. Hauptaugenmerk der zukünftigen Arbeit wird auf der noch besseren Aufbereitung der Ergebnisse liegen, um das Arbeitspensum bewältigen zu können.

QSFS Ophthalmologie

In der Augenheilkunde verspricht sich die Fachgruppe auf Bundesebene eine verbesserte Akzeptanz des Qualitätssicherungsverfahrens in der Kataraktchirurgie durch ein neues, breit in den Fachgesellschaften und Berufsverbänden abgestimmtes Erhebungsinstrument.

QSFS HNO/QSFS Urologie

Die Verfahren bei den erfassungspflichtigen Eingriffen „Tonsillektomie“ und „Korrektur der Nasenscheidewand“ in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie der „Prostataresektion“ bei den Urologen laufen in Hamburg stabil.

Schlaganfall

Das in Hamburg entwickelte Verfahren war auf Empfehlung des Fachgremiums vom Kuratorium der EQS zum Januar 2001 verbindlich eingeführt worden und fällt nunmehr unter die Projekte, die von den Kassen nach 2002 voraussichtlich nicht mehr gefördert werden. Auch hier laufen derzeit Verhandlungen, das Verfahren in eine andere Trägerschaft zu überführen. Inzwischen hat ein namhafter Softwarehersteller die elektronische Datenerfassung umgesetzt, von der ein positiver Effekt auf die Datenqualität und den Datenfluss erwartet wird. Zahlreiche Abteilungen haben signalisiert, auch bei Wegfall der Verpflichtung freiwillig weiterhin am Verfahren teilnehmen zu wollen.

Pflegeprojekt Dekubitus

Nach verpflichtender Einführung des Qualitätssicherungsverfahrens „Dekubitusinzidenz in Krankenhäusern“ durch das Kuratorium der EQS hatte sich die Arbeitsgruppe Pflege zurückgezogen und Anfang 2002 endgültig aufgelöst. Die Inhalt-



liche Betreuung des Verfahrens hat indes das neu gegründete, paritätisch besetzte Fachgremium Dekubitus übernommen, das ausschließlich mit Vertreterinnen der Leitungsebene besetzt ist.

Da auf den Hamburger Raum beschränkt, wird auch für dieses Projekt die Unterstützung der EQS voraussichtlich Ende 2002 auslaufen und in eine andere Trägerschaft übergehen müssen. Pflegedirektionen und -verbände haben aber ihren Willen zur Fortführung des Verfahrens längst bekundet.

PROJEKTE DER HKG







Gesundheitspolitik auf Bundesebene

Das „Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)“ trat am 1. Januar 2000 in Kraft und legte den Grundstein für eine tiefgreifende Änderung des Gesundheitswesens. Dieses gilt insbesondere für den Krankenhausbereich, der sowohl durch die verschärfte Deckelung der Individualbudgets bis 2002 als auch durch die Einführung eines leistungsbezogen, pauschalierenden Entgeltsystems ab 2003 bzw. 2004 besonders betroffen ist.

Das neue Vergütungssystem, das für die Krankenhäuser weitreichende Folgen haben wird, soll in einem äußerst knappen Zeitrahmen entwickelt und angewendet werden.

Einigung über Grundstruktur des Vergütungssystems

Die Selbstverwaltung wurde beauftragt, die wesentlichen Elemente wie z.B. Klassifikationssystem und Bewertungsrelationen zu vereinbaren. Die HKG hatte sich dazu mit progressiven Forderungen positioniert (vgl. Geschäftsbericht 2000, S.59). Nach intensiven Verhandlungen kam am 27. Juni 2000 im Spitzengespräch zwischen Vertretern der GKV, PKV und DKG eine Einigung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17 b KHG zustande. Als Grundlage für die Einführung eines deutschen DRG-Systems sah die entsprechende Vereinbarung die von der australischen Regierung zur Verfügung gestellte Systematik der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) vor.

Regelungen für Zu- und Abschläge

Am 15. Dezember 2000 kam im Spitzengespräch mit GKV und PKV die Vereinbarung über Regelungen für Zu- und Abschläge gemäß § 17 b Abs.1, Satz 4 KHG zustande. Darin wurden u.a. die Bereiche Notfallversorgung, Vorhaltung von Leistungen und Ausbildungsstätten geregelt. Für die Ausbildungsstätten wurde der Vorschlag der HKG für eine Fondlösung übernommen.

Finanzierung der Entwicklungskosten

Zur Finanzierung der Entwicklungskosten des neuen Entgeltsystems wurde die Erhebung eines DRG-Systemzuschlags pro Krankenhausfall eingeführt. Das dazu erforderliche DRG-Systemzuschlags-Gesetz wurde vom Bundestag am 16. März 2001 verabschiedet. Im Bundesrat wurde auf Antrag Hamburgs eine Regelung über die Schiedsstellenfähigkeit der zu schließenden Vereinbarung aufgenommen. Die HKG hatte im sich Vorfeld für die Aufnahme einer Schiedsregelung ausgesprochen. Der Bundesrat stimmte am 30. März 2001 dem Gesetz zu. Das Gesetz wurde am 4. Mai 2001 im Bundesgesetzblatt bekannt gegeben.

GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

Gesundheitsreform 2000



GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

Fallpauschalen- gesetz

Der geänderte § 17 b Abs.5 KHG erlaubt, mit dem Systemzuschlag die ab 1. März 2001 durchzuführenden Aufgaben zu finanzieren. Die entsprechende Vereinbarung von GKV, PKV und DKG sah ursprünglich vor, einen Zuschlag von 0,50 DM je Krankenhausfall zu erheben. Aufgrund der technischen Umsetzungsprobleme wurde der Zuschlag aber erst ab 1. Juli 2001 in Höhe von 0,90 DM erhoben.

Das Berichtsjahr 2001 war gekennzeichnet durch intensive Arbeiten zur Umsetzung des neuen Vergütungssystems durch die Selbstverwaltung und den Gesetzgeber. Das BMG hatte die Selbstverwaltungsparteien am 18. Oktober 2000 um die Übersendung offizieller Vorschläge zur Ausgestaltung des künftigen ordnungspolitischen Rahmens im Zuge der Einführung des Entgeltsystems nach § 17 b KHG gebeten. Der Vorstand der DKG hat am 23. Januar 2001 nach intensiven, teilweise kontrovers geführten Diskussionen die „Positionen der DKG zum ordnungspolitischen Rahmen des neuen Entgeltsystems nach § 17 b KHG“ verabschiedet. Die im Wesentlichen zu klärenden Fragen bezogen sich auf die Ausgestaltung des Preissystems (Festpreis), die Steuerung der Leistungsmengen, die Einhaltung der Beitragssatzstabilität, die Ermittlung des Basisfallwertes wie auch die Ausgestaltung der Einführungsphase (2 Jahre) und Konvergenzphase (3 Jahre). Es war zu der Zeit noch offen, wie das BMG damit weiter verfahren würde. Zudem stand die Aussage des Bundeskanzlers im Raum, dass eine grundlegende Gesundheitsreform in dieser Legislaturperiode nicht mehr erfolgen werde.

Das Bundesgesundheitsministerium legte am 13. Februar 2001 ein Papier zur „Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems im Krankenhausbereich“ vor, das mehrere Alternativen für die Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems aufzeigte. Bei einer „großen Lösung“ würden alle Modalitäten des Entgeltsystems (Budgethöhe, Art des Preissystems, Einzelregelungen, Zuschläge usw.) von vornherein festgelegt. Eine „kleine Lösung“ würde sich hingegen auf Regelungen für die Einführungsphase beschränken und die endgültige Ausgestaltung einer späteren gesetzlichen Regelung überlassen.

Die DKG sprach sich im Mai 2001 für eine Verschiebung der Einführung des neuen Entgeltsystems auf den 1. Januar 2004 bei zweijähriger budgetneutraler Umsetzung aus. Diese Forderung entsprach nicht der Position der HKG sowie des Verbandes der Privaten Krankenanstalten nach einer zeitnahen Einführung des neuen Vergütungssystems.

Am 1. Juni 2001 legte das BMG einen ersten Arbeitsentwurf für ein „Gesetz zur Einführung des DRG-Vergütungssystems für Krankenhäuser“ vor, das sich auf die kleine Lösung beschränkte. Es sollten sowohl die Modalitäten für die Übergangsphase in das neue System geregelt, als auch einige Vorentscheidungen für die späteren ordnungspolitischen Rah-



menbedingungen getroffen werden. Hervorzuheben war die Beibehaltung des Einföhrungstermins zum 1. Januar 2003 mit Budgetneutralität in den Jahren 2003 und 2004 und einer Konvergenzphase in den Jahren 2005 und 2006. Der BMG-Entwurf sah landesweite Festpreise vor, die aber von den Krankenhäusern unterschritten werden durften. Die Ermittlung des Basisfallwertes sollte erstmalig 2005 auf Landesebene erfolgen. Bei den Ausbildungsstätten fand sich der HKG-Vorschlag einer Fondslösung wieder; als Fondsverwalter waren die Landeskrankenhausesellschaften vorgesehen. Bemerkenswert war der Passus zur Qualitätssicherung: Danach sollten Krankenhäuser im Falle einer Unterschreitung von Mindestmengen bestimmter Leistungen von der Erbringung dieser Leistungen ausgeschlossen werden. Neben einer Stärkung der Prüfrechte des MDK waren zudem drastische Strafregelungen für den Fall falscher Abrechnungen vorgesehen.

Referentenentwurf

Das BMG legte am 11. Juli 2001 den Referentenentwurf eines DRG-Einföhrungsgesetzes vor. Gegenüber dem Arbeitsentwurf wurden im Referentenentwurf folgende wesentliche Änderungen vorgenommen:

- Einföhrung des DRG-Vergütungssystems ab 1.1.2003 als Option für die Krankenhäuser, verpflichtende DRG-Einföhrung für alle Krankenhäuser zum 1.1.2004; ansonsten Beibehaltung der vorgesehenen Übergangsphase von 2003 bis 2007.
- Krankenhäuser, die die Optionsmöglichkeit nutzen, erhalten bevorzugte Einföhrungsbedingungen im Jahr 2003 (verbessertes Mindererlösausgleich 95 % statt 60 %, Aussetzen des Krankenhausvergleich für diese Krankenhäuser bereits im Jahr 2003 statt 2004, zwei Jahre Budgetneutralität).
- Beibehaltung der Vereinbarung des Preisniveaus (Basisfallwert) auf der Landesebene; die Absicht, mittelfristig (nach 2007) bundesweite Basisfallwerte einzuföhren, wird in der amtlichen Begründung angekündigt und damit nachhaltig unterstrichen.
- Veränderte Formulierungen für die Vereinbarung der Basisfallwerte und die Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität durch die Vertragsparteien auf der Landesebene. Für die erstmalige Vereinbarung des Basisfallwertes wird eine gesonderte Regelung vorgegeben.
- Zwischen Faktoren, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen (Bundesebene) und der Vereinbarung des Basisfallwertes (Landesebene) zu berücksichtigen sind, wird unterschieden.

GESUNDHEITSPOLITIK AUF BUNDESEBENE

GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

- Ausgabenerhöhungen in Folge von Kodiereffekten werden sowohl auf der krankenhausesindividuellen Ebene (Mehrerlöse) als auch auf der Landesebene (Basisfallwert) neutralisiert.
- Die Vorgabe, die Bewertungsrelationen bei Leistungen mit auffälliger Mengenentwicklung gezielt abzusenken, wird Kann-Regelung. Sie wird erweitert um die Möglichkeit, für einzelne Fallpauschalen gestaffelte Bewertungsrelationen zu vereinbaren.
- Die Möglichkeit zum Abschluss von Strukturvereinbarungen zwischen dem einzelnen Krankenhaus und den Krankenkassen auf der Landesebene erfolgt im Einvernehmen mit dem Land; die Krankenkassen haben die Möglichkeit, Veränderungen anzuregen, d. h. kein neues Verwaltungsverfahren.
- Vereinbaren die Vertragspartner „vor Ort“ zeitlich befristete fallbezogene Vergütungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, haben die Krankenkassen die Vertragsparteien auf der Bundesebene zu informieren, die das Verfahren zur Überprüfung der jeweiligen Innovation nach § 137c SGB V veranlassen.
- Der Begriff „Sonderentgelte“ wird durch den Begriff „Zusatzentgelte“ ersetzt, um zu verdeutlichen, dass diese Entgelte nicht mehr genereller Systembestandteil sind, sondern nur noch in eng begrenzten Ausnahmefällen vereinbart werden können.
- Die von den Krankenkassen oder in deren Auftrag vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu prüfenden Tatbestände werden genauer gefasst. Die Prüfergebnisse sind dem Krankenhaus und der betroffenen Krankenkasse versichertenbezogen mitzuteilen. Es wird ein gemeinsamer Prüfungsausschuss der Selbstverwaltung auf der Landesebene errichtet, der im Streitfall schlichtet.
- Bei nicht ordnungsgemäßer Abrechnung der DRG-Fallpauschalen wird die Rückzahlungspflicht des Krankenhauses auf den zu hoch in Rechnung gestellten Betrag begrenzt. Wenn eine Prüfung stattfindet, hat der MDK ebenfalls zu prüfen, ob das Krankenhaus auch zu niedrig abgerechnet hat. Wird vom Prüfungsausschuss festgestellt, dass ein Krankenhaus vorsätzlich zu hohe Rechnungen gestellt hat, ist anstelle des Differenzbetrags der doppelte Differenzbetrag zurückzuzahlen.

Kabinettsentwurf

Der vom Kabinett beschlossene Regierungsentwurf zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für



GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) wies gegenüber dem Referentenentwurf keine grundlegenden Änderungen auf. Die Regelung über den vollständigen Mehrerlösausgleich bei so genanntem „upcoding“ wurde modifiziert und die Angabe von Mindestmengen sollte lediglich empfehlenden Charakter haben.

Von der DKG wurde kritisch angemerkt, dass auch im Regierungsentwurf der Charakter einer lediglich vorübergehenden Systematik, die auf das Jahr 2003 befristet ist und keinerlei präjudizierende Wirkung für die verbindliche Einführung eines G-DRG-Systems zum 1.1.2004 entfaltet, nicht deutlich werde. Krankenhäuser, die von dem Optionsrecht Gebrauch machen wollten, müssten aber klar erkennen können, dass sie sich im Jahre 2003 lediglich in einer Systematik üben, jedoch nicht bereits das zum 1.1.2004 einzuführende G-DRG-System anwenden. Durch die beabsichtigte Integration des Optionsmodells in § 3 KHEntgG würden gänzlich neue Rahmenbedingungen mit Auswirkungen auf die Zeitplanung nicht nur der Selbstverwaltungspartner geschaffen, die eine Umsetzung der Optionslösung in Frage stellten. Die DKG betonte nachdrücklich, dass die Optionslösung die Notwendigkeit der inhaltlichen Ausgestaltung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene voraussetze. Dabei sei Geschäftsgrundlage der DKG, die Vergütung für noch nicht über DRG abbildbare Leistungen vor Ort individuell pro Krankenhaus zu vereinbaren - einschließlich der Möglichkeit eines Restbudgets. Die im Regierungsentwurf vorgesehene Regelung des § 6 Abs. 1 KHEntgG schaffe hierzu die notwendige Rechtsgrundlage und sei für die DKG zwingende Voraussetzung für die Umsetzung des Optionsmodells. Die Datengrundlage für eine optionale Lösung im Jahre 2003 sei angesichts der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit insoweit noch nicht ausreichend, um alle 661 australischen DRGs ökonomisch mit deutschen Daten zu bewerten.

1. Lesung im Bundestag

Der Gesetzentwurf der Regierungsfractionen zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser vom 11. September 2001 wurde vom Deutschen Bundestag am 26. September 2001 in erster Lesung beraten. Die DKG verlangte auf der Grundlage ihrer Stellungnahme vom 4. Oktober 2001 insbesondere unbefristete und sachgerechte Öffnungsklauseln für spezielle Leistungen wie etwa in der Neurologie, der Intensivmedizin und bei sehr seltenen Erkrankungen, die nur schwer oder gar nicht abbildbar seien. Diese Forderung war allerdings nicht unumstritten. Nachbesserungsbedarf sah die DKG auch bei den beabsichtigten Regelungen zum Basisfallwert. So wurde die Möglichkeit, fiktiv unterstellte Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Vereinbarung von Basisfallwerten zu berücksichtigten, zurückgewiesen. Anpassungen des Basisfallwertes nach dem Jahr 2005 sollen nur dann möglich sein, wenn tatsächliche Wirtschaftlichkeitsreserven aufgrund valider Daten nachgewiesen werden könnten.

GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

Weitere wesentliche Positionen der DKG waren:

- Das von der DKG vorgeschlagene und im Gesetzentwurf enthaltene Optionsmodell für den Einstieg 2003 oder 2004 basiere auf bestimmten Geschäftsgrundlagen. Der Versuch, diese zu ändern, müsse zum Scheitern des Optionsmodells führen.
- Wesentliche Geschäftsgrundlage sei das alleinige Wahlrecht des Krankenhauses, nach dem neuen Vergütungssystem im Jahr 2003 abzurechnen. Sonst bestünde die Gefahr, dass das Modell aufgrund des Vetos einzelner Krankenkassen von Anfang an scheitere.

Im Vorfeld der Anhörung des Bundestagsgesundheitsausschusses machte der damalige DKG-Präsident Volker Odenbach auf einer Expertentagung der DKG unter dem Thema „Countdown für die G-DRGs“ am 8. Oktober 2001 in Köln noch einmal deutlich, dass die DKG voll hinter der gesetzlich vorgesehenen Optionslösung zur Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2003 stehe. Odenbach kritisierte, dass die Krankenkassen, die zunächst bei der Realisierung des Zeitplans gedrängt hätten, sich nun bei der optionalen Einführung im Jahr 2003 überfordert sähen.

Gesundheitsausschuss des Bundestages

Für die Beratung des Gesundheitsausschusses des Bundestags am 14. November 2001 hatten die Koalitionsfraktionen 18 Änderungsanträge vorgelegt; bis zur abschließenden Beratung des Ausschusses am 12. Dezember 2001 wurden weitere 9 Anträge gestellt. Von den ersten 18 Änderungsanträgen, die aber für die abschließenden Beratungen teilweise noch geändert wurden, waren folgende von zentraler Bedeutung:

Antrag Nr. 10: Optionsmodell

Der Antrag zielte auf eine veränderte Regelung zur Umsetzung des Optionsmodells. Demnach sollten die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene für das optionale Jahr 2003 einen vorläufigen Fallpauschalenkatalog auf Basis des australischen Katalogs vereinbaren. Soweit die Fallgruppen bis zum 30. Juni 2002 nicht vorlägen, seien die Relativgewichte näherungsweise auf Grundlage australischer Relativgewichte festzulegen.

Das Krankenhaus sollte die Anwendung des Optionsmodells verlangen können, wenn es voraussichtlich mindestens 90 % des Gesamtbetrags (vermindert um Zusatzentgelte, Kosten für Ausbildungsstätten, Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen) mit Fallpauschalen abrechnen kann. Wird dieser Prozentsatz nicht erreicht, soll das Krankenhaus das Vergütungssystem im Jahr 2003 nur dann einführen können, wenn die anderen Vertragsparteien (örtliche Krankenkassen) zustimmen (§ 17 b KHG).



GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

Das o.a. Näherungsverfahren bzw. die Heranziehung australischer Bewertungsrelationen ist für die verbindliche Einführung des Fallpauschalensystems zum 1. Januar 2004 auch auf noch nicht kalkulierte Fallpauschalen anzuwenden.

Antrag Nr. 15: Medizinischer Fortschritt

Der Antrag legt Voraussetzungen für die Vereinbarung einer gesonderten Vergütung für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden fest. Voraussetzung einer entsprechenden Vereinbarung soll demnach die Bestätigung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sein, dass diese neue Leistung mit einer bestehenden Fallpauschale nicht sachgerecht vergütet werden kann. Entfallen soll demgegenüber die Vorgabe, dass der Ausschuss Krankenhaus automatisch über eine neue Methode entscheiden muss, für die ein gesondertes Entgelt vereinbart worden ist. Die Bewertung der Methode soll nur dann durch den Ausschuss erfolgen, wenn die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene dies für erforderlich halten. Das Antragsrecht der im Ausschuss Krankenhaus vertretenen Verbände bleibt allerdings unberührt (§ 6 Abs.2 KHEntgG).

Antrag Nr. 17: Basisfallwert

Der Antrag zielt auf eine Verschärfung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Soweit die Ausgaben in den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, die Veränderungsrate überschreiten, soll dies bei der Vereinbarung des Basisfallwerts auf Landesebene absenkend berücksichtigt werden (§ 10 KHEntgG). Zu diesen Leistungsbereichen zählen die Zuschläge nach § 5 KHEntgG (auf Bundesebene vereinbarte Zuschläge, Sicherstellungszuschlag), sonstige Entgelte nach § 6 KHEntgG, Zusatzentgelte für z.B. Dialyse/Bluter und Entgelte nach Überschreitung der Grenzverweildauer).

Anträge Nr. 3 und 4: Hochschulambulanzen

Mit diesen Anträgen soll eine Ausweitung der Ermächtigung der Hochschulambulanzen erfolgen; die Vergütung soll dann unmittelbar durch die Krankenkassen erfolgen.

Anträge Nr. 5 und 11: Qualitätsberichterstattung

Die Anträge konkretisieren und verschärfen die Vorgaben zur Veröffentlichung des Qualitätsberichts. Der Bericht soll im Abstand von zwei Jahren veröffentlicht werden müssen und Auskunft darüber geben, inwieweit die Empfehlungen zu Mindestmengen von Krankenhausleistungen umgesetzt worden sind. Darüber hinaus sollen Art und Anzahl der Krankenhausleistungen ausgewiesen werden; der Bericht soll von den Krankenkassen im Internet veröffentlicht werden. Die Krankenkassen und KVen sollen die Versicherten und die Vertragsärzte auf der Basis der Qualitätsberichte auch vergleichend über

die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen dürfen. Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nicht fristgerecht veröffentlichen, sollen vom MDK jährlich bzgl. Fehlbelegungen, frühzeitiger Verlegungen oder Entlassungen und Fehlrechnungen geprüft werden.

Antrag Nr. 7: MDK-Prüfrechte

Neben der bislang vorgesehenen Stichprobenprüfung soll der MDK nun auch in Einzelfällen bei Auffälligkeiten die Abrechnungen prüfen können.

Antrag Nr. 13: Krankenhausvergleich

Der Krankenhausvergleich soll auch für den Bereich der gesonderten Entgelte, die noch nicht in das Fallpauschalensystem einbezogen sind, anzuwenden sein.

Antrag Nr. 14: Ermittlung Erlösbudgets 2005/2006

Der Antrag konkretisiert die Vorgaben zur Ermittlung der Erlösbudgets. U.a. sollen nicht nur die variablen Kosten für Leistungen berücksichtigt werden, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert wurden, sondern die Kosten insgesamt. Vorgesehen ist auch die Entfristung der Vorgaben, falls für den Zeitraum ab 2007 das angekündigte Gesetz zum endgültigen ordnungspolitischen Rahmen nicht rechtzeitig in Kraft treten kann.

Noch kurz vor der Ausschusssitzung wurden am 11.12.2001 zwei Änderungsanträge aufgenommen. Diese betrafen die Verpflichtung der Selbstverwaltungspartner zur Durchführung einer Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems (§ 17b Abs. 8 KHG) und Finanzierungsregelungen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen im Krankenhaus (§ 6 Abs. 5 BPfIV).

Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages verabschiedete am 12.12.2001 eine Beschlussempfehlung

Alle 27 Änderungsanträge wurden vom Gesundheitsausschuss angenommen. Das FPG wurde in dieser geänderten Fassung Gegenstand der 2. und 3. Lesung des Deutschen Bundestages am 14.12.2001. Die Fraktion CDU/CSU hat einen Entschließungsantrag vorgelegt, mit dem die Bundesregierung u.a. aufgefordert werden soll, von der Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems unter Budgetbedingungen abzusehen, ausreichende Öffnungsklauseln einzuführen und den engen Zeitplan zu lockern.

Die DKG hatte bereits nach Kenntnis der Änderungsanträge vom 14.11.2001 massiv interveniert und am 3.12.2001 ein „6-Punkte-Papier“ zu den Auswirkungen der Änderungsanträge veröffentlicht.



GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

2. und 3. Lesung im Bundestag

Das FPG wurde in der geänderten Fassung des Gesundheitsausschusses in 2. und 3. Lesung vom Deutschen Bundestag am 14. Dezember 2001 beschlossen.

Entscheidung des Bundesrates im Februar 2002

Der Gesundheitsausschuss des Bundesrats befasste sich am 16. Januar 2002 mit dem Fallpauschalengesetz, um die Entscheidung des Bundesratsplenums am 1. Februar 2002 vorzubereiten. Hierzu hatten die unionsregierten Länder (B-Länder) Baden-Württemberg, Bayern, Saarland, Sachsen, Thüringen sowie die in CDU-Koalition geführten Länder Brandenburg und Hamburg Anträge zur Anrufung des Vermittlungsausschusses gestellt. Der Gesundheitsausschuss des Bundesrats hatte sich im Ergebnis dafür ausgesprochen, dem Bundesrat zu empfehlen, den FPG-Gesetzentwurf unverändert anzunehmen.

Der Bundesrat stimmte dem Fallpauschalengesetz - entgegen den Erwartungen - nicht zu. In der Bundesratssitzung am 1. Februar 2002 wurde zunächst gefragt, wer sich dem Grunde nach für die Anrufung des Vermittlungsausschusses ausspreche. Hierfür hatte nur das Land Brandenburg gestimmt (Bei einer Mehrheit für die Anrufung wäre eine Beratung über Details notwendig geworden). Bei der darauf folgenden Frage - Zustimmung zum Gesetz - kam ebenfalls keine Mehrheit zustande. Für das Gesetz sprachen sich nur die A-Länder aus. Damit wurde die Anrufung des Vermittlungsausschusses erforderlich, was durch Bundesregierung oder Bundestag erfolgen konnte.

Vermittlungsausschuss

Nachdem das Gesetz im Bundesrat am 1. Februar 2002 keine Zustimmung gefunden hatte, kam es am Ende des Entscheidungsprozesses auf die Verhandlungen im Vermittlungsausschuss an. Dieser tagte am 26. Februar 2001; durch seine Beratungen kam es noch zu einigen, im Wesentlichen die Kompetenzen der Bundesländer betreffenden Änderungen:

- **Verzicht** auf die ursprünglich geplante **Neuregelung des § 109 SGB V** (Strukturvereinbarungen).
- Den Ländern soll es möglich sein, **Ausnahmen** von den **verbindlichen Mindestmengen** für planbare Leistungen zu bestimmen, um damit dem Ziel der Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen Rechnung zu tragen (§ 137 Abs.1 SGB V).
- Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sollen bei den **Sicherstellungszuschlägen** nicht bundeseinheitliche Maßstäbe vorgeben, sondern nur **Empfehlungen** für



GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

- solche Maßstäbe aussprechen. Damit soll verdeutlicht werden, dass die Vereinbarungen auf Bundesebene nur verbindlich sind, wenn die zuständige Landesbehörde keine abweichenden Vorgaben erlässt (§ 17b Abs.1 Satz 6 und Satz 7 – neu – KHG).
- Die **Begleitforschung** zur DRG-Einführung soll auch deren Auswirkungen auf die **ambulante Versorgung und andere Leistungsbereiche** sowie Art und Umfang von Leistungsverlagerungen umfassen (§ 17b Abs.8 Satz 1 KHG).
 - In den Regelungen zur Verbesserung der **Arbeitszeitbedingungen** in den Krankenhäusern (0,2%-Aufschlag) soll auf eine Bestätigung durch die Arbeitsschutzbehörden verzichtet werden (§ 6 Abs.5 Satz 2 BpflV).
 - In § 9 Abs.2 KHEntgG erfolgt eine redaktionelle Klarstellung zur **Konfliktlösung** (Schiedsstelle).
 - Die von der Bundesregierung veranlassten **DRG-Datenauswertungen** sollen an die **Bundesländer** weitergegeben werden. Die Länder können zudem Empfehlungen für weitere Datenauswertungen an das BMG richten (zu § 21 Abs.3 Satz 8 KHEntgG).

Zustimmung von Bundestag und Bundesrat

Der Bundestag stimmte dem Vermittlungsergebnis am 28. Februar zu, der Bundesrat am 1. März 2002. Das so geänderte Gesetz trat nach Verkündung im Bundesgesetzblatt in wesentlichen Teilen am 30.4.2002 in Kraft.

Zentrale Inhalte des Fallpauschalen- gesetzes

Mit dem Fallpauschalengesetz wurden nunmehr die folgenden, wesentlichen Inhalte geregelt:

Optionsmodell und budgetneutrale Phase

Das Vergütungssystem wird für die Jahre 2003 und 2004 budgetneutral eingeführt. Für das Jahr 2003 soll die Selbstverwaltung auf Bundesebene einen vorläufigen Fallpauschalenkatalog auf der Grundlage des ausgewählten australischen Katalogs vereinbaren. Kann eine Fallgruppe wegen zu geringer Fallzahlen in der Erstkalkulation voraussichtlich nicht mit einem deutschen Relativgewicht bewertet werden, ist dieses näherungsweise auf der Grundlage australischer Relativgewichte zu ermitteln und zu vereinbaren.

Auf Verlangen des Krankenhauses wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2003 mit diesem vorläufigen Fallpauschalenkatalog eingeführt. Voraussetzung dabei ist, dass von dem Krankenhaus voraussichtlich mindestens 90 Prozent des um Zusatzentgelte und Ausbildungskosten verminderten



Gesamtbetrags über DRGs abgerechnet werden können. Wird dieser Prozentsatz nicht erreicht, kann das Krankenhaus das Vergütungssystem 2003 nur mit der Zustimmung der Krankenkassen einführen. Das Krankenhaus hat Letzteren sein Verlangen bis zum 31. Oktober 2002 schriftlich mitzuteilen und dazu eine Aufstellung über Art und Anzahl der DRG-Leistungen im ersten Halbjahr 2002 vorzulegen.

Zum 1. Januar 2004 wird das neue Vergütungssystem für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich eingeführt. Auch für 2004 gilt das Verfahren zur näherungsweise Ermittlung auf australischer Basis, wenn Fallgruppen auf Grund zu geringer Fallzahlen nicht mit deutschen Relativgewichten bewertet werden können. Diese sind in den folgenden Jahren durch Relativgewichte auf der Basis deutscher Kostenerhebungen zu ersetzen.

Das BMG wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Teilbereiche zu erlassen, in denen eine Einigung der Selbstverwaltung nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat (§ 17 b, Abs.4,6,7 KHG, § 3 KHEntG).

Ermittlung des Basisfallwertes

Zur budgetneutralen Umsetzung auf krankenhausesindividueller Ebene wird in den Jahren 2003 und 2004 ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung der BpflV vereinbart. Für die Abrechnung der Fallpauschalen sind dann krankenhausesindividuelle Basisfallwerte zu ermitteln. Aus dem Erlösbudget, das heißt dem Teilbetrag des vereinbarten Gesamtbetrags, der auf die DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte entfällt, wird der krankenhausesindividuelle Basisfallwert abgeleitet. Dazu werden von dem Erlösbudget die Erlöse aus Zusatzentgelten abgezogen und die sich ergebende Restsumme durch die mit den Bewertungsrelationen gewichtete Summe aller vereinbarten Behandlungsfälle dividiert. Der so ermittelte Basisfallwert bestimmt die krankenhausesindividuelle Höhe der Fallpauschalen.

Mehr- und Mindererlöse

Für den Fall, dass die tatsächlich eintretenden Erlöse vom vereinbarten Gesamtbetrag abweichen, sieht das Gesetz Mehr- oder Mindererlösausgleiche vor. Mindererlöse werden im Jahr 2003 zu 95 Prozent, im Jahr 2004 zu 40 Prozent ausgeglichen. Mehrerlöse aus Fallpauschalen, die in Folge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen. Für sonstige Mehrerlöse gilt dies im Jahr 2003 zu 75 Prozent, im Jahr 2004 zu 65 Prozent. Für Leistungen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil kann im Voraus ein abweichender Ausgleich vereinbart werden.

GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

Konvergenzphase

Ab dem Jahr 2005 wird das Erlösbudget des Krankenhauses nach der neuen DRG-Systematik verhandelt. Dabei gilt grundsätzlich die Formel „Menge x Preis“. Das so ermittelte DRG-Erlösvolumen wird jedoch nicht sofort wirksam, wenn es von dem zuletzt vereinbarten Erlösbudget abweicht. Das krankenhaushausindividuelle Erlösbudget sowie der krankenhaushausindividuelle Basisfallwert werden vielmehr jeweils zum 1. Januar 2005, 2006 und 2007 stufenweise an den landesweit geltenden Basisfallwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen. Zum 1. Januar 2007 gilt dann für alle Krankenhäuser ein landesweit einheitlicher Basisfallwert und damit ein einheitliches DRG-Preisniveau (§ 17 b KHG Abs.6, § 4 KHEntgG).

Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts

Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen vereinbaren die Vertragsparteien auf Landesebene jährlich einen landesweiten Basisfallwert für das folgende Kalenderjahr. Bei der erstmaligen Vereinbarung für 2005 ist dieser so festzulegen, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen sind, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung wäre dann nicht mehr zu gewährleisten.

In den Folgejahren sind bei der Vereinbarung des Basisfallwerts insbesondere zu berücksichtigen: der Veränderungsbedarf auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation, voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen, Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, sowie die Ausgabenentwicklung bei Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate überschreiten.

Zusätzliche Fälle sind bei der Vereinbarung des Basisfallwerts absenkend zu berücksichtigen. In der Gesetzesbegründung zu § 10 Absatz 3 KHEntgG wird allerdings ausgeführt, dass Fallzahlsteigerungen, zum Beispiel auf Grund des medizinischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung, auch anteilig zusätzlich vergütet werden sollen - und zwar in Höhe der zusätzlich entstehenden variablen Fallkosten. Soweit in Folge veränderter Kodierung Ausgabenerhöhungen entstehen, sind diese vollständig durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwerts auszugleichen. Die vereinbarte Veränderung des Basisfallwerts darf die Veränderungsrate nicht überschreiten.

Absenkung oder Staffelung der DRG-Bewertungsrelationen

Die Bewertungsrelationen der DRGs können für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt



GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

abgesenkt oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen gestaffelt vorgegeben werden (§ 17 b Abs.1 KHG). Auf diese Weise soll eine entsprechende, sonst notwendige Absenkung nach § 10 Absatz 3 KHEntgG vermieden werden können, damit die Höhe der Fallpauschalen in nicht oder kaum mengenanfälligen Bereichen weniger durch Leistungsbereiche mit starken Fallzahlsteigerungen beeinflusst wird.

Zuschläge und zusätzliche Entgelte

Sonstige Entgelte für 2003 und 2004

Für die Vergütung von Leistungen, die nach Feststellung der Vertragsparteien auf Bundesebene in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, vereinbaren die Vertragsparteien auf örtlicher Ebene fall- oder tagesbezogene Entgelte (§ 6 Abs.1 KHEntgG).

Sicherstellungszuschlag

Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit DRG-Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar sind, sollen bundeseinheitliche Empfehlungen für Maßstäbe vereinbart werden. Diese sollen regeln, unter welchen Voraussetzungen der Tatbestand einer notwendigen Vorhaltung vorliegt sowie in welchem Umfang grundsätzlich zusätzliche Zahlungen zu leisten sind. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann ergänzende oder abweichende Vorgaben zu den Voraussetzungen erlassen, muss dabei jedoch die Interessen anderer Krankenhäuser berücksichtigen. Wenn das Land keine Vorgaben erlässt, sind die vereinbarten Empfehlungen verbindlich anzuwenden.

Die Vertragsparteien vor Ort prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag im Einzelfall vorliegen und vereinbaren diese sowie die Höhe der Zuschläge gegebenenfalls. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet das Land darüber, ob die Erbringung der Leistung durch das Krankenhaus zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist. Die Höhe des Zuschlags wird auch in diesem Fall von den örtlichen Vertragsparteien vereinbart (§ 17 b Abs.1 KHG, § 5 Abs.2 KHEntgG).

Ausbildungsstätten und -vergütungen

Ab 1. Januar 2004 werden die Kosten von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen pauschaliert über einen Zuschlag je Fall finanziert, den alle Krankenhäuser im entsprechenden Bundesland einheitlich erheben. Der Zuschlag wird an die jeweilige Landeskrankengesellschaft abgeführt; diese errichtet und verwaltet einen Ausgleichsfonds, der aus der Sum-

me aller Zuschläge besteht. Die Landeskrankenhausgesellschaften zahlen an die Krankenhäuser die jeweils zustehenden Beträge zur pauschalierten Finanzierung der Ausbildungskosten (§ 17 a KHG).

Zusatzentgelte

Soweit es zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien auf Bundesebene Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden (§ 17 b Abs.1 KHG).

Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die Vertragsparteien auf örtlicher Ebene sollen für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht durch den Ausschuss Krankenhaus (§ 137 c SGB V) von der Finanzierung ausgeschlossen sind, erstmals für das Jahr 2005 zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte vereinbaren. Das Schiedsstellenverfahren ist zulässig. Vor einer entsprechenden Vereinbarung muss das Krankenhaus bis zum 30. September von den Vertragsparteien auf Bundesebene eine Information einholen, ob die neue Methode mit bereits vereinbarten Fallpauschalen abgerechnet werden kann. Diese können eine Bewertung der neuen Methode durch den Ausschuss Krankenhaus veranlassen (§ 6 Abs.2 KHEntgG).

Qualitätssicherung

Mindestanforderungen

Die Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach § 137 SGB V müssen künftig auch Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität umfassen. Laut Gesetzesbegründung sind hier vor allem sächliche oder personelle Voraussetzungen (Art und Anzahl des Personals sowie dessen Qualifikation) von Bedeutung. Bei geeigneten Fallgruppen sollen auch Voraussetzungen an die Qualität des Behandlungsergebnisses vereinbart werden.

Mindestmengen

Auf Bundesebene ist ein Katalog planbarer Leistungen zu vereinbaren, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Zu vereinbaren sind dann Mindest-



mengen für solche Leistungen je Arzt oder Krankenhaus sowie Ausnahmetatbestände (zum Beispiel beim Wechsel des behandelnden Arztes). Wenn die erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen ab 2004 solche Leistungen nicht mehr erbracht werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann auf Antrag des Krankenhauses Ausnahmen von den verbindlichen Mindestmengen bestimmen, um eine Gefährdung der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zu vermeiden.

Qualitätsbericht

Die Krankenhäuser müssen künftig alle 2 Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht vorlegen. Dieser hat Auskunft über den Stand der Qualitätssicherung zu geben; er muss auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses ausweisen und über die Umsetzung der Mindestmengenregelung berichten. Bei nicht fristgerechter Veröffentlichung droht eine jährliche MDK-Prüfung. Der Bericht ist erstmals 2005 für 2004 zu erstellen und von den Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen können die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Berichte vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen.

Medizinischer Dienst

Die Krankenkassen gemeinsam können zur Überprüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung der Fallpauschalen den MDK einschalten. Dieser darf Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen erheben und verarbeiten. Diese können sich auf bestimmte Organisationseinheiten oder bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte beziehen. Bei fehlerhafter Abrechnung sind Ursachen und Umfang festzustellen. Für die Erstattung oder Nachzahlung ist ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren vorgesehen. Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurden, ist der doppelte Differenzbetrag zurückzuzahlen.

Für strittige Prüfergebnisse wird ein Schlichtungsausschuss eingerichtet. Dieser kann von Krankenhausträgern und Krankenkassen angerufen werden. Der Schlichtungsausschuss hat auch das Nähere zum Prüfverfahren des MDK, insbesondere zur fachlichen Qualifikation der Prüfer, zur Größe der Stichproben, zur Möglichkeit der Begleitung der Prüfer durch Krankenhausärzte und zur Besprechung der Prüfergebnisse mit den betroffenen Krankenhausärzten vor Weiterleitung an die Krankenkassen, zu vereinbaren (§§ 275 SGB V, 17 c KHG).

GESUNDHEITSPOLITIK AUF BUNDESEBENE

Hochschulambulanzen

Der Zulassungsausschuss wird verpflichtet, auf Verlangen von Hochschulen oder Hochschulkliniken die Hochschulambulanzen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang zu ermächtigen. Die Leistungen der Hochschulambulanzen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Es erfolgt daher für das Jahr 2003 eine Bereinigung der Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung (§§ 117,120 SGB V).

Übermittlung und Nutzung DRG-Daten

Das Krankenhaus muss jeweils zum 31. März für das vorangegangene Kalenderjahr einen Datensatz mit Struktur- und Leistungsdaten an die DRG-Datenstelle übermitteln, erstmals zum 1. August 2002. Die Datenstelle veröffentlicht zusammengefasste Daten bei der erstmaligen Übermittlung im Jahr 2002 zum 1. Oktober, in den Folgejahren jeweils bis zum 1. Juli, gegliedert nach bundes- und landesweiten Ergebnissen. Krankenhäusern, die ihre Verpflichtung zur Datenübermittlung nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen, droht ein Abschlag von den Fallpauschalen, der von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren ist (§ 21 KHEntgG).

Arbeitszeit

Die Vertragsparteien vereinbaren zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen für das Jahr 2003 einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,2 Prozent des Gesamtbetrags. Das Krankenhaus muss allerdings nachweisen, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, die eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zum Gegenstand hat, zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechts zu finanzieren sind. Der zusätzliche Betrag ist im Gesamtbetrag zu berücksichtigen; er kann dabei die Veränderungsrate überschreiten. Für das Jahr 2004 darf unter den gleichen Voraussetzungen erstmals oder zusätzlich ein Betrag bis zur selben Höhe vereinbart werden, soweit Verweildauerverkürzungen oder eine verbesserte Wirtschaftlichkeit ansonsten zu einer entsprechenden Absenkung des Gesamtbetrags führen würden. Die zusätzlichen Finanzierungsmittel gehen in das Erlösbudget des Krankenhauses für das Jahr 2005 ein und werden mit diesem stufenweise an das neue DRG-Vergütungssystem angeglichen (§ 6 Abs.5 BPfIV).

Optionsmodell 2003

Auf Verlangen des Krankenhauses wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2003 mit einem vorläufigen Fallpauschalenkatalog eingeführt. Die Verhandlungen der Selbstverwaltungsparteien haben nicht die Grundlagen geschaffen, die einen Einstieg zum 1. Januar 2003 ermöglichen würden.



Zurzeit liegen weder der Fallpauschalenkatalog noch die Bewertungsrelationen und Abrechnungsbestimmungen vor. Damit das BMG eine Ersatzvornahme realisieren kann, muss das Scheitern der Verhandlungen erklärt worden sein. Die DKG wird für diesen Fall dem BMG ein Modell für 2003 vorschlagen.

DRG-Institut (InEK)

Im Grundlagenvertrag der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Einführung eines DRG-System in Deutschland gemäß § 17 b KHG ist in § 5 vereinbart, sich zur Erfüllung wesentlicher, in diesem Zusammenhang erforderlicher Arbeiten eines Instituts zu bedienen. Vor diesem Hintergrund wurde am 10. Mai 2001 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gegründet. Die Steuerung des InEK erfolgt durch den Krankenhaus-Entgelt-Ausschuss (KEA), der paritätisch von den GKV-Spitzenverbänden und dem PKV-Verband auf der einen und der DKG auf der anderen Seite besetzt ist. Hierüber sollen alle wesentlichen Entscheidungen zu den Grundstrukturen des Vergütungssystems nach § 17 b KHG, des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen sowie zur laufenden Pflege des Systems auf der Bundesebene gesteuert werden. Dazu gehören u.a. die von den Selbstverwaltungspartnern am 27. Juni 2000 sowie in allen sich anschließenden Vereinbarungen aufgeführten Regelungen:

- zum Patientenklassifikationssystem
- zur Ermittlung und Pflege der Relativgewichte
- zu Zu- und Abschlägen
- zu Abrechnungsgrundsätzen sowie
- zur Abgrenzung zu komplementären Vergütungsbereichen
- zur Systemfinanzierung

Kodierrichtlinien

Um die gesetzlich vorgegebene leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser zu ermöglichen, ist es notwendig, dass vergleichbare Krankenhaufälle auch derselben DRG zugeordnet werden. Diese Bedingung kann jedoch nur dann erfüllt werden, wenn Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen in einheitlicher Weise angewendet werden. Kodierrichtlinien regeln und unterstützen diesen Prozess, um möglichst auch in schwierigen Fällen eine eindeutige Verschlüsselung zu ermöglichen.

Die Selbstverwaltungsparteien haben in Anlehnung an bestehende australische Kodierregeln (ICD-10-AM, Australian Coding Standards, 1st Edition) die erste Gesamtfassung der „Allgemeinen und Speziellen Kodierrichtlinien“ erstellt. Diese sind bei der Verschlüsselung von Krankenhaufällen zu beachten. Sie beziehen sich auf die Verwendung der ICD-10-SGB-V, Version 2.0 und des OPS-301, Version 2.0 bis zum 31.12.2001 bzw. OPS-301 Version 2.1 ab dem 01.01.2002. Die vollständigen Kodierrichtlinien gliedern sich in folgende Teile:

GESUNDHEITSPOLITIK AUF BUNDESEBENE

GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

- Allgemeine Kodierrichtlinien
- Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten
- Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren
- Spezielle Kodierrichtlinien

Der erste Teil enthält allgemeine Richtlinien zur Kodierung von Diagnosen und Prozeduren. Es werden Begriffe wie Haupt- und Nebendiagnose definiert und Hinweise zur Verschlüsselung von Prozeduren gegeben. In den Speziellen Kodierrichtlinien werden besondere Fallkonstellationen beschrieben, die entweder der konkreten Festlegung dienen oder bei denen aus Gründen der DRG-Logik von den Allgemeinen Kodierrichtlinien abgewichen werden muss.

Erstkalkulation der Bewertungsrelationen

Die für das Vergütungssystem notwendigen Bewertungsrelationen sollen auf der Basis deutscher Ist-Kosten ermittelt und vereinbart werden. Vorbereitend dazu wurde für die kalkulierenden Krankenhäuser ein Kalkulationshandbuch entwickelt, in dem Vorgaben und Hinweise für das Kalkulationsverfahren gegeben wurden. Am 10. April 2001 fand in Bonn eine Auftaktveranstaltung für die am Methoden-Pretest teilnehmenden Krankenhäuser statt. Auf dieser Veranstaltung wurde das Handbuch zur Kalkulation der Rohfallkosten, die Teilnehmer der Projektstelle, die externen Berater, die Datenstelle und der Projektplan vorgestellt. Das Kalkulationshandbuch wurde bis zum Sommer 2001 einem Methoden-Pretest unterzogen, in dem die Praxistauglichkeit des Verfahrens überprüft wurde. Bundesweit waren 26 Krankenhäuser, in Hamburg drei Häuser beteiligt. Auf der Basis der Ergebnisse des Pretests wurde das Kalkulationshandbuch überarbeitet und nach Beratungen in den Selbstverwaltungsgremien am 6. Februar 2002 verabschiedet.

An der Erstkalkulation der Bewertungsrelationen beteiligen sich bundesweit 217 Krankenhäuser bzw. Krankenhausunternehmen. Aus dem Mitgliedsbereich der HKG beteiligen sich vierzehn Häuser.

Für die Erstkalkulation sind folgende Zeiträume alternativ vorgesehen:

- Kalkulation auf der Basis der ersten vier Monate 2002, Datenlieferung der Ergebnisse zum 1. Juli 2002, optional
- Kalkulation auf der Basis des ersten Quartals 2002, Datenlieferung 1. Juni 2002
- Die Annahme der Kalkulationsdaten erfolgt zentral durch eine Datenstelle im Auftrag des InEK. Die Auswahl des Dienstleisters ist europaweit ausgeschrieben

Zur Unterstützung der Kalkulationskrankenhäuser wurden bundesweit Regionalkonferenzen für jeweils mehrere Bundesländer durchgeführt (in Hamburg am 5. April 2002) und Regio-



naltreffen in jedem Bundesland organisiert. Für Hamburg hat die Geschäftsstelle die Funktion mit der AG Einführung der DRG abgedeckt, die dazu um Vertreter der kalkulierenden Krankenhäuser erweitert wurde.

Die Verbindung zur Bundesebene wird durch eine Koordinierungsgruppe der Selbstverwaltungsparteien hergestellt, in dem die Geschäftsstelle vertreten ist.

Die vom Gesetzgeber bis zum 31. Dezember 2000 vorgesehene Vereinbarung von Katalogen für das ambulante Operieren und (neu) stationersetzenden Maßnahmen (§ 115 b SGB V) wurde bislang von der Bundesebene nicht umgesetzt. Die Verhandlungen wurden erst Anfang 2001 aufgenommen und dauern weiterhin an.

BÄK, GKV-Spitzenverbände, Bundesknappschaft und die DKG bilden einen Ausschuss Krankenhaus, in dem auf Antrag Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin überprüft werden, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemeinen Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, dass die Methode nicht diesen Kriterien entspricht, darf sie im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden (§ 137 c SGB V).

Im Ausschuss haben DKG 5 Stimmen, GKV 9 Stimmen und BÄK 4 Stimmen. Eine weitere Stimme hat der unparteiische Vorsitzende des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen.

Der Ausschuss Krankenhaus hat in seiner konstituierenden Sitzung am 29. August 2001 Staatssekretär a.D. Herwig Schirmer zu seinem Vorsitzenden und Professor Dr. Axel Ekkernkamp zu dessen Stellvertreter gewählt. In seiner ersten Sitzung hat sich der Ausschuss Krankenhaus zunächst zur Aufgabe gemacht, Verfahrensregeln zur Überprüfung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu erarbeiten. Diese Regeln wurden vom DKG-Vorstand am 5.2.2002 verabschiedet.

Darüber hinaus wurde beschlossen, einen Arbeitsausschuss („Methodenbewertung“) einzurichten, der die gem. § 137 c Abs.1 SGB V gestellten Anträge bearbeiten soll. Zur Bearbeitung wurden durch die Spitzenverbände der Krankenkassen bereits folgende Anträge eingereicht: Beratung der „Autologen Chondrozyten Implantation, der „Hyperbaren Sauerstofftherapie“ sowie der „Protonentherapie“.

GESUNDHEITSPOLITIK AUF BUNDESEBENE

Ambulantes Operieren und stationersetzende Maßnahmen

Ausschuss zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden



GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

Koordinierungs- ausschuss

Der Koordinierungsausschuss besteht aus Vertretern von KBV, KZBV, DKG, BÄK sowie GKV und soll auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für mindestens 10 Krankheiten pro Jahr beschließen. Die Beschlüsse sind für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Der Ausschuss gibt auch Empfehlungen in „sonstigen sektorenübergreifenden Angelegenheiten“ (§ 137 e SGB V).

Das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs ist am 1.1.2002 in Kraft getreten. Für den Krankenhausbereich sind die Regelungen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen/DMP) wesentlich. Die in solchen Programmen eingeschriebenen Versicherten werden ab dem 1. Januar 2002 im Rahmen des Risikostrukturausgleichs als besondere Versichertengruppe berücksichtigt.

Der Koordinierungsausschuss hat dem BMG innerhalb von vier Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes mindestens vier und zunächst bis zu sieben Krankheiten zu empfehlen, für die DMP entwickelt werden sollen. Die Anforderungen zur Ausgestaltung der Behandlungsprogramme empfiehlt der Koordinierungsausschuss einvernehmlich dem BMG. Dabei sind jetzt auch die vom Koordinierungsausschuss zu entwickelnden Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung, insbesondere hinsichtlich der festgestellten Über-, Unter- und Fehlversorgung zu berücksichtigen. Die Frist für die Abgabe der Empfehlung beträgt vier Wochen nach Bekanntgabe der für DMP vorgesehenen Krankheiten durch das BMG (§ 137 f Abs.2 SGB V). Inzwischen hat sich ein Arbeitsausschuss DMP des Koordinierungsausschusses konstituiert, der die Entscheidungen des Koordinierungsausschusses vorbereitet.

Mit Beschluss vom 7. Februar 2002 hat das Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 137 f Abs.2 SGB V die vom Koordinierungsausschuss vorgeschlagenen Diagnosen für strukturierte Behandlungsprogramme im Rahmen des Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) bestätigt:

- Diabetes mellitus (Typ I und Typ II)
- chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen
- Brustkrebs
- koronare Herzkrankheit

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben sind nun vom Koordinierungsausschuss einvernehmlich Anforderungen zur Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme der genannten Erkrankungen dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.



GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

Integrierte Versorgung

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurden Regelungen zur integrierten Versorgung (§§ 140 a-h SGB V) eingeführt. Sie ermöglichen die Vereinbarung von integrierten Versorgungsformen zwischen einzelnen Krankenkassen und Anbietern aus verschiedenen Leistungsbereichen. GKV-Spitzenverbände und KBV schlossen gemäß § 140 d SGB V eine Rahmenvereinbarung für die Teilnahme von Vertragsärzten an integrierten Versorgungsformen. Diese Rahmenvereinbarung hat auf den Krankenhausbereich insoweit Auswirkungen, als sie bindend für integrierte Versorgungsformen ist, an denen Vertragsärzte teilnehmen.

Nach § 140 e SGB V wurde zwischen DKG und GKV-Spitzenverbänden eine Rahmenvereinbarung über die integrierte Versorgung – soweit sie Leistungen der integrierten Versorgung einschließt - abgeschlossen. Integrationsverträge nach § 140 b SGB V konnten erstmals im Pflegesatzzeitraum 2001 wirksam werden. Sofern Leistungen auf dieser Rechtsgrundlage erbracht werden, sind die entsprechenden Anteile nicht im medizinisch leistungsgerechten Gesamtbetrag der Erlöse gem. § 6 BPfIV zu berücksichtigen.

Leistungsverlagerungen aufgrund von Integrationsverträgen nach § 140 b SGB V können sowohl vom Krankenhaus in andere Versorgungsbereiche als auch von anderen Versorgungsbereichen in das Krankenhaus sowie innerhalb des Krankenhausbereichs stattfinden. Pauschale Aussagen über erwartete und/oder unterstellte Verlagerungseffekte sind nicht ausreichend. Leistungsverlagerungen, die sich entweder erhöhend oder aus der Sicht der Krankenkassen vermindern auf den medizinisch leistungsgerechten Gesamtbetrag auswirken, müssen entweder vom Krankenhaus bei notwendiger Erhöhung oder von den Krankenkassen bei beabsichtigter Kürzung nachgewiesen werden.

Ab dem Jahr 2000 gilt die Neuregelung, dass Mindererlöse, die auf eine Vergütung von Leistungen auf Grund vertraglicher Regelungen über die integrierte Versorgung nach § 140 b SGB V zurückzuführen sind, nicht mehr ausgeglichen werden. Die in den §§ 11 Abs. 8 und 12 Abs. 4 BPfIV genannten Ausgleichssätze gelten hier nicht mehr.

Für die Krankenhäuser bedeuten diese Regelungen sowohl Chancen als auch Risiken. Einerseits stellt sich die Frage, wie Versicherte zur Teilnahme an Versorgungsnetzen motiviert und gebunden werden können, andererseits bedarf es einer Klärung der gerechten Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel. Gesetzliche Vorgaben wurden hierzu nicht getroffen, daher wird die vertragliche Ausgestaltung im Einzelfall relevant. Gegenstand der Verträge werden Fragen der Kommunikation, der Organisation, der Vergütung, kombinierte Budgets und die Verteilung der Einsparungen innerhalb des Netzes sein.



GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

Weiterbildung Allgemeinmedizin

Der 101. Deutsche Ärztetag hatte im Sommer 1998 das Initiativprogramm zur Sicherstellung der Weiterbildung Allgemeinmedizin beschlossen, um den Anteil der Allgemeinmediziner an der hausärztlichen Versorgung zu erhöhen und entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten zu schaffen. Das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 18. Dezember 1998 schaffte in Artikel 8 die rechtlichen Grundlagen für die Finanzierung. Die entsprechende Vereinbarung zwischen DKG und GKV wurde im April 1999 unterschrieben. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sichert in Artikel 10 die Fortführung des zunächst bis 31. Dezember 2000 begrenzten Förderprogramms bis 31. Dezember 2003.

Das Initiativprogramm enthält folgende wesentliche Regelungen:

- Das dem Initiativprogramm zugrunde liegende Konzept geht im Hinblick auf vorzuhaltende Stellen und erforderliche Finanzmittel von einem Weiterbildungsbedarf von jährlich 1.500 Ärzten bzw. für fünf Jahre von rund 7.500 Ärzten aus. Dabei wird unterstellt, dass im Rahmen der Möglichkeiten der Weiterbildungsordnung im Regelfall drei Jahre der Weiterbildungszeit im Krankenhaus und zwei Jahre in der allgemeinmedizinischen Praxis absolviert werden. Danach ergibt sich ein Verhältnis von 60:40 bezüglich der benötigten Weiterbildungsmöglichkeiten (stationär/ambulant). Für den stationären Bereich wäre die Bereitstellung von insgesamt 4.500 Stellen bundesweit erforderlich.
- Die Weiterbildungsmöglichkeiten sollen überwiegend in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung angesiedelt werden, d.h. in Häusern mit bis zu 500 Betten und mindestens den Abteilungen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie.
- Die Vermittlung der Stellen erfolgt bei der DKG entsprechend der Vereinbarung zwischen DKG- und Krankenkassenverbänden.
- Innerhalb der Krankenhäuser werden die Stellen beim Ärztlichen Direktor angebonden, der für die der Weiterbildungsordnung entsprechende Zuweisung zu den Weiterbildungsstationen sorgt.
- Für den stationären Bereich wird davon ausgegangen, dass künftig in den Gebieten Innere Medizin und Chirurgie zwischen allgemeinärztlicher Weiterbildung und spezialärztlicher Weiterbildung stärker unterschieden werden muss.
- Für den stationären Teil des Weiterbildungsganges wird ein Vertrag nach Maßgabe des Weiterbildungsgesetzes geschlossen.



GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

- Die AiP-Zeit bleibt in die Weiterbildungszeit für Allgemeinmedizin integriert.
- Die Finanzierung des Initiativprogramms erfolgt über die Krankenkassen, diese zahlen einen Zuschuss von monatlich 2.000 DM für die Weiterbildungszeit im Krankenhaus:
 - pro nachgewiesener, nunmehr mit einem in der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin befindlichen Arzt besetzter Stelle
 - rückwirkend nach Abschluss der Weiterbildungszeit im Krankenhaus
 - zur Sicherung des Umschwungs für die Dauer der Laufzeit des Initiativprogramms.
- In den Krankenhausgesetzen (der Länder) sind verbindliche Anschlussregelungen zur Finanzierung der Weiterbildung im stationären Bereich zu treffen.

Für Hamburg stellt sich die Umsetzung wie folgt dar:

Jahr	Stellenkontingent	registrierte Stellen	registrierte Maßnahmen
1999	46	19	19
2000	92	40	43
2001	82	54	58
2002	82	39	39
2003	82	13	13

Zum 31. Dezember 2001 wurden insgesamt 5.159 Maßnahmen von der zentralen Registrierstelle in das Programm für den stationären Bereich aufgenommen.

Seit dem Beginn des Förderprogramms hatte sich die DKG dafür eingesetzt, Vorsorge und Rehabilitationskliniken in das Programm aufzunehmen. Mit Artikel 50 des SGB IX hat der Gesetzgeber nunmehr die Möglichkeit eröffnet, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V haben, in das Programm zu integrieren. Die zur Umsetzung erforderliche Ergänzungsvereinbarung zwischen der DKG und den GKV-Spitzenverbänden im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung konnte am 17. Dezember 2001 abgeschlossen werden. Damit können seit dem 1. Januar 2002 auch diese Einrichtungen einen Antrag auf Förderung stellen.

HKG, Ärztekammer, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung haben sich auf mehreren Sitzungen mit der Umsetzung des Initiativprogramms in Hamburg befasst. Am 17. April 2002 wurde beschlossen, dass die Ärztekammer bei den Krankenhäusern die Einrichtung von sog. Rotationsstellen, das heißt Stellen, die dauerhaft für die Weiterbildung Allgemeinmedizin umgewidmet werden, vorschlägt. Die Ärztekammer



GESUNDHEITSPOLITIK AUF BUNDESEBENE

Novellierung Krankenpflegegesetz

will auch eine Stellenbörse im Hamburger Ärzteblatt einrichten. Im Rahmen des Symposiums „30 Jahre Allgemeinmedizin in Hamburg“ soll am 14. Juni 2002 zudem eine gemeinsame Informationsveranstaltung durchgeführt werden.

Das derzeitige Krankenpflegegesetz stammt aus dem Jahr 1985. Auf der Grundlage des Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz vom November 1997 hatte die Länder-Arbeitsgruppe „Reform der Pflegeausbildung“ dem BMG Eckwerte zu einer Novellierung des Gesetzes vorgegeben. Im Vorgriff auf dessen Novellierung wurde eine Modellklausel in das neue Altenpflegegesetz eingefügt, die den Ländern eine zeitlich befristete, modellhafte Erprobung gemeinsamer Ausbildungsstrukturen sowohl in der Altenpflege- wie auch Krankenpflegeausbildung ermöglicht. Dieser Teil des Altenpflegegesetzes ist am 18. November 2000 in Kraft getreten.

Diskussionsentwurf

Das BMG veröffentlichte am 20. November 2000 den Diskussionsentwurf für die Novellierung des Krankenpflegegesetzes. Das Krankenpflegegesetz sollte ursprünglich noch in der laufenden Legislaturperiode verabschiedet werden.

Die damalige Parlamentarische Staatssekretärin Christa Nikels hatte bei der Vorstellung des Diskussionsentwurfs Ende November 2000 die gemeinsame Grundausbildung zur Kranken- und Kinderkrankenpflege und die modellhafte Erprobung der gemeinsamen Kranken- und Altenpflegeausbildung hervorgehoben.

Langfristiges Ziel war nach Vorstellungen des BMG die weitere Generalisierung der Pflegeberufe. Die Finanzierung der Ausbildung sollte vor dem Hintergrund des § 17 b Abs.1 Satz 4 KHG unverändert bleiben.

Parallel zum Gesetzgebungsverfahren war eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geplant. Dabei sollte geprüft werden, inwieweit die Ausbildung die Fachhochschulreife einschließen kann.

Die AG „Zukunft und Perspektiven der Ausbildung“ der HKG hat in ihrer Stellungnahme zum Diskussionsentwurf eine Novellierung angesichts der sich abzeichnenden und zu erwartenden gesellschaftlichen und medizinischen Veränderungen begrüßt. Allerdings sollten zunächst die in einzelnen Bundesländern stattfindenden Modellversuche abgewartet und ihre Ergebnisse evaluiert werden (so wird in Hamburg derzeit vom Verband der Freien ein Modellversuch zur generalisierten Ausbildung vorbereitet). Die im Diskussionspapier vorgelegten inhaltlichen Änderungen rechtfertigten nach einhelliger Auffassung der Arbeitsgruppe ein aufwendiges Gesetzgebungsverfahren nicht. Vielmehr müsse die Pflegeausbildung in das



GESUNDHEITS- POLITIK AUF BUNDESEBENE

allgemeine berufsbildende System einbezogen werden. Die Finanzierung der Ausbildung sei neu zu regeln. Die Stellungnahme wurde auch in einem Werkstattgespräch zur Pflege in 2020, zu dem die damalige Senatorin Roth für den 29. März 2001 eingeladen hatte, vorgestellt.

Referentenentwurf

Mit Schreiben vom 1. März 2002 hat das BMG den Referentenentwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG), Stand 20. Februar 2002 versandt und unter Fristsetzung bis zum 5. April 2002 um Stellungnahme gebeten.

Berufsbezeichnungen

Die bisher im KrPflG geschützten Berufsbezeichnungen sollen künftig wie folgt geändert werden:

- „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ oder „Gesundheits- und Krankenpfleger“
- „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ und
- „Gesundheits- und Krankenpflegehelferin“ oder „Gesundheits- und Krankenpflegehelfer“

Definition des Ausbildungsziels

Bei der Definition des Ausbildungszieles soll künftig explizit eine Differenzierung zwischen Aufgaben, die von den Pflegenden eigenverantwortlich auszuführen sind, und jenen, die im Rahmen der Mitwirkung auszuführen sind, vorgenommen werden.

Leitung der Krankenpflegeschule

Die Position der hauptberuflichen Leitung der Krankenpflegeschule soll künftig ausschließlich durch eine entsprechend qualifizierte Fachkraft mit einer abgeschlossenen Hochschulbildung wahrgenommen werden. Für einen Übergangszeitraum von fünf Jahren können weiterhin auch Krankenpflegepersonen als Schulleitung eingesetzt werden, die sich über den traditionellen Weg der Weiterbildung als Lehrkraft für die Lehrtätigkeit und Leitung an Schulen für Krankenpflegeberufe qualifiziert haben.

Praktische Ausbildung

Im Rahmen der praktischen Ausbildung sollen künftig alle Gesundheits- und Krankenpfleger 250 Stunden in der Pflege von kranken Kindern und 500 Stunden in der ambulanten Pflege ableisten.

Gliederung der Ausbildung

Der Unterricht (theoretischer und praktischer Unterricht) soll künftig 2.100 Stunden umfassen (bisher 1.600 Stunden) und für die praktische Ausbildung sollen künftig 2.500 Stunden zu Grunde gelegt werden (bisher 3.000 Stunden).

Anhebung des geltenden Stellenschlüssels

Es ist beabsichtigt, den derzeit gültigen Stellenschlüssel von 7 zu 1 auf 9,5 zu 1 in § 17 a Abs.1 Satz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zu erhöhen.

Die AG „Zukunft und Perspektiven der Ausbildung“ hat sich eingehend mit dem Referentenentwurf befasst. Zwar begrüßte sie insbesondere die geplante Höherqualifizierung der Schulleitungen und Lehrer und Ausbildung auch über der Krankenhausbereich hinaus. Die Nicht-Finanzierung der sich ergebenden Mehrkosten führe jedoch zwangsläufig spätestens bei Einführung der DRG und zunehmendem Wettbewerb zu einem Rückgang der Ausbildung an den Krankenhäusern. Die Stellungnahme der HKG macht deutlich, dass der Referentenentwurf zur Lösung des eigentlichen Problems in den Pflegeberufen nichts beiträgt.

Der DKG-Vorstand hat das Gesetz ebenfalls kritisch gesehen. Die erforderliche Diversifikation der Berufsbilder im Gesundheitswesen werde mit dem Referentenentwurf verfehlt. Die vorgesehene Gestaltung der Ausbildung erschwere ihre Durchführung erheblich zu Lasten der Ausbildungsträger sowie der Schülerinnen und Schüler. Den daraus resultierenden Mehrkosten stehe keine Refinanzierung entgegen. Somit sei eine Reduktion der bislang stabilen Ausbildungsbereitschaft zu erwarten.

KTQ®

Die DKG hat am 7. September 1999 der „Vereinbarung zur Erarbeitung eines Zertifizierungsverfahrens von Krankenhäusern“ zugestimmt. Sie wirkt damit neben den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundesärztekammer (BÄK) als gleichberechtigter Vertragspartner aktiv mit. Das Verfahren unter dem gesetzlich geschützten Namen „**Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus - KTQ®**“ wird vom Bundesgesundheitsministerium mit einer Anschubfinanzierung gefördert. Mit der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation wurde das Institut für Medizinische Informationsverarbeitung (IMI), Tübingen, beauftragt.

Das Verfahren besteht aus einer Selbstbewertung des Krankenhauses und einer Fremdbewertung durch qualifizierte KTQ®-Visitoren. Der Kriterienkatalog für die Pilotphase wurde im Juni 2000 zunächst von den Krankenhäusern bewertet. Nach einer Schulung der ersten Visitoren wurden dann im Herbst 2000/Frühjahr 2001 25 ausgewählte Pilotkrankenhäuser



ser in der Bundesrepublik in einem Testlauf visitiert und extern beurteilt.

Die Zertifizierung wird durch akkreditierte dezentrale Zertifizierungsstellen erfolgen, die sich akkreditierter KTQ®-Visitoren bedienen. Die Akkreditierungskriterien werden von den Vertragspartnern auf Bundesebene einvernehmlich festgelegt. Sowohl Zertifizierung als auch Akkreditierung erfolgen zeitlich befristet. Zertifizierte Krankenhäuser sind verpflichtet, ihr Ergebnis in vorgegebener strukturierter Berichtsform zu veröffentlichen. Bereits jetzt nutzen Hamburger Krankenhäuser die Chance, sich durch eine Selbstbewertung auf das Zertifizierungsverfahren im nächsten Jahr konkret vorzubereiten und ihre vielfältigen Aktivitäten im Qualitätsmanagement der Patientenversorgung auf die vorgegebenen Anforderungen auszurichten.

Anlässlich des 3. KTQ®-Forums am 8. November 2001 in Berlin wurde der KTQ®-Katalog 4.0 für den Routinebetrieb einschließlich des Auswertungskonzeptes präsentiert. Inzwischen ist auch ein Leitfaden für die Patientenbefragung bei der Deutschen Krankenhausverlagsgesellschaft erschienen. Zur laufenden Information erscheint halbjährlich der KTQ®-Informationsdienst „transparent“.

Die DKG hat der Überführung des KTQ®-Zertifizierungsverfahrens in den Routinebetrieb nach dem von der KTQ® vorgeschlagenen Modell grundsätzlich zugestimmt. Zurzeit erfolgt die Gründung einer KTQ®-gGmbH, deren Gesellschafter die GKV-Spitzenverbände, die DKG, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat sind. Das Verfahren steht grundsätzlich allen Krankenhäusern einschließlich Universitätskliniken und der Fachkliniken zur Verfügung. Die psychiatrischen Fachkrankenhäuser sind bislang noch vom Verfahren ausgenommen. Die Vertragspartner werden erörtern, ob und ggf. welche Änderungen des KTQ®-Kataloges für die Erfassung der Besonderheiten des psychiatrischen Versorgungsprozesses erforderlich sind.

Ziel ist es, zunächst eine ausreichende Zahl an Zertifizierungsstellen und Visitoren zu akkreditieren. Seit dem Erscheinen des KTQ®-Manuals können die Krankenhäuser die Selbstbewertung beginnen. Seit April 2002 können Zertifizierungsstellen Anträge auf Zertifizierung von Krankenhäusern entgegennehmen und die Fremdbewertung vorbereiten. Ab Juli 2002 können die Krankenhäuser in Deutschland das Qualitätssiegel im Routinebetrieb erwerben, d.h. formale Zertifikatsvergabe durch die KTQ® und die Veröffentlichung der KTQ®-Qualitätsberichte.

GESUNDHEITSPOLITIK AUF BUNDESEBENE





Gesundheitspolitik auf Landesebene

Gemäß § 6 KHG stellen die Länder die Krankenhauspläne und Investitionspläne auf. Das Nähere ist in § 15 des Hamburgischen Krankenhausgesetzes (HmbKHG) geregelt. Der Plan soll die allgemeinen Versorgungsziele festlegen und den künftigen Bedarf an Krankenhausleistungen auf der Basis wissenschaftlicher Methoden prognostizieren. Neben den bedarfsgerechten Krankenhäusern weist der Plan auch die mit dem Krankenhaus notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten aus.

Die Beteiligten gemäß § 17 HmbKHG sind neben der HKG die Kassenverbände, Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Gewerkschaften und Berufsverbände. Sie sind bei der Erstellung des Krankenhausplans ebenso anzuhören wie die betroffenen Häuser.

Der Landesausschuss für Krankenhaus und Investitionsplanung gemäß § 18 HmbKHG, den die unmittelbar Beteiligten (HKG, Krankenkassenverbände und Planungsbehörde) bilden, soll für die Aufstellung und Anpassung des Krankenhausplans sowie für die Aufstellung der Investitionsprogramme einvernehmliche Vorschläge erarbeiten.

Umgesetzt wird der Krankenhausplan durch entsprechende Feststellungsbescheide gemäß § 8 Abs.1 KHG.

Krankenhausplan 2005

Der damalige Präses der BAGS, Senatorin Karin Roth, hatte für die Erstellung des Krankenhausplans 2005 mit den unmittelbar Beteiligten (HKG und Kassen) ein neues Verfahren vereinbart. In einem auf Konsens ausgerichteten Verfahren sollte zunächst unter Zurückstellung des Letztentscheidungsrechtes der BAGS gemeinsam der neue Krankenhausplan vorbereitet werden.

Die Mitgliederversammlung der HKG hatte am 22. September 1998 diesem Verfahren einstimmig zugestimmt. Die Verfahrensbeteiligten unterzeichneten anschließend einen Kontrakt, der Aufgaben, Ziele und Verfahren in einer sogenannten Lenkungsgruppe regelte. Reinhard Ueberhorst, Unternehmensberater in Elmshorn, wurde zum Moderator bestimmt. Die Moderation wurde zu gleichen Teilen von BAGS, HKG und Kassen finanziert.

Gutachten, Bedarfsanalyse und Strukturprägende Merkmale

Wie schon in den vergangenen Planungsperioden wurde auch für den Plan 2005 mit einem Gutachten der zukünftige Bedarf prognostiziert. Die Gutachtenvergabe erfolgte durch Letztentscheidung der BAGS Ende August 1999 an IGES - Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin.

GESUNDHEITSPOLITIK AUF LANDESEBENE

Krankenhausplanung





GESUNDHEITS- POLITIK AUF LANDESEBENE

Auf der Basis der Leistungszahlen der Krankenhäuser – und zwar Plankrankenhäuser und Vertragshäuser - in den Jahren 1986 bis 1998 wurde mit Hilfe einer Trendextrapolation der Bedarf für das Jahr 2005 für jedes Fachgebiet errechnet. Diese rein rechnerischen Prognosen wurden zunächst von externen Experten, die die jeweiligen Fachgesellschaften benannt hatten, und anschließend mit Ärzten aus den Hamburger Krankenhäusern, Vertretern aus der Lenkungsgruppe, Kaufmännischen Direktoren, Vertretern aus dem Pflegedienst und zum Teil auch mit niedergelassenen Ärzten in insgesamt 19 Konsensgesprächen beraten.

Das Gutachten bestätigt in seiner zusammenfassenden Analyse die Metropolfunktion Hamburgs in der Krankenhausversorgung. Die Umlandversorgung sei sowohl unter dem Gesichtspunkt der medizinischen Qualitätsentwicklung als auch aus gesundheitsökonomischen Gründen positiv zu werten.

Außerdem räumt das Gutachten mit dem Vorurteil auf, Hamburg habe eine überdurchschnittliche Krankenhaushäufigkeit. Es macht vielmehr deutlich, dass in den meisten medizinischen Gebieten stationäre Leistungen durch die Hamburger Wohnbevölkerung unterdurchschnittlich in Anspruch genommen werden. Damit wird die oftmals vorgetragene Behauptung einer angebotsinduzierten Nachfrage in Hamburgs Krankenhäusern widerlegt.

Die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ca. einen Tag längere Verweildauer der Hamburger Wohnbevölkerung wird mit der Verlagerung von Behandlungsfällen mit sehr kurzer Verweildauer in den vertragsärztlichen Bereich begründet.

Der ermittelte Bettenüberhang wird von den Gutachtern fast ausschließlich auf die erwartete weitere Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer zurückgeführt.

Die Gutachter prognostizieren auf der Basis der Daten des Jahres 1998 folgende Entwicklung für den Planungshorizont 2005:

	1998	2005	Veränderung
Vollstationäre Fälle	481.027	503.627	+ 4,7 %
Verweildauer	8,8 Tage	7,2 Tage	- 18,0 %
Auslastung	79,3 %	84,6 %	+ 6,7 %
Berechnungstage	4.224.082	3.643.473	- 14,0 %
Bettenzahl	14.744	11.948	- 18,7 %

Ein zweiter Teil des Gutachtens listet für die Umsetzung der rechnerischen Ergebnisse sogenannte strukturprägende Merkmale auf, die im vorangegangenen Planungsverfahren nur ansatzweise beschrieben worden waren: Vorhaltefunktion, Metropolfunktion, Regionalität, wirtschaftliche Größe, Träger-



vielfalt, spezielle Versorgungsfunktionen, Ausbildung, Innovation, Auslastung, Verweildauer, Preis, Investitionsbedarf, einzelwirtschaftliche Funktion des Trägers und Regionalwirtschaftliche Funktion.

Mit ihrer Hilfe sollen sowohl Kriterien für die Auswahl verschiedener Leistungsanbieter als auch Anforderungen an Leistungen formuliert werden. Ein einheitliches Schema für die Anwendung dieser Merkmale ließ sich nicht erstellen; die Merkmale sind für einzelne Maßnahmen bzw. Fachgebiete verschieden zu bewerten und schließen sich zum Teil aus.

HKG und VdAK formulierten in ihren gemeinsamen „Leitsätzen zur Anwendung der strukturprägenden Merkmalen“ ein klares Bekenntnis zum Wettbewerb.

Erstellung des Krankenhausplans

Am 17. Dezember 2000 wurden auf einer sonntäglichen Klausurtagung der Lenkungsgruppe die Vorschläge der Planungsabteilung der BAGS für den Krankenhausplan 2005 diskutiert. Der Landesplanungsausschuss befasste sich am 21. Dezember 2000 das erste Mal mit dem Planentwurf. In der anschließenden Pressekonferenz trugen Senatorin Roth, Dr. Gollert (VdAK) und der Geschäftsführer ihre Positionen vor.

Die HKG hat ihre Position in der Mitgliederversammlung am 26. Januar 2001 erneut abgestimmt. Am 1. Februar 2001 erfolgte die Anhörung der Beteiligten im Hamburger Rathaus. Der 1. Vorsitzende trug dort die Positionen der HKG vor (siehe auch Anhang).

Die zweite Befassung im Landesplanungsausschuss erfolgte am 6. Februar 2001. Nach der Behördenabstimmung beschloss dann der Senat am 3. April 2001 den Krankenhausplan 2005. Am 12. Juni 2001 erfolgte eine öffentliche Anhörung der Krankenhäuser vor dem Gesundheitsausschuss der Bürgerschaft.

Über die Grundzüge des Krankenhausplans 2005 hatten die Beteiligten sich vorab weitestgehend geeinigt:

- Die Zielzahl für das Jahr 2005 beträgt 11.800 Planbetten und 787 teilstationäre Behandlungsplätze unter Berücksichtigung der Vertragskrankenhäuser.
- Der Krankenhausplan beinhaltet zwei Phasen: Phase 1 bis 31. Dezember 2002 und Phase 2 bis 31. Dezember 2005.
- Vorgesehen ist eine Zwischenfortschreibung in der Mitte des Planungszeitraums insbesondere wegen der Auswirkungen des neuen Entgeltsystems.

GESUNDHEITSPOLITIK AUF LANDESEBENE



GESUNDHEITS- POLITIK AUF LANDESEBENE

- Das 1995 eingeführte Versorgungsstufensystem wird aufgehoben. Eine Differenzierung erfolgt nur noch in Bezug auf die Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung.
- Wesentliche strukturelle Vorhaben sind der Neubau des Klinikum Barmbek, die Neuordnung der Krankenhausversorgung in Bergedorf, die Realisierung des Diakonieklinikum Hamburg durch die Krankenhäuser Alten Eichen, Bethanien, Jerusalem und Elim, die Neuordnung der chirurgischen und gynäkologischen Versorgung im Hamburger Süden, die Einbeziehung der Häuser mit Versorgungsvertrag in den Krankenhausplan 2005 unter Berücksichtigung der Zielzahl 11.800.
- Die Kliniken im Hamburger Osten und im Hamburger Westen werden beauftragt, mögliche Kooperationen und Konzentrationen zu prüfen.
- Weitere belegärztliche Kapazitäten sollen berücksichtigt werden.
- Die Umsetzung des Krankenhausplans soll auch durch die Lenkungsgruppe begleitet werden. Die Lenkungsgruppe wird sich insbesondere mit Grundsatzfragen, wie z.B. der bevorstehenden Novellierung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes befassen.

Mit dem Krankenhausplan 2005 ist der Ausbau der wohnortnahen Versorgung psychisch Kranker und die Einrichtung eines dritten Standortes der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bezirk Harburg geplant. Hier gab es Differenzen auch innerhalb der HKG. Prognosen für die Entwicklung von Fallzahlen und Verweildauer in der psychiatrischen Versorgung sind besonders schwierig.

Der mit der Psychiatrieplanung vorgesehenen weiteren Sektorisierung und Regionalisierung des Grundversorgungsangebotes steht das Erfordernis ausreichend großer Fachabteilungen für die Aufrechterhaltung von Spezialisierungen (z.B. Borderline-Patienten, Migranten) gegenüber.

Umsetzung des Krankenhausplans

Die HKG hat ihre neue Position zur Umsetzung des Krankenhausplans auf der Mitgliederversammlung am 28. November 2001 beschlossen (siehe Anhang). Sie spricht sich dagegen aus, sukzessive Einzelentscheidungen zu treffen, die insbesondere die gemeinsam gefundene Zielzahl von 11.800 Betten in Frage stellt. Die einzelnen Maßnahmen müssen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Prüfaufträge insgesamt Ende 2002 entschieden werden.



Festakt 50 Jahre HKG am 28.02.2001

HKG-Vorsitzender Prof. Dr. Fokko ter Haseborg im Gespräch mit der Präsidentin der Hamburgischen Bürgerschaft, Frau Dr. Dorothee Stapelfeldt. Daneben der 2. Vorsitzende Heinz Lohmann, der ehemalige HKG-Vorsitzende Prof. Pastor Walter Füllbrandt und Frau, der ehemalige HKG-Vorsitzende Dr. Hartwig Mellmann und der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses in der Hamburgischen Bürgerschaft, Dr. Matthias Petersen



Festakt 50 Jahre HKG am 28.02.2001

Geschäftsführer Jürgen Abshoff im Gespräch mit dem früheren HKG-Vorsitzenden Dr. Hartwig Mellmann sowie dem langjährigen Geschäftsführer Hans-Georg Höhn



Festakt 50 Jahre HKG am 28.02.2001

Gute Stimmung: 2. Vorsitzender Heinz Lohmann im Gespräch mit DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers und dem früheren HKG-Vorsitzenden Otto Buchholz



Festakt 50 Jahre HKG am 28.02.2001

Musikalische Leckerbissen mit dem Jazz-Trio Kristofer Vio



Mitgliederversammlung am 13.06.2001 im AK St. Georg



Vorstellung des Busses zur Organspende am 30.06.2001

v.l.n.r.: Prof. Dr. Xavier Rogiers (UKE) Helmuth Taddiken (BDO), Dr. Bruno Schmolke (ÄKH), Sozialsenatorin Karin Roth, Jürgen Abshoff (HKG), PD Dr. Karl Wagner (LBK Hamburg),



2. Hamburger Krankenhaustag am 19.09.2001

HKG-Vorsitzender Prof. Dr. Fokko ter Haseborg mit Ministerialrat Karl Heinz Tuschen (BMG)



2. Hamburger Krankenhaustag am 19.09.2001

Podiumsdiskussion: Moderator Bernd Seguin, 2. Vorsitzender Heinz Lohmann und DKG-Vizepräsident Dr. Burghard Rocke (v.l.n.r.)



2. Norddeutscher Umwelttag am 15.11.2001 im CCH
HKG-Vorsitzender Prof. Dr. Fokko ter Haseborg und Geschäftsführer Jürgen Abshoff



Mitgliederversammlung am 28.11.2001 im Albertinen-Krankenhaus



GESUNDHEITS- POLITIK AUF LANDESEBENE

Federführend für die Begleitung der Umsetzung des Krankenhausplans ist der Landesausschuss für Krankenhaus und Investitionsplanung. Er hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die die konkreten Vorhaben und Projekte koordinieren soll. Für einzelne Themen soll diese Arbeitsgruppe auch Experten zur Beratung hinzuziehen.

Im Berichtszeitraum haben sich die Arbeitsgruppe und nachfolgend der Landesplanungsausschuss schwerpunktmäßig mit folgenden Prüfaufträgen befasst:

- Ev. Krankenhaus Alsterdorf
- Hamburgisches Krankenhaus Edmundsthal Siemerswalde
- Neuordnung der Krankenhausversorgung im Hamburger Westen/Elbvororte
- Bedarfsgerechte Strukturen für die gynäkologisch-geburtshilfliche und neonatologische Versorgung
- CardioClinic Hamburg

Investitions- finanzierung

Gemäß § 6 KHG stellen die Länder im Rahmen der dualen Finanzierung sowohl die Krankenhauspläne als auch die Investitionsprogramme auf. Dabei müssen Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, berücksichtigt werden. Das Nähere zur Aufstellung des Investitionsprogramms regelt § 16 in Verbindung mit §§ 21 (Einzelförderung) und 22 (Pauschalförderung) HmbKHG.

Strukturinvestitionen

Der Senat der Freien und Hansestadt Hamburg hatte das Investitionsvolumen für Krankenhäuser für die Jahre 2001 bis 2003 um 220 Mio. DM aufgestockt, um als „Zukunftsinvestitionen in die Krankenhäuser“ in größerem Umfang Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenhausstrukturen, insbesondere zur Optimierung von Betriebsabläufen (durch verstärkte Kooperation zur Sicherung der medizinischen und betriebswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit) umzusetzen. Senatorin Roth sah als Schwerpunkt die Fusion der beiden Bergedorfer Krankenhäuser (Allgemeines Krankenhaus Bergedorf und Ev. Krankenhaus Bethesda), Neubau des Klinikum Barmbek und die Abstimmung der Versorgungsangebote in Harburg und Eimsbüttel/angrenzend Nord. Entsprechende Anträge waren in die Programme 2000/2001 aufgenommen worden.

Investitionsprogramm 2001

Die Beratung der Anträge zu den jeweiligen Investitionsprogrammen erfolgt zwischen den unmittelbar Beteiligten, d.h. der HKG und den Landesverbänden der Krankenkassen mit der Planungsbehörde. Das Investitionsprogramm enthält alle nach § 21 HmbKHG förderfähigen Einzelvorhaben mit Gesamtkosten über 500.000 DM, die in dem jeweiligen Jahr gefördert werden sollen.



GESUNDHEITS- POLITIK AUF LANDESEBENE

Die Bewertung der Anträge erfolgte in den vergangenen Jahren nach drei Prioritätsblöcken:

- Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebes
- Maßnahmen zur Umsetzung von Strukturzielen
- Standardverbesserungen

Angesichts der erteilten Prüfaufträge in der Zwischenfortschreibung zum Krankenhausplan 2000 und der daraus resultierenden Strukturveränderungen hatte der Landesplanungsausschuss einvernehmlich die zeitlichen Vorgaben für die Anmeldungen zum Investitionsprogramm 2001 geändert: Die Anmeldungen mussten bis zum 15. Dezember 1999 vorliegen, die erste Befassung im Landesplanungsausschuss erfolgte am 22. März 2000, die zweite am 18. April 2000. Zum Investitionsprogramm 2001 wurden 44 Anträge mit einem Gesamtvolumen von 542 Mio. DM gestellt. Für die Beratung dieser Anträge hatte der HKG-Vorstand eine kleine Arbeitsgruppe eingerichtet, die die Prioritätskriterien der Vorjahre unter den sich ändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen, den restriktiven Budgets und vor dem Hintergrund der Konzentrations- und Kooperationsbemühungen unter den Krankenhäusern präzisieren sollte. Im Ergebnis wurde eine Beratung der Anträge in zwei Gruppen, nämlich zunächst der großen Anträge (> 10 Mio. DM Antragsvolumen), danach der kleineren vorgeschlagen. Langfristig fordert die HKG eine leistungsorientierte Investitionsfinanzierung analog zum leistungsorientierten Entgelt.

Der Versuch, mit den Beteiligten zu einer einvernehmlichen Bewertung der Anträge für das Investitionsprogramm zu kommen, scheiterte. Daher musste die Planungsbehörde von ihrem Letztentscheidungsrecht Gebrauch machen.

Im Februar 2001 hat die BAGS das Investitionsprogramm 2001 veröffentlicht. Es weist 44 Einzelmaßnahmen mit einem Investitionsvolumen von insgesamt rund 547 Mio. aus. Neben den Fördermitteln in Höhe von 195 Mio. DM stehen zur Finanzierung Verpflichtungsermächtigungen von 395 Mio. DM zur Verfügung.

Investitionsprogramm 2002

Entsprechend dem zwischen den unmittelbar Beteiligten vereinbarten Zeitplan waren die Investitionsanträge der Krankenhäuser für das Jahr 2002 bis zum 15. September 2000 bei der Planungsbehörde einzureichen. Im Gegensatz zu den Vorjahren, in denen mehr als 40 Anträge vorlagen, wurden für 2002 von 5 Häusern nur 18 Anträge mit einem Gesamtvolumen von 34,1 Mio. DM gestellt. Mit eine Ursache dafür ist, dass sich viele große Projekte derzeit in der Umsetzung befinden (im Investitionsprogramm 2001 sind von 44 Maßnahmen 22 als Fortsetzungsmaßnahmen gekennzeichnet).



GESUNDHEITS- POLITIK AUF LANDESEBENE

Die erste Befassung im Landesplanungsausschuss erfolgte am 24. April 2001, die zweite am 3. Juli 2001. Zu drei Anträgen konnte kein Einvernehmen erzielt werden, daher entschied die BAGS am 27. September 2001 letztverantwortlich.

Investitionsprogramm 2003

Für das Investitionsprogramm 2003 sind von den Krankenhäusern 33 Maßnahmen mit einer Gesamtsumme von 339,857 Mio. Euro beantragt worden, darunter 127,823 Mio. Euro für die Realisierung des Diakonie-Klinikums Hamburg. In der Koalitionsvereinbarung für den neuen Senat heißt es bezüglich der Investitionsförderung „Investitionsmittel werden zwischen staatlichen und frei-gemeinnützigen Krankenhäusern gemäß dem Subsidiaritätsprinzip gerechter und leistungsbezogener verteilt. Hinsichtlich der Investitionsmittel wird mehr Transparenz hergestellt. Priorität bei den Investitionen haben der Neubau des Diakonie-Klinikums sowie die Umsetzung der vorgesehenen Psychiatrieplanung“.

Die erste Befassung mit den Anträgen der Krankenhäuser im Landesplanungsausschuss erfolgte am 13. November 2001. Die HKG setzte sich erneut für eine leistungsorientierte Förderung ein. Auch in ihren öffentlichen Äußerungen setzte sich die HKG immer wieder dafür ein, dass für die weitere Umsetzung des Krankenhausplans und insbesondere die Umsetzung der Prüfaufträge die entsprechenden Fördermittel zur Verfügung stehen müssen.

Die zweite Befassung erfolgte am 17. Dezember 2001. Da unter den Beteiligten kein Einvernehmen erzielt werden konnte, traf die seit dem 1. Januar 2002 zuständige BUG am 7. März 2002 die Letztentscheidung.

Entwicklung der Fördermittel

In der Finanzplanperiode 2002 bis 2006 stellt die Freie und Hansestadt Hamburg voraussichtlich (Stand 18. April 2002) insgesamt 395,707 Mio. Euro zur Verfügung. Die Summe der Fördermittel nach §§ 21-24 und 27 HmbKHG würde sich damit wie folgt entwickeln:

Jahr	Förderbeträge
2000	85,386 Mio.
2001	99,702 Mio.
2002	61,820 Mio.
2003	64,655 Mio.
2004	77,354 Mio.
2005	92,048 Mio.
2006	99,830 Mio.





Pauschalförderung

Der Senat der Freien und Hansestadt Hamburg hatte auf der Basis von § 22 Abs.4 des HmbKHG am 28. November 1995 die Verordnung über die pauschale Förderung der Krankenhäuser (Pauschalförderungsverordnung - PauschVO) erlassen. Mit der Neubemessung wurde das bisherige Fördervolumen neu verteilt und das Krankenhausbett als maßgebliche Größe für die Vergabe der pauschalen Fördermittel durch die Krankenhausleistungen (Anzahl der behandelten Fälle) ersetzt. Lediglich zu 30 % richtet sich die Vergabe der Fördermittel nach der Zahl der Betten und Tagesklinik-Plätze im Krankenhausplan. 70 % des Fördervolumens wird entsprechend der

- vollstationären Fälle (ohne vor- und nachstationäre Behandlung) im Budgetbereich,
- Fälle, die mit Fallpauschalen abgerechnet werden,
- Fälle mit ausschließlich vorstationärer Behandlung und
- teilstationären Fälle im Budgetbereich

verteilt. Die Fall- und Bettenwerte richten sich in ihrer Höhe nach der jeweils im Krankenhausplan ausgewiesenen Versorgungsstufe. Die Wertgrenze für die „kleinen Baumaßnahmen“ beträgt derzeit 100.000,-.

Mit der Verabschiedung des Krankenhausplans 2005 am 3. April 2001 durch den Hamburger Senat wurde das bis dahin geltende Versorgungsstufensystem aufgehoben. Damit wurde eine Neubemessung der Fördermittel erforderlich.

Nach intensiver Beratung mit der BAGS in der zuständigen AG „Krankenhausfinanzierung“ ist der Vorstand am 15. Februar 2001 der gemeinsamen Empfehlung gefolgt, die bisherige Verordnung bis zum 31. Dezember 2003 zu prolongieren. Mit der Einführung des pauschalierten Entgeltsystems soll auch die Pauschalförderung leistungsorientiert bemessen werden. HKG und Planungsbehörde wollen die Beratungen hierzu frühzeitig aufnehmen.

Am 12. Juni 2001 hat der Senat die fünfte Verordnung zur Änderung der pauschalen Förderungsverordnung und damit sowohl die Prolongierung der Verordnung bis 2003 als auch die nachfolgenden Betten- bzw. Fallwerte für 2001 beschlossen:

Versorgungsstufen	DM/Fall	DM/Bett
Grundversorgung	77,00	1.079,00
Regelversorgung	92,00	1.295,00
Schwerpunktversorgung	107,00	1.511,00
Zentralversorgung	138,00	1.943,00

Insgesamt standen im Jahr 2001 für die Pauschalförderung 61,6 Mio. DM zur Verfügung. Für die Ermittlung der Fall- und Bettenwerte wurden die Krankenhausleistungen des Jahres

GESUNDHEITS- POLITIK AUF LANDESEBENE



GESUNDHEITS- POLITIK AUF LANDESEBENE

Auseinandersetzung mit der BKK Hamburg

1999 und die Anzahl der Planbetten, die Versorgungsstufen und die Anzahl der Ausbildungsplätze entsprechend der Feststellungsbescheide für das Jahr 2000 zugrunde gelegt.

Wegen der Bürgerschaftswahl im September 2001 wurde der Haushaltsplan für das Haushaltsjahr 2002 erst im April 2002 verabschiedet. Wie schon in den vergangenen Jahren liegen damit die Fall- und Bettenwerte nicht zum jeweiligen Jahresbeginn vor. Die Häuser erhalten zunächst Abschlagszahlungen in Höhe der Hälfte des jeweiligen Vorjahresbetrages.

Mit Schreiben vom 12. Februar 2002 informierte die nunmehr zuständige BUG über die Rahmenbedingungen des diesjährigen Bewilligungsverfahrens und kündigte an, dass insgesamt 2,4 Mio. Euro weniger für die Pauschalförderung zur Verfügung stünden. Die HKG hat sich vehement beim zuständigen Senator und bei den Fraktionsvorsitzenden der Bürgerschaft gegen diese - erstmalig auch die Pauschalen betreffende - Absenkung um rund 8 % gewandt. Der HKG wurde zugesagt, dass die Absenkung in 2002 durch eine entsprechende Anhebung in 2003 wieder ausgeglichen werden solle.

Auf der Mitgliederversammlung der HKG am 26. Januar 2001 wurden Abrechnungsprobleme mit der BKK Hamburg erstmalig thematisiert.

Die BKK Hamburg hatte Krankenhäusern mit Schreiben vom 24. Januar 2001 angekündigt, zukünftig Zwischenabrechnungen nur noch nach einer Liegezeit der Patienten von mindestens einundzwanzig Tagen zu berücksichtigen.

Dieses Ansinnen widerspricht klar der Regelung in § 14 Absatz 9 BPflV, wonach das Krankenhaus für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, eine angemessene Vorauszahlung verlangen kann.

In einem weiteren Schreiben vom 31. Januar 2001 verlangte die BKK Hamburg von den Krankenhäusern ein neues Bewilligungsverfahren bei der Behandlung von Diabetes-Patienten. Hierzu sollte jede Verordnung von Krankenhausbehandlung mit der Diagnose Diabetes vor Aufnahme des Patienten zur vorherigen Bewilligung der stationären Aufnahme an die BKK Hamburg übersandt werden.

Dieses einseitige Vorgehen fand seine Ergänzung im Einsatz eigener Beratungsärzte, denen die Prüfung von Leistungen übertragen wurde. Hierzu wurden Krankenhäuser aufgefordert, Behandlungsunterlagen nicht wie gesetzlich vorgeschrieben und allgemein üblich an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), sondern direkt an die BKK Hamburg zu übersenden. Eine Vergütung der bereits erbrachten Leistung des Krankenhauses erfolgte regelmäßig nicht, da die BKK Hamburg auf Vorlage der Behandlungsunterlagen bestand.



GESUNDHEITS- POLITIK AUF LANDESEBENE

Die Geschäftsstelle nahm darauf Kontakt mit dem Vorstand der BKK Hamburg auf und erzielte nach mehrwöchigen zähen Verhandlungen zunächst einen Kompromiss: Danach sagte die BKK Hamburg zu, Abschlagszahlungen auf fällige Rechnungen zu leisten und parallel dazu den MDK mit deren Überprüfung zu beauftragen. Zwar wurden die Abschlagszahlungen geleistet, doch kehrte die Kasse bereits wenige Wochen nach dieser Einigung wieder zu ihrem alten Verfahren zurück.

In weiteren Gesprächsrunden berief sich der Vorstand der BKK Hamburg immer wieder auf ein angeblich eigenes Einsichtsrecht in Patientenunterlagen der Krankenhäuser, dessen Anerkennung eine *conditio sine qua non* für eine Einigung darstelle. Die HKG hingegen vertrat und vertritt weiterhin die Ansicht, dass die den Krankenkassen zu übermittelnden Daten abschließend in § 301 SGB V geregelt sind. Wird eine Überprüfung des Einzelfalls notwendig, so ist dieses Verfahren in §§ 275 ff. SGB V abschließend geregelt. Diese rechtliche Sichtweise wird u.a. vom Bundesdatenschutzbeauftragten, dem Bundesversicherungsamt und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vertreten und in verschiedenen Bundessozialgerichtsurteilen, zuletzt im Urteil vom 13.12.2001, bestätigt. Im genannten Urteil wird darüber hinaus klargestellt, dass die Zahlungspflicht einer Krankenkasse bereits mit Aufnahme des Patienten in ein Krankenhaus besteht. Trotz intensiver und über mehrere Monate hinziehender Verhandlungsrunden, über die der Hamburgische Datenschutzbeauftragte regelmäßig informiert wurde, konnte keine einvernehmliche Regelung erzielt werden.

Eine Anfang 2002 durchgeführte Umfrage in den Krankenhäusern ergab, dass sich bis zum 31. Dezember fällige Rechnungen in Höhe von fast 8 Mio. Euro angesammelt hatten. In einem Brief an den für die Kassenaufsicht zuständigen Senator Peter Rehaag vom 9. Januar 2002 forderte der Geschäftsführer die Behörde auf, die BKK Hamburg anzuhalten, zum gesetzlich geregelten Verfahren zurückzukehren.

Am 11. Januar 2002 informierte die Geschäftsstelle die Öffentlichkeit über die Außenstände der BKK Hamburg und die Bereitschaft der Krankenhäuser, zur Durchsetzung ihrer Forderungen den Klageweg zu beschreiten. Am 17. Januar 2002 machte der Hamburgische Datenschutzbeauftragte die datenschutzrechtliche Beanstandung der BKK Hamburg gegenüber der Aufsichtsbehörde öffentlich.

Daraufhin erklärte sich der Vorstand der BKK Hamburg gegenüber dem Hamburgischen Datenschutzbeauftragten am 24. Januar 2002 bereit, zukünftig Krankenakten nur bei

- Vorlage einer mit dem Datenschutzbeauftragten abgestimmten Einverständniserklärung des Patienten,
- im Einzelfall,
- und lediglich für eine Vorprüfung, ob der MDK mit der abschließenden Prüfung beauftragt werden solle,



GESUNDHEITS- POLITIK AUF LANDESEBENE

anzufordern. Eine solche Absprache, die zuvor bereits zwischen der AOK Hamburg und dem Hamburgischen Datenschutzbeauftragten getroffen worden war, ist bundesweit einmalig und ohne vertragliche Regelung mit der Krankenhausseite unzulässig.

Die Aufsichtsbehörde teilte mit Schreiben vom 7. Februar 2002 u.a. mit, dass sie die Rechtsauffassung der HKG bezüglich der Zahlungspflicht der BKK Hamburg teile. Am 28. Februar 2002 reichte die Geschäftsstelle unter großem Medieninteresse die ersten 84 Klagen mit einem Streitwert von 750.000 Euro beim Sozialgericht Hamburg ein. Am 24. April 2002 machte der Geschäftsführer gegenüber der Welt am Sonntag publik, dass geprüft würde, inwieweit die Anwendung einer Vorkassenregelung für die BKK Hamburg rechtlich möglich sei. Die Außenstände der BKK Hamburg bei den Hamburger Krankenhäusern haben mittlerweile eine Höhe von über 10 Mio. Euro erreicht. Weitere Klagewellen sind in Vorbereitung.





Entgelte und Budgets 2001

Die Pflegesatzverhandlungen für 2001 wurden auch in Hamburg durch die am 1. Januar 2000 in Kraft getretene Gesundheitsreform 2000 beeinflusst. Durch die Regelungen des § 6 Abs.1 BPfIV i.V. mit § 71 SGB V des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 ergaben sich folgende wesentliche Auswirkungen ab dem Pflegesatzzeitraum 2000:

- Die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (§ 267 Abs.1 Nr. 2 SGB V) bildet unverändert den Maßstab für den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Diese wird jedoch ab dem 1. Januar 2000 nicht mehr von den Vertragsparteien auf Bundesebene prospektiv vorausgeschätzt, sondern gemäß § 71 Abs.3 SGB V jährlich durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Bundesanzeiger bekannt gegeben.
- Grundlage für die Ermittlung der Veränderungsrate sind die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen. Sie ergeben sich aus der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres gegenüber dem entsprechenden Zeitraum der jeweiligen Vorjahre. Die daraus berechnete Veränderungsrate wurde vom BMG für den Pflegesatzzeitraum 2001 bundeseinheitlich mit +1,63 % (2000: 1,43 %) bekannt gegeben.

LBK Hamburg und UKE hatten in 1999 eine 2-Jahres-Vereinbarung für die Jahre 1999 und 2000 geschlossen. Die Umsetzung der LBK-Vereinbarung für das Jahr 2000 gestaltete sich schwierig, sodass es in 2000 zunächst zu keinen Pflegesatzvereinbarungen kam und die Schiedsstelle angerufen wurde. Das Schiedsverfahren wurde allerdings ausgesetzt, da inzwischen Einvernehmen über eine weitere 2-Jahres-Vereinbarung für 2000 und 2001 erzielt wurde. Inzwischen wurden auch die Budgets für 2002 vereinbart. Auch für die Umsetzung der Vereinbarung für das UKE musste für 2000 zunächst die Schiedsstelle angerufen werden; letztlich kam aber auch hier noch eine Vereinbarung zustande. Die Verhandlungen für 2001 scheiterten, so dass die Schiedsstelle das Budget festsetzen musste.

Die Verhandlungen der freigemeinnützigen und auch der privaten Krankenhäuser zogen sich praktisch über das gesamte Jahr hinweg. Teilweise wurden dabei Vereinbarungen für 2001 und 2002 geschlossen. Allerdings sind noch nicht alle Verhandlungen abgeschlossen.

Für folgende Krankenhäuser fanden im Berichtszeitraum Schiedsverfahren statt: Ev. Krankenhaus Alsterdorf, Israelitisches Krankenhaus, Kath. Krankenhaus Mariahilf, Kranken-

ENTGELTE UND BUDGETS 2001

Pflegesatzverhandlungen und Schiedsverfahren



ENTGELTE UND BUDGETS 2001

haus Tabea, Klinik Dr. Guth. Die Verfahren betrafen noch das Budget 2000.

In den Schiedsverfahren wurden u.a. Entscheidungen getroffen zur:

- Ermittlung der Obergrenze des Gesamtbetrages der Erlöse nach § 6 BpflV
- Berücksichtigung der Umlage nach der Ausbildungskosten-Ausgleichsverordnung bei der Ermittlung der Obergrenze des Gesamtbetrages der Erlöse nach § 6 BpflV (keine Berücksichtigung) und des medizinisch leistungsgerechten Budgets (Berücksichtigung bis zur Obergrenze)
- (Nicht-)Berücksichtigung von Fehlbelegung (nur bei konkretem Anlass, kein Pauschalabzug, keine Ausforschungsprüfung)
- Anwendung von Krankenhausvergleichen (mindestens Diagnosenbezug), WidO-KLIP grundsätzlich zulässiger Parteivergleich i.S.v. § 5 Abs. 4 BpflV
- Berechnung des Ausgleichs nach § 11 Abs.8 BpflV bei hohem Sachkostenanteil

Festzustellen bleibt, dass im Schiedsverfahren bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen die Ausschöpfung der gesetzlichen Veränderungsrate (wieder) möglich ist und insofern zu früheren Verfahren eine Trendwende herbeigeführt worden ist.

In Bezug auf das Pflegesatzverfahren ist weiterhin festzuhalten, dass von prospektiven Verhandlungen – wie sie vom Pflegesatzrecht gefordert wird – nach wie vor keine Rede sein kann. Eine Reihe von Vereinbarungen bzw. Schiedsverfahren kommen erst nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums zustande.

Punktwerte Fallpauschalen und Sonderentgelte

Ende November 2000 konnten mit den Kassen erstmals seit 1996 neue, um 1,5 % angehobene Punktwerte für 2001 vereinbart werden. Damit blieb die Steigerung der Punktwerte unterhalb der gesetzlichen Obergrenze von 1,63%. Sie betragen für den Personalkostenanteil 1,0978 DM und für den Sachkostenanteil 1,1006 DM.

Für 2002 wurde eine Steigerung der Punktwerte um 1,3 % vereinbart. Die Punktwerte betragen für den Personalkostenanteil 0,568 € und für den Sachkostenanteil 0,5700 € und liegen damit niedriger als die der meisten anderen alten Bundesländer.

Entgeltkataloge Fallpauschalen und Sonderentgelte

Aufgrund der ab 1. Januar 2001 gültigen neuen Diagnosen- und Prozedurenschlüssel (ICD-10/OPS-301, Version 2) wurde eine Anpassung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge für 2001 erforderlich. Die Arbeiten zur Umschlüsselung konnten aufgrund der späten amtlichen Bekanntmachung



des neuen OPS-301 und der ICD-10 SGB V erst ab 15.11.2000 aufgenommen und erst Mitte Dezember 2000 abgeschlossen werden. Außer Änderungen im Bereich der Transplantationsmedizin und der Abrechnungsbestimmungen blieben die Bewertungsrelationen wieder unverändert. Die Abrechnungsbeträge erhöhten sich aufgrund der Steigerung der Punktwerte um 1,5%. Der Abrechnungsbetrag wurde erstmals auch in EURO ausgewiesen. Weiterhin wurden erstmals die dokumentationspflichtigen Fallpauschalen und Sonderentgelte für die Berechnung der Qualitätssicherungszuschläge gekennzeichnet.

Für 2002 wurden die Entgeltkataloge mit den Euro-Punktwerten berechnet.

Die HKG stellte die Kataloge nach Abstimmung mit den Kassen den Krankenhäusern zur Verfügung.

Der Punktwert für ambulantes Operieren blieb mit 0,08 DM je Punkt auch für das Jahre 2001 und 0,04 € für 2002 praktisch unverändert. Zwischen HKG und Krankenkassen wurden entsprechende Vereinbarungen geschlossen.

Nach § 17 Abs.4 BPflV sind die im Rahmen des Pflegesatzverfahrens zu übermittelnde Diagnosen- und Operationenstatistik (L4/L5 der LKA) auf maschinellen Datenträgern vorzulegen. DKG und GKV-Spitzenverbände vereinbarten dazu den einheitlichen Aufbau der Datensätze und die Grundsätze für die Übermittlung (§ 15 Abs.2 BPflV).

Die HKG ist Datenannahmestelle und der größte Teil der Datenlieferungen wurde über die HKG abgewickelt. Dabei zeigte sich, dass die Datenlieferungen einer Reihe von Häusern der Nachbesserung bedurften, so dass Datensätze mehrfach neu übermittelt werden mussten.

DKG und Spitzenverbände der Krankenkassen hatten im Mai 1999 nach mehreren Verhandlungsrunden und einem ausgedehnten Unterschriftsverfahren eine Vereinbarung für einen gemeinsamen Krankenhausvergleich nach § 5 BPflV geschlossen. Nach der Vereinbarung wurde zur Durchführung des Krankenhausvergleichs eine Arbeitsgemeinschaft gebildet. GKV und DKG sind mit jeweils acht Personen vertreten. Der Geschäftsführer ist stellvertretendes Mitglied der Arbeitsgruppe.

Die Vereinbarung sieht ein bestimmtes Datensatzformat für die Übermittlung der notwendigen Krankenhausdaten vor (EDIFACT-Nachrichten MEDRUC (für die L4-/L5-Daten) und INFENT (für die LKA-Vereinbarungsdaten ohne L4-/L5-Statistik)). Dieses Format ist in Anlehnung an das Datensatzformat aus der Datenübermittlung nach § 301 SGB V vereinbart worden

ENTGELTE UND BUDGETS 2001

Punktwert Ambulantes Operieren

Datenübermittlung Diagnosen- und Operationenstatistik (L4/L5-LKA)

Krankenhaus- vergleich nach § 5 BPflV



ENTGELTE UND BUDGETS 2001

und gilt auch für die Datenübermittlung der Diagnosen- und Operationenstatistik nach § 17 Abs.4 BPfIV.

Aufgrund der durch das Evaluationsgutachten bestehenden Fragen des Grenzdistanzmaßverfahrens bei der Bestimmung ähnlicher Abteilungen liegt bislang eine offizielle Auswertung der Arbeitsgemeinschaft nicht vor.

Datenannahmestelle HKG

Nach der im Mai 1999 in Kraft getretenen Vereinbarung zum Krankenhausvergleich nach § 5 BPfIV zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurde die Fa. GTI mbH, Kürten, mit der technischen Durchführung des Krankenhausvergleichs beauftragt. Die GTI hat die erforderlichen Vorarbeiten abgeschlossen. Die HKG hat von der Möglichkeit in der Vereinbarung (§ 7 Abs.1 Satz 2) Gebrauch gemacht, in Hamburg die Aufgabe der Datenstelle zu übernehmen. Die für den Betrieb der Datenstelle erforderliche Infrastruktur wurde aufgebaut und das Annahmeverfahren läuft.

LKA-Programm der DKG

Mit dem LKA-Programm ist eine Softwarelösung verfügbar, mit der die Übermittlung der LKA-Daten (außer L4/L5) in dem für den Krankenhausvergleich nach § 5 BPfIV vorgesehenen Datenformat (INFENT) möglich ist. Derzeitiger Versionsstand ist 3.1.4; aufgrund der Einführung des DRG-Vergütungssystems ist die Weiterentwicklung des Programms eingestellt worden.

Ausbildungskosten-Ausgleichsverordnung

Die novellierte Ausbildungskosten-Ausgleichsverordnung wurde am 30. November 1999 vom Hamburger Senat beschlossen. Durch die neue Verordnung wurde ein neuer Berechnungsmodus eingeführt. Dieser hatte zur Folge, dass sich das Umlagevolumen deutlich verringerte. Für die meisten Häuser hatte dies zur Folge, dass entweder geringere Beträge als bisher zu zahlen waren oder geringere Beträge an Krankenhäuser gezahlt wurden.

Die Umsetzung dieser Veränderung in den Budgets war insbesondere für den letzten Fall nicht oder nicht vollständig möglich. Die Schiedsstelle hatte entschieden, dass die Veränderung der Umlagebeträge bei der Ermittlung der „Erlösobergrenze“ gemäß § 6 BPfIV nicht und beim medizinisch leistungsgerechten Budget nur unterhalb der Obergrenze berücksichtigt werden könnte. Die durch eine geringere Zahlung der Umlagestelle an das Krankenhaus entstehende Deckungslücke für Ausbildungskosten kann somit nicht durch einen entsprechend höheren Ansatz der Ausbildungskosten kompensiert werden. Umgekehrt verringert sich die Obergrenze nicht, wenn ein Krankenhaus geringere Beträge an die Umlagestelle zahlen muss. Die Entscheidung der Schiedsstelle wurde von der damaligen BAGS genehmigt. Im Ergebnis war daher eine budgetneutrale Umsetzung der Verordnung nicht möglich.



Im Hinblick auf das neue Entgeltsystem notwendig, aber zeitlich noch knapper vor der Jahreswende 2000/2001 setzte das BMG mit Bekanntgabe im Bundesanzeiger Nr. 214 S. 21874 vom 15.11.00 den ICD-10 / OPS-301 in seiner Version 2 für den stationären Krankenhausbereich zum 1. Januar 2001 in Kraft.

Für die Krankenhäuser bedeutete dies zunächst eine parallele Anwendung von mehreren Diagnoseschlüsseln. Für den stationären Bereich ist zur Angabe der Aufnahme-, Verlegungs- und Entlassungsdiagnosen eine Verschlüsselung mit der ICD-10 SGB-V Version 2.0 erforderlich, für die Angabe von Diagnosen im ambulanten Bereich, z. B. Institutsambulanzen, ist die derzeitige ICD-10 SGB-V Version 1.3 weiterzuführen. Inzwischen liegt eine Empfehlung des DIMDI vor, die neuen Schlüssel auch für den ambulanten Bereich des Krankenhauses zu verwenden.

DKG und GKV vereinbarten für die Umsetzung eine Frist bis zum 31. März 2001, die in Hamburg auch von einigen Häusern in Anspruch genommen wurde.

Von den sprachlichen Unterschieden abgesehen, sind der deutsche und australische Diagnoseschlüssel in weiten Teilen ähnlich bzw. identisch. Auf dieser Grundlage hatte das DIMDI beschlossen, den australischen ICD-10-AM in weiten Teilen zu übernehmen.

Im Berichtszeitraum wurde die Vereinbarung zwischen DKG und den GKV-Spitzenverbänden zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V mit Nachträgen fortgeschrieben. Diese trugen auch den Änderungen bei den Diagnosen- und Operationenschlüssel und der Zuschläge für Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V sowie den Anforderungen des DRG-Vergütungssystems Rechnung.

ENTGELTE UND BUDGETS 2001

Einführung ICD-10 / OPS-301, Version 2.0

Datenübermittlung nach § 301 SGB V





Recht und Verträge

Der Bundesgerichtshof (BGH) hatte am 4. August 2000 erstmals eine regelmäßige untere Angemessenheitsgrenze als Bemessungsgrundlage für die Berechnung von Ein- und Zweibettzimmer-Zuschlägen im Krankenhaus festgelegt. Nach den Vorgaben des BGH werden 30 % des Basispflegesatzes für ein Zwei- und 80 % für ein Einbett-Zimmer als angemessen angesehen, wenn keine besonderen Komfortunterschiede zur allgemeinen Unterbringung vorliegen.

Sobald weitere Qualitätsmerkmale hinzutreten, die im Rahmen der Regelleistungen nicht vorgehalten werden, dürfen die Zuschläge laut BGH diese Vorgaben übersteigen. Je höher diese Überschreitung ausfalle, desto höher seien allerdings die Anforderungen an das Krankenhaus, den die Höhe des Zuschlags begründenden zusätzlichen Komfort darzulegen.

Eine Reihe privater Krankenversicherer tritt inzwischen an Krankenhäuser heran und verlangt eine Herabsetzung der Wahlleistungsentgelte auf 120,— DM für ein Zweibettzimmer und 180,— DM für ein Einbettzimmer oder eine Darlegung der Komfortmerkmale. Im Berichtszeitraum schlossen sich immer mehr Krankenversicherer dieser Sichtweise an.

Ein im Frühjahr 2001 vom Verband der privaten Krankenversicherung in Auftrag gegebenes Gutachten zur Berechnung der Wahlleistungszuschläge für Ein- und Zweibettzimmer in Krankenhäusern wurde am 29. Oktober 2001 öffentlich vorgestellt. Für den Fall des Nachweises aller im Gutachten berücksichtigten Komfortelemente empfahl der PKV-Verband einen Höchstbetrag von 85 Euro für ein Einbett-, bzw. 50 Euro für ein Zweibettzimmer.

Im November 2001 nahmen die DKG und der PKV-Verband Gespräche auf, um eine Empfehlungsvereinbarung zu beraten. Der PKV-Verband wollte zunächst eine Bundespreisempfehlung vereinbaren, die sich an den im Gutachten festgelegten Höchstbeträgen orientierte.

In einer zweiten Verhandlungsrunde legte die DKG eine komplett getextete Empfehlung gemäß § 22 BPfIV einschließlich eines Verhandlungsangebotes zur Bewertung der Komfortelemente vor. Dieser Entwurf wurde Grundlage für die weitere Beratung.

Nach zähen Verhandlungen wurde ein Empfehlungstext konsentiert, der allerdings von beiden Seiten unter Gremiovorbehalt gestellt wurde. Wesentliche Streitpunkte sind nach wie vor der Verzicht auf die Geltendmachung von Rückforderungen sowie die betroffene Bettenzahl als Bezugsgröße für die Abgrenzung von Regel- und Wahlleistungsstandard.

Eine endgültige Entscheidung wird für Juni 2002 erwartet. Die HKG fordert einen Ausschluss der Rückforderungen.

RECHT UND VERTRÄGE

BGH-Urteil zur Wahlleistung Unterkunft



RECHT UND VERTRÄGE

EuGH-Urteil zur Arbeitszeit- gestaltung

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hatte mit Urteil vom 3. Oktober 2000 (sog. SIMAP-Urteil) entschieden, dass der Bereitschaftsdienst des ärztlichen Personals in spanischen Gesundheitszentren Arbeitszeit im Sinne der EG-Richtlinie 93/104 sei, wenn der Bereitschaftsdienst in der Einrichtung geleistet werde. Arbeitszeit im Sinne der EG-Richtlinie läge nur dann nicht vor, wenn die Ärzte - abgesehen von tatsächlichen Einsatzzeiten – einen Rufdienst außerhalb der Einrichtung verrichten würden. Da das deutsche Arbeitszeitgesetz (ArbZG) eine Umsetzung der EG-Richtlinie 93/104 vom 23. November 1993 darstellt, ergibt sich die Frage, welche Konsequenzen das EuGH-Urteil vom 3. Oktober 2000 für das deutsche Arbeitszeitrecht hat.

Bislang herrscht allerdings keine Klarheit über die Auswirkung des Urteils auf die Bereitschaftsdienststruktur in Deutschland. Die Bundesregierung, Bundessozialministerium und Bundesarbeitsministerium gaben bislang auf laufende Anfragen der DKG keine oder nur ausweichende Antworten.

Insbesondere aufgrund der fehlenden Klarstellung durch die Politik gewinnen die ergangenen Urteile der Arbeitsgerichte an Bedeutung. Das Arbeitsgericht Gotha vertrat in seinem Beschluss vom 3. April 2001 die Auffassung, dass eine Betriebsvereinbarung, nach welcher die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit 49 Stunden beträgt, gegen die EG-Richtlinie 93/104 verstoße, weil das Europäische Gemeinschaftsrecht eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von mehr als 48 Stunden nicht zulasse. Außerdem sah es eine unmittelbare Anwendung der EG-Richtlinie für gegeben an.

Demgegenüber hatte das Arbeitsgericht Lübeck mit Urteil vom 17. Januar 2001 die Auffassung vertreten, dass die Ruhezeiten während eines im Krankenhaus geleisteten Bereitschaftsdienstes keine Arbeitszeit darstellten. Es sah insbesondere keine europarechtlichen Bedenken, da Adressat der EG-Richtlinie 93/104 nur die Mitgliedsstaaten der EG, nicht aber die Bürger seien.

Ein Urteil des Arbeitsgerichts Kiel vom 8. November 2001 entschied wiederum, dass Arbeitszeit im Sinne des Arbeitszeitgesetzes auch der Bereitschaftsdienst in Form persönlicher Anwesenheit an einem vom Arbeitgeber bestimmten Ort sei. Der Begriff der Arbeitszeit im Sinne des § 2 Absatz 1 ArbZG bestimme sich im Wege der richtlinienkonformen Auslegung. Die vom EuGH vorgenommene Auslegung des Arbeitszeitbegriffs der Richtlinie 93/104 sei auf den deutschen Arbeitszeitbegriff übertragbar. Dabei sei es hinzunehmen, dass § 5 Absatz 3 ArbZG und § 7 Absatz 2 ArbZG in Bezug auf Bereitschaftsdienste leer liefen. Die Ausgangssituation in der SIMAP-Entscheidung sei mit der in Deutschland vergleichbar.

Dieser Auffassung schloss sich am 11. Dezember 2001 auch das Arbeitsgericht Herne an.



Mittlerweile sind auch drei landesarbeitsgerichtliche Entscheidungen ergangen. Das Landesarbeitsgericht Hamburg geht in seinem Urteil vom 13. Februar 2002 von der Anwendbarkeit des EuGH-Urteils im Rahmen des nationalen ArbZG aus, während das Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein mit Urteil vom 18. Dezember 2001 das Urteil des Arbeitsgerichts Lübeck bestätigt hat. In beiden Fällen wurde Revision beim Bundesarbeitsgericht eingelegt. In einem weiteren Verfahren vor dem Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein zur Entscheidung des Kieler Arbeitsgerichts erging ein Vorlagebeschluss an den Europäischen Gerichtshof, den Sachverhalt unter dem Blickwinkel des EG-Rechts zu entscheiden.

Es ist davon auszugehen, dass die Entscheidung des Bundesarbeitsgerichtes erst nach einer Entscheidung des EuGH ergehen wird.

Ungeachtet der Frage nach einer Anwendbarkeit und Notwendigkeit einer direkten Umsetzung des EuGH-Urteils entwickeln Hamburger Krankenhäuser bereits neue Arbeitszeitmodelle, die den traditionellen Bereitschaftsdienst ablösen sollen.

Die DKG hat auf dem Forum Arbeitszeit am 16. April 2002 in Berlin nochmals auf die komplexe und sich zuspitzende Arbeitssituation in den Krankenhäusern hingewiesen und einen 9-Punkte Maßnahmenkatalog vorgestellt.

Das vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zur Beurteilung der Notwendigkeit von vollstationären Krankenhausbehandlungen vorgesehene so genannte AEP-Verfahren (Appropriateness Evaluation Protocol) soll jeweils eine Begründung für nicht notwendige Krankenhausaufnahmen oder Krankenhaustage liefern und die Verantwortlichkeiten hierfür explizit dem Krankenhaus, dem Patienten (bzw. dessen Angehörigen) oder externen Umständen zuordnen.

Eine Vielzahl der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat gegenüber der DKG die Anwendbarkeit des AEP-Verfahrens in der bisher vorgelegten Fassung in Frage gestellt. Eine detaillierte Zusammenfassung sämtlicher gegenwärtig bekannter Kritikpunkte am AEP-Verfahren sowie möglicher Abwehrstrategien ist außerdem in der Zeitschrift „das Krankenhaus“, Heft 1/2001, veröffentlicht worden.

Nach Auskunft des MDK Hamburg ist das Verfahren bereits intern zur Anwendung eingerichtet worden.

Die Geschäftsstelle hat Anfang Januar 2001 eine Veranstaltung unter dem Titel „AEP- das Fehlbelegungsprüfverfahren des MDK – Strategie der Krankenhäuser – Leistungsgerechte Dokumentation und Kodierung“ durchgeführt. Hierbei wurde über die Auswirkungen des geplanten Verfahrens sowie die

RECHT UND VERTRÄGE

AEP-Verfahren



RECHT UND VERTRÄGE

Fehlbelegungs- prüfung

Notwendigkeit einer optimalen Dokumentation des Behandlungsverlaufs informiert.

Insbesondere vor dem Hintergrund der im Fallpauschalengesetz vorgesehenen Ausweitung der Prüfkompetenzen gewinnt das AEP-Verfahren nunmehr an Bedeutung.

Der in § 17 c Absatz 4 KHG vorgesehene Schlichtungsausschuss soll bis zum 31. März 2003 das Nähere zum Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes, insbesondere zu der fachlichen Qualifikation der Prüfer, Größe der Stichprobe, Möglichkeiten einer Begleitung der Prüfer durch Krankenhausärzte und Besprechung der Prüfergebnisse mit den betroffenen Krankenhausärzten vor der Weiterleitung an die Krankenkassen regeln.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die DKG geben gemeinsam Empfehlungen zum Prüfverfahren ab. Die Geschäftsstelle wird die Entwicklung einer Empfehlungsvereinbarung in der Arbeitsgruppe „AEP-Verfahren“ in enger Abstimmung mit der DKG begleiten.

Auch in der Pflegesatzrunde 2001 schlugen Krankenkassenverbände einem Krankenhaus eine Stichtagserhebung zur Fehlbelegungsprüfung nach dem vom MDK Hamburg vorgegebenen Verfahren vor (siehe auch Geschäftsbericht 2000, S. 94).

Die Geschäftsstelle machte gegenüber den Krankenkassenverbänden und dem MDK Hamburg deutlich, dass es sich bei der beabsichtigten Fehlbelegungsprüfung um eine unzulässige flächendeckende Ausforschungsprüfung handelte. Erst eine gesetzliche Regelung und Aufnahme in der Krankenhausgesetzgebung würde für die Zukunft solche Prüfungen ermöglichen.

Durch die Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und die Aufnahme des § 17 c KHG im Rahmen des am 23. April 2002 verabschiedeten Fallpauschalengesetzes (FPG) sind ab 2003 Stichprobenprüfungen der in § 17 c Absatz 1 KHG genannten Verpflichtungen möglich.

Danach wirkt der Krankenhausträger durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass

1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und das bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung),
2. eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt,



3. die Abrechnung der nach § 17 b KHG vergüteten Krankenhausfälle ordnungsgemäß erfolgt.

Der MDK kann dann nach § 17c KHG Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen erheben und verarbeiten. Die Stichproben können sich auch auf bestimmte Organisationseinheiten sowie bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte beziehen. Für die Krankenhäuser ist eine umfangreiche und nachvollziehbare ärztliche und pflegerische Dokumentation daher nach wie vor unverzichtbar.

Die im Rahmen der Verabschiedung des neuen FPG vorgesehenen Änderungen bestätigen damit indirekt die Rechtsauffassung der HKG, wonach das bisherige Prüfungsverlangen einer gesetzlichen Rechtfertigung entbehrt.

Im März 1997 hatte die HKG die 1992 mit den Krankenkassenverbänden getroffene Weitergeltungsvereinbarung zum Vertrag „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“ zum 30. Juni 1997 gekündigt.

Die im November 1997 begonnenen Neuverhandlungen mit der Kassenseite wurden im Februar 1998 angesichts von Verhandlungen über eine Rahmenempfehlung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DKG auf Bundesebene zunächst ausgesetzt. Im Mai 2000 wurden die Verhandlungen wieder aufgenommen und bis zum 15. Mai 2001 fortgesetzt. Da in einigen Punkten kein Konsens erzielt werden konnte, beauftragte der Vorstand die Geschäftsstelle, die Schiedsstelle anzurufen. Nachdem die erforderliche Neubesetzung der Schiedsstelle durchgeführt worden war, rief die Geschäftsstelle am 5. Februar 2002 die Landesschiedsstelle zur Festsetzung des Inhalts eines Vertrages nach § 112 Absatz 2 Nr. 1 SGB V an. Eine Stellungnahme der Kassenseite erging am 30. April 2002. Bis zum Redaktionsschluss war noch kein Verhandlungstermin anberaunt.

RECHT UND VERTRÄGE

„Allgemeine Bedingungen der Krankenhaus- behandlung“





Ausländische Patienten

Die Geschäftsstelle beobachtet seit Jahren das Engagement anderer Bundesländer bei der Gewinnung von Patienten aus dem Ausland. In Hamburg gab es bereits in der Vergangenheit einzelne Häuser, die international auf ihr Leistungsangebot aufmerksam machten, z.B. durch Einzelinitiativen und -kooperationen oder durch die Mitgliedschaft im Kuratorium zur Förderung deutscher Medizin im Ausland. Ein gemeinsames Vorgehen in Bezug auf eine auf den internationalen Markt ausgerichtete Marketingstrategie der Hamburger Krankenhäuser fehlte aber bislang. Der Vorstand richtete am 12. April 2001 eine Arbeitsgruppe „Ausländische Patienten“ ein. Diese soll über eine gemeinsame Marketingstrategie zur Behandlung ausländischer Patienten unter Beteiligung der Gesundheits- und Wirtschaftsbehörde beraten.

Im Berichtsjahr gelangte das Thema „Ausländische Patienten“ durch die Behandlung norwegischer Patienten in deutschen Kliniken in den Focus des Interesses. So berichteten die Medien Anfang 2001, dass das Norwegische Parlament eine Milliarde Kronen (ca. 120 Millionen Euro) bereitgestellt habe, damit Patienten, die in Norwegen auf einer Warteliste für eine Behandlung stünden, im Ausland behandelt werden können. Hierzu führte das zuständige norwegische Reichsversicherungsamt eine internationale Ausschreibung durch, auf die über 1.000 Angebote aus verschiedenen Staaten rund um den Globus gingen. Auch die Geschäftsstelle hat sich für ihre Häuser in einem Schreiben an das Reichsversicherungsamt an dieser Ausschreibung beteiligt und in einem Gespräch mit dem norwegischen Generalkonsul auf die Leistungsfähigkeit hamburgischer Gesundheitseinrichtungen hingewiesen.

Ebenfalls wurde in Gesprächen mit der damaligen BAGS und der Wirtschaftsbehörde die internationale Leistungsfähigkeit der Gesundheitsmetropole Hamburg betont und angeregt, die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen stärker in internationale Gespräche der Politik einzubeziehen - insbesondere bei Auslandsreisen des Hamburger Senates. Die Wirtschaftsbehörde wurde gebeten, die Leistungsfähigkeit des hamburgischen Gesundheitsstandortes im Rahmen der Konferenz der Öresundregion zu thematisieren.

Mit dem dänischen Gesundheitsministerium nahm die Geschäftsstelle im Mai 2001 Kontakt auf. Das Gesundheitsministerium zeigte sich von dem Leistungsspektrum der Hamburger Kliniken sehr angetan, verwies aber auch darauf, dass zurzeit unabhängig von bestehenden grenznahen Kooperationen mit verschiedenen Leistungsanbietern nur Einzelfälle vom Ministerium zur Behandlung in ausländische Kliniken entsandt würden.

Bereits im Herbst 2000 war zwischen der damaligen BAGS, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, dem LBK Ham-

AUSLÄNDISCHE PATIENTEN



AUSLÄNDISCHE PATIENTEN

burg und dem Sultanat Oman ein Memorandum zur Zusammenarbeit im Gesundheitswesen geschlossen worden. Um die Inhalte des Memorandums aktiv aufzunehmen und konkret zu beraten, reiste auf Initiative der HKG der Gesundheitssenator Anfang Juni 2002 zu einem Delegationsbesuch in den Oman.

Parallel zum Memorandum mit dem Oman bat die BAGS die Geschäftsstelle im Februar 2001 um eine Beteiligung an einem geplanten weiteren Memorandum mit Tunesien. Vorausgegangen war eine Reise von Ärzten vorwiegend neonatologischer bzw. gynäkologischer Fachabteilungen aus Häusern des LBK Hamburg, des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und des Krankenhauses Mariahilf im Herbst 2000 nach Tunesien.

Im Mai 2001 organisierte und betreute die Geschäftsstelle auf Wunsch des LBK Hamburg den Besuch einer tunesischen Delegation des Neonatologischen Zentrums in Tunis im Juni 2001. Die bereits beteiligten Kliniken, weitere fachgebietsbezogen ausgewählte Krankenhäuser sowie Unternehmen wie Dräger, Philips und die Telekom wurden in das Besuchsprogramm einbezogen. Im Rahmen der Fachgespräche zeigte sich ein gegenseitiges Interesse an Austauschprogrammen und an einer Zusammenarbeit in medizinisch und pflegerischen Bereichen. Ein großes Interesse an telemedizinischen Anwendungsmöglichkeiten wurde ebenfalls geäußert. Ein weiterer Delegationsbesuch von Vertretern des Krankenhauses Farhat Hached in Sousse schloss sich im August 2001 an.

Auf Einladung des Krankenhauses Farhat Hached reiste eine Verwaltungsdelegation unter Leitung der HKG Anfang November 2001 nach Tunesien. Dabei erfolgte die Übertragung einer Operation aus dem Klinikum Nord per Videokonferenzschaltung. Die Bestandsaufnahme und Konkretisierung möglicher Kooperationsprojekte ergab außerdem ein hohes Interesse an pflegerischem aber auch administrativen Erfahrungsaustausch. Zurzeit haben neun Mitgliedskliniken ihr Interesse an Kooperationsprojekten mit Tunesien bekundet. Eine für Mitte April geplante Delegationsreise des Gesundheitssenators zur Unterzeichnung eines Memorandums mit Tunesien ist zunächst aus terminlichen Gründen verschoben worden, soll allerdings sobald wie möglich nachgeholt werden.



ANHANG



**Satzung der Hamburgischen
Krankenhausgesellschaft e.V.¹**

§ 1

Name, Rechtsform und Sitz

(1) Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V. (nachfolgend HKG genannt) ist eine Arbeitsgemeinschaft der Krankenhausträger und ihrer Spitzenverbände in der Freien und Hansestadt Hamburg.

(2) Die Gesellschaft wird in das Vereinsregister beim Amtsgericht Hamburg eingetragen.

(3) Die Gesellschaft hat ihren Sitz in Hamburg und ist als Landesverband Mitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.

§ 2

Zweck

(1) Der Gesellschaft obliegt die Förderung des Krankenhauswesens im Land Hamburg. Sie hat insbesondere die Aufgaben,

- a) grundsätzliche Fragen des Krankenhauswesens zu behandeln, soweit sie die gemeinsamen Belange der Mitglieder berühren,
- b) die gemeinsamen Interessen der Mitglieder zu vertreten,
- c) die öffentlichen Stellen, insbesondere die zuständigen Behörden und Ämter der Freien und Hansestadt Hamburg, bei der Vorbereitung und Durchführung von Gesetzen und Verordnungen, die das Krankenhauswesen betreffen, zu beraten sowie Stellungnahmen zu Krankenhausfragen gegenüber diesen Stellen und für die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu erarbeiten,
- d) den Erfahrungsaustausch der Mitglieder zu pflegen, diese zu beraten und auf Wunsch in Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung zu vertreten,
- e) die in Rechtsvorschriften für das Krankenhauswesen zugewiesenen allgemeinen Mitwirkungsrechte wahrzunehmen, insbesondere die Krankenhausträger zu Verhandlungen über kostendeckende Erträge für stationäre und ambulante Behandlung und sonstige Leistungen zu begleiten und hierbei zu beraten,
- f) die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter der Krankenhäuser zu fördern sowie an diesen Bildungsmaßnahmen mitzuwirken.

(2) Die Gesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne der Abgabenordnung 1977.

¹ In der von der Mitgliederversammlung am 12. Juni 1997 zuletzt geänderten Fassung.



Etwaige Gewinne der Gesellschaft dürfen nur für ihre satzungsmäßigen Zwecke verwendet werden.

Die Mitglieder dürfen keine Gewinnanteile und auch keine sonstigen Zuwendungen aus Mitteln der Gesellschaft erhalten. Die Gesellschaft darf niemanden durch Verwaltungsausgaben, die dem Zweck der Gesellschaft fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütung begünstigen.

(3) Die Gesellschaft kann sich an anderen Unternehmen, die im Gesundheitswesen und ggf. auch über Hamburg hinaus tätig sind, beteiligen.

§ 3 Mitgliedschaft

(1) Mitglieder der Gesellschaft können sein:

1. Für die Freie und Hansestadt Hamburg als Träger des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf die Behörde für Wissenschaft und Forschung sowie als Träger des Bernhard-Nocht-Institutes die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales,
2. der LBK Hamburg - Anstalt öffentlichen Rechts - als Träger der ihm angeschlossenen Krankenhäuser,
3. jeder nicht in den Ziffern 1 und 2 genannte Träger, der ein öffentliches oder gemeinnütziges Krankenhaus im Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg betreibt,
4. jeder nicht in den Ziffern 1 und 2 genannte Träger, der seinen Sitz in Hamburg hat und öffentliche oder gemeinnützige Krankenhäuser betreibt.
5. Spitzenverbände dieser Träger,
6. der Verband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. – Landesverband Hamburg - als Spitzenverband privater Krankenhäuser.

(2) Der Antrag auf Aufnahme ist schriftlich an den Vorstand der Gesellschaft zu richten. Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand. Im Falle der Ablehnung kann die Mitgliederversammlung angerufen werden. Mit der Aufnahme erkennt das Mitglied die Satzung der Gesellschaft an. In der Anlage zu dieser Satzung sind die Mitglieder nach Absatz 1, soweit sie nach § 6 stimmberechtigt sind, vom Tage des Inkrafttretens dieser Satzung namentlich aufgeführt.

(3) Die Mitgliedschaft endet:

- a) durch Austritt. Der Austritt ist nur zum Ende eines Kalenderjahres möglich und muss spätestens sechs Monate vor Ablauf des Jahres schriftlich erklärt werden. Frühestmöglicher Austrittstermin ist das Ende des dem Eintritt folgenden Kalenderjahres,
- b) wenn ein Mitglied keine Krankenhäuser mehr betreibt oder vertritt,
- c) durch Ausschluss auf Beschluss der Mitgliederversammlung.

SATZUNG DER HKG



SATZUNG DER HKG

Der Ausschluss ist nur zulässig bei schwerwiegenden Verstößen eines Mitgliedes gegen diese Satzung, vor allem gegen den Zweck der Gesellschaft, und wenn ein Mitglied mit der Zahlung von mindestens zwei Jahresbeiträgen in Rückstand ist. Ausscheidende Mitglieder haben keinen Anspruch auf das Gesellschaftsvermögen.

§ 4

Rechte und Pflichten der Mitglieder

(1) Jedes Mitglied hat das Recht, an der Mitgliederversammlung teilzunehmen und die Einrichtungen der Gesellschaft in Anspruch zu nehmen.

(2) Die Mitglieder sind verpflichtet, die in § 2 genannten Bestrebungen und Aufgaben der Gesellschaft in jeder Weise zu fördern und den im Rahmen dieser Satzung gefassten Beschlüssen nachzukommen. Sie sollen die Gesellschaft von sich aus über alle wichtigen Vorgänge des Krankenhauswesens in ihrem Bereich unterrichten und Anfragen der Gesellschaft fristgerecht und vollständig beantworten.

(3) Die Mitglieder sind verpflichtet, die zur Deckung der Aufwendungen der Gesellschaft von der Mitgliederversammlung festgesetzten Mitgliedsbeiträge zu entrichten. Dies gilt nicht für die Spitzenverbände nach § 3 Absatz 1 Nr. 5.

(4) Der Mitgliedsbeitrag setzt sich ab 1998 zusammen aus einem für alle Mitgliedskrankenhäuser gleichen Grundbeitrag und einem budgetbezogenen Beitragsanteil. Als Höchstbeitrag wird ein Betrag von 199.000 DM festgesetzt.

(5) Der Grundbeitrag beträgt 1998 DM 8.000, 1999 DM 9.000 und ab dem Jahr 2000 DM 10.000. Bei Krankenhäusern, die sowohl Mitglied bei der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft als auch Mitglied bei einer weiteren Landeskrankenhausesgesellschaft sind, wird nur der halbe Grundbeitrag erhoben.

(6) Der budgetbezogene Beitragsanteil errechnet sich anhand eines von der Mitgliederversammlung jährlich festzusetzenden Promillesatzes vom zum Zeitpunkt der Beitragsfestsetzung zuletzt vereinbarten Erlösvolumen ohne Ausgleichsbeträge (= Budget, Erlöse aus Fallpauschalen und Sonderentgelten, vor- und nachstationärer Behandlung sowie ambulanten Operationen). Für 1998 wird dieser Beitragsanteil übergangsweise auf Basis der zum 12. Juni 1997 verfügbaren Daten berechnet. Die Krankenhäuser stellen die zur Berechnung der Beiträge notwendigen Daten zur Verfügung.

(7) In besonderen Fällen kann der Vorstand mit Genehmigung der Mitgliederversammlung abweichende Regelungen vereinbaren. Ein im Laufe des Kalenderjahres eintretendes Mitglied zahlt den Beitrag für dieses Jahr anteilmäßig.



(8) In Ausnahmefällen kann die Mitgliederversammlung die Erhebung einer Umlage oder eines besonderen Beitrages zur Deckung von Sonderausgaben der DKG und HKG beschließen.

§ 5 Organe der Gesellschaft

Organe der Gesellschaft sind

- a) die Mitgliederversammlung (§ 6) und
- b) der Vorstand (§ 7)

§ 6 Mitgliederversammlung

(1) Die Mitgliederversammlung ist das oberste Organ der Gesellschaft. Sie beschließt über alle Angelegenheiten der Gesellschaft, soweit nicht die Satzung die Zuständigkeit eines anderen Organs festlegt. Ihr obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Feststellung und Änderung der Satzung,
- b) Aufstellung der Grundsätze für die Arbeit der Gesellschaft,
- c) Festsetzung der Beiträge nach § 4 (3),
- d) Genehmigung des Wirtschaftsplans,
- e) Genehmigung der Jahresrechnung,
- f) Entgegennahme des Geschäftsberichts des Vorstandes,
- g) Entlastung des Vorstandes,
- h) Bestellung des Prüfers/der Prüfungsgesellschaft (§ 11),
- i) Wahl des ersten und zweiten Vorsitzenden,
- j) Auflösung der Gesellschaft nach § 12.

(2) Jedes Mitglied gemäß § 3 Absatz 1 Nrn. 3, 4 und 6 hat für je angefangene 250 beitragspflichtige Betten eine Stimme und kann so viele Vertreter in die Mitgliederversammlung entsenden, wie ihm Stimmen zustehen.

Den Trägern der in § 3 Absatz 1 Ziffern 1 und 2 genannten Krankenhäuser stehen insgesamt so viele Stimmen wie den in Satz 1 genannten Mitgliedern zu, mindestens jeweils eine Stimme. Diese Stimmen werden im Verhältnis der beitragspflichtigen Betten zwischen den Krankenhäusern des LBK Hamburg, der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie der Behörde für Wissenschaft und Forschung aufgeteilt, wobei zugunsten der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales und der Behörde für Wissenschaft und Forschung auf ganze Stimmen aufgerundet wird.

(3) Die ordentliche Mitgliederversammlung wird auf Beschluss des Vorstandes vom Vorsitzenden jährlich mindestens einmal einberufen.

Außerordentliche Mitgliederversammlungen sind einzuberufen, wenn der Vorstand es beschließt oder wenn Mitglieder, die zusammen mindestens ein Viertel der Stimmen vertreten, es unter Angabe der Verhandlungspunkte beantragen.

SATZUNG DER HKG



SATZUNG DER HKG

(4) Die Einladungen zu Mitgliederversammlungen müssen unter Angabe der Tagesordnung mindestens drei Wochen vorher versandt sein.

(5) Anträge zur Ergänzung der Tagesordnung sind mindestens zwei Wochen vor der Mitgliederversammlung dem Vorsitzenden schriftlich einzureichen. Sie sind vom Vorsitzenden auf die Tagesordnung zu setzen. Der Nachtrag zur Tagesordnung muss mindestens eine Woche vor der Mitgliederversammlung an die Mitglieder abgesandt sein.

(6) Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Vorsitzende der Gesellschaft oder im Falle seiner Verhinderung sein Stellvertreter.

(7) Die Mitgliederversammlung ist beschlussfähig, wenn die anwesenden Mitglieder mehr als die Hälfte der Stimmen vertreten.

(8) Beschlüsse der Mitgliederversammlung bedürfen der Mehrheit der abgegebenen Stimmen, wobei Stimmenthaltungen nicht gezählt werden. Beschlüsse über Satzungsänderungen, über Ausschluss von Mitgliedern und über die Auflösung der Gesellschaft bedürfen einer Dreiviertelmehrheit aller Stimmen nach § 6 Absatz 2. In einer fristgerecht einberufenen zweiten Mitgliederversammlung kann jedoch ohne Rücksicht auf die Zahl der vertretenen Stimmen über diese Fragen mit Dreiviertelmehrheit beschlossen werden, wenn in der Einladung ausdrücklich darauf hingewiesen und das Einladungsschreiben per Einschreiben zugestellt ist.

(9) Die Abstimmung erfolgt in der Regel durch Handaufheben. Wird dabei der Wille der Versammlung nicht eindeutig erkennbar, hat die Abstimmung durch Auszählen der Stimmen zu erfolgen. Auf Antrag sind Abstimmungen geheim durchzuführen. Hierzu erhält das einzelne Mitglied Stimmzettel entsprechend der ihm nach Absatz 2 zustehenden Stimmzahl.

(10) Über jede Mitgliederversammlung ist ein Protokoll aufzunehmen, das insbesondere die Beschlüsse und die Anwesenheitsliste zu umfassen hat. Das Protokoll ist vom Versammlungsleiter und vom Protokollführer zu unterzeichnen, den Mitgliedern zuzusenden und von der nächsten Mitgliederversammlung zu genehmigen.

§ 7 Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus zehn Mitgliedern. Seine Mitglieder und deren Vertreter werden auf die Dauer von zwei Jahren berufen, und zwar vom LBK Hamburg vier Mitglieder und von der Behörde für Wissenschaft und Forschung ein Mitglied, vom Verband freigemeinnütziger Krankenhäuser in Hamburg e.V. vier Mitglieder und vom Verband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. - Landesverband Hamburg - ein Mitglied.



SATZUNG DER HKG

(2) Die Bestellung der Vorstandsmitglieder und ihrer Vertreter erfolgt durch schriftliche Mitteilung an die Geschäftsstelle. Die Bestellung gilt bis auf schriftlichen Widerruf. Sie bedarf jeweils der Bestätigung durch die Mitgliederversammlung.

(3) Der erste und zweite Vorsitzende werden auf Vorschlag des Vorstandes von der Mitgliederversammlung aus dem Kreis der Vorstandsmitglieder für zwei Jahre gewählt. Die Wahl erfolgt mit Dreiviertelmehrheit der abgegebenen Stimmen. Wiederwahl ist zulässig.

(4) Der Vorstand übt seine Tätigkeit ehrenamtlich aus. Er hat Anspruch auf Erstattung seiner Auslagen.

(5) Der Vorstand führt die laufenden Geschäfte der Gesellschaft und beschließt über die Angelegenheiten, die ihm die Satzung zuweist oder die ihm die Mitgliederversammlung überträgt.

Der Vorstand hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Einberufung der Mitgliederversammlung,
- b) Bestellung des Geschäftsführers,
- c) Bildung und Auflösung von Fachausschüssen und Kommissionen für besondere Aufgaben sowie die Berufung der Vorsitzenden der Ausschüsse und Kommissionen,
- d) Erlass von Bestimmungen über die Finanzwirtschaft sowie das Kassen- und Rechnungswesen der Gesellschaft,
- e) Erlass einer Geschäftsordnung für die Geschäftsstelle,
- f) Beschlussfassung über den Wirtschaftsplan und den Jahresbericht zur Vorlage an die Mitgliederversammlung.

Darüber hinaus kann der Vorstand anstelle der Mitgliederversammlung in solchen Angelegenheiten Beschlüsse fassen, deren Behandlung nicht bis zur nächsten Mitgliederversammlung aufgeschoben werden kann. Von diesen Beschlüssen ist den Mitgliedern unverzüglich Kenntnis zu geben. Auf Antrag eines Mitgliedes sind sie auf der nächsten Mitgliederversammlung erneut zu verhandeln.

(6) An den Sitzungen des Vorstandes können die Vorsitzenden der Fachausschüsse mit beratender Stimme teilnehmen.

(7) Der Vorstand kann zu seiner Beratung weitere Sachverständige hinzuziehen. Darüber ist im Einzelfall zu beschließen.

(8) Der Vorstand wird vom Vorsitzenden einberufen. Der Vorsitzende hat eine Einberufung binnen einer Woche vorzunehmen, wenn mindestens zwei Vorstandsmitglieder dies beantragen.

(9) Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte der Vorstandsmitglieder anwesend ist.

SATZUNG DER HKG

(10) Beschlüsse des Vorstandes müssen mit einfacher Mehrheit gefasst werden. Über Beschlüsse ist eine Niederschrift anzufertigen, die vom Vorsitzenden und dem Geschäftsführer zu unterzeichnen ist. Für die Durchführung der Beschlüsse ist der Vorsitzende verantwortlich.

(11) Den Vorstand im Sinne des § 26 BGB bilden der Vorsitzende, sein Stellvertreter und ein weiteres, vom Vorstand zu benennendes Mitglied, von denen je zwei gemeinsam zeichnen.

(12) In Eilfällen kann anstelle des Gesamtvorstandes der Vorstand im Sinne des § 26 BGB beschließen. Von seinen Beschlüssen ist der gesamte Vorstand unverzüglich zu unterrichten.

§ 8

Geschäftsführung

(1) Der Geschäftsführer führt die laufenden Geschäfte im Rahmen der ihm vom Vorstand erteilten Vollmachten, Weisungen und besonderen Aufträge.

(2) Der Geschäftsführer leitet die Geschäftsstelle. Er ist Vorgesetzter der dort tätigen Mitarbeiter und zur selbständigen Einstellung und Entlassung dieser Mitarbeiter im Rahmen des vom Vorstand genehmigten Stellenplans berechtigt. Im Rahmen dieses ihm zugewiesenen Geschäftsbereiches vertritt der Geschäftsführer die Gesellschaft nach § 30 BGB. Er ist insoweit alleinvertretungsberechtigt.

§ 9

Fachausschüsse und Kommissionen

Der Vorstand kann im Rahmen seiner Zuständigkeit zu seiner Beratung Fachausschüsse und Kommissionen einsetzen; er beruft deren Leiter. Die Mitglieder des Vorstandes und der Geschäftsführer können an den Sitzungen der Fachausschüsse teilnehmen. Über das Ergebnis ihrer Beratung berichten die Leiter der Fachausschüsse dem Vorstand.

§ 10

Wirtschafts- und Rechnungsführung

(1) Geschäftsjahr der Gesellschaft ist das Kalenderjahr.
(2) Der Vorstand lässt durch den Geschäftsführer jeweils für ein Geschäftsjahr den Entwurf eines Wirtschaftsplanes aufstellen. Über den Wirtschaftsplan beschließt die Mitgliederversammlung auf Vorschlag des Vorstandes.

(3) Der Vorstand erlässt, soweit erforderlich, Bestimmungen für die Wirtschaftsführung.



§ 11 Rechnungsprüfung

(1) Der Jahresabschluss wird jeweils durch eine(n) Wirtschaftsprüfer/Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geprüft. Über die Bestellung des Prüfers bzw. der Prüfungsgesellschaft beschließt die Mitgliederversammlung.

(2) Der Geschäftsführer legt der Mitgliederversammlung spätestens bis zum 30. September eines jeden Jahres das Rechnungsergebnis des abgelaufenen Jahres zusammen mit dem Prüfbericht des Wirtschaftsprüfers vor.

§ 12 Auflösung der Gesellschaft

Bei Auflösung der Gesellschaft oder Wegfall ihres bisherigen Zwecks bestimmt die Mitgliederversammlung über die Verteilung des noch vorhandenen Vermögens, das ausschließlich und unmittelbar für gemeinnützige Zwecke zu verwenden ist.

§ 13 Inkrafttreten

Die Satzung tritt mit der Eintragung in das Vereinsregister in Kraft.

SATZUNG DER HKG



GESCHÄFTS-
STELLE DER HKG
(einschl. KÖP, EQS)

Geschäftsstelle der HKG

Geschäftsführer: Diplom-Volkswirt Jürgen **Abshoff**

Aufgabenbereiche: Wahrnehmung der Aufgaben nach § 8 der Satzung, Leitung der Geschäftsstelle, Beziehungen nach außen. Geschäftsführung: Vorstand, Mitgliederversammlung und Grundsatzkommission

Sekretariat: Renate **Groh**

Allgemeines Sekretariat: Kerstin **Thieler**
Petra **Wiese**
Alke **Zicha**

Buchhaltung: Rolf **Meyer**

EDV: Karin **Metzner**

Referat I: Krankenhausfinanzierung und -planung

Referentin: Diplom-Volkswirtin
Angelika **Bredehorst-Witkowski**

Aufgabenbereiche: Krankenhausplanung, Investitionsfinanzierung, Krankenhaushygiene, Medizingerätesicherheit, Umweltschutz und Abfallwirtschaft, Personalplanung, Aus-, Fort- und Weiterbildung

Referat II: Pflegesatzfragen und Statistik

Referent: Diplom-Volkswirt Horst **Judaschke**
(Stv. Geschäftsführer)

Aufgabenbereiche: Budgets und Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte, KHG, BPfIV, Pflegesatz- und Punktwertverhandlungen, Personalbedarfsverordnungen und -bemessung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Krankenhausvergleich, Schiedsstelle nach § 18 a KHG (Sitzungen), Landespflegesatzausschuss, Auswertung der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, Krankenhausstatistik, Ausgaben der GKV, Krankenhausdatei, Datenübermittlung § 301 SGB V, Datenannahmestelle Krankenhausvergleich § 5 BPfIV



Statistik: Elke Meyer

Referat III: Rechts- und Vertragsangelegenheiten

Referent: Justitiar Marino Maligoi

Aufgabenbereiche: Allgemeine Rechts- und Vertragsangelegenheiten, zwei- und dreiseitige Verträge nach dem SGB V, Rahmenverträge, KHG, BPfIV, FPG, Datenschutzrecht, Pflegesatz- und Punktwertverhandlungen, Umweltrecht, Arbeitsrecht, Auswertung der Rechtsprechung, Versicherungsrecht, Geschäftsführung der Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V, Telematik im Gesundheitswesen, ausländische Patienten und internationale Kooperationen

Referat IV: Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Pressereferent: Dr. Fabian Peterson

Aufgabenbereiche: Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Pressespiegel, HKG-Mitteilungen, Publikationen, Veranstaltungen, PR-Beratung für Mitglieder

Projektgeschäftsstelle „Arbeitsgemeinschaft Externe Qualitätssicherung (EQS)“

Leiter: Dr. med. Christof Veit

Stellvertreter: Dr. med. Carsten Leffmann

Aufgabenbereiche: Geschäftsführung für Projektgeschäftsstelle § 137 SGB V, Koordination und Betreuung der Aktivitäten der EQS, Betreuung der verschiedenen Gremien der EQS, Beratung der teilnehmenden Krankenhausabteilungen

Sekretariat: Elke Franze

Projektgeschäftsstelle „Bundesweite Kooperation zur ökologischen Produktbewertung“ - Bis zum 31. Dezember 2001

Leitung: Heike Witt

Aufgabenbereich: Geschäftsführung der Projektgeschäftsstelle

**GESCHÄFTS-
STELLE DER HKG**
(einschl. KÖP, EQS)



TELEFON- VERZEICHNISSE

Geschäftsstelle der HKG

Zentrale: 25 17 36-0
Telefax: 25 17 36-40

e-mail: HKGeV@HKGeV.de
Internet: HKGeV.de

		Durchwahl:
Geschäftsführer:	Jürgen Abshoff	11
Sekretariat:	Renate Groh	11
Buchhaltung:	Rolf Meyer	13
Allgemeines Sekretariat:	Kerstin Thieler Petra Wiese Alke Zicha	17 15 16
EDV	Karin Metzner	14
Referat I:	Angelika Bredehorst-Witkowski	20
Referat II:	Horst Judaschke Elke Meyer	23 24
Referat III:	Marino Maligo	26
Referat IV:	Dr. Fabian Peterson	29
Sitzungsraum:		21

Projektgeschäftsstelle EQS:

Zentrale: 25 40 78-30
Telefax: 25 40 78-38
e-mail: info@EQS.de

	Durchwahl:
Dr. Christof Veit	30
Elke Franze	30
Dr. Carsten Leffmann	30

quant - Service für das Gesundheitswesen GmbH:

Zentrale: 25 40 78-40
Telefax: 25 40 78-48
e-mail: info@quant-forum.de
Internet: www.quant-forum.de



Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Wissenschaft und Forschung
Hamburger Straße 37
22083 Hamburg

Behörde für Umwelt und Gesundheit
Billstraße 84
20539 Hamburg

LBK Hamburg
Anstalt öffentlichen Rechts
Friedrichsberger Straße 56-58
22081 Hamburg

**Verband freigemeinnütziger Krankenhäuser
in Hamburg e.V.**
Alfredstraße 9
22087 Hamburg

Caritas-Verband für Hamburg e.V.
Danziger Straße 66
20099 Hamburg

Diakonisches Werk
- Landesverband der Inneren Mission -
Königstraße 54
22767 Hamburg

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Landesverband Hamburg -
Wandsbeker Chaussee 8
22089 Hamburg

Verband Deutscher Privatkrankenanstalten
- Landesverband Hamburg -
c/o Praxisklinik Mümmelmannsberg
Oskar-Schlemmer-Straße 9-17
22115 Hamburg

Wehrbereichsverwaltung Nord
- Außenstelle Kiel -
Feldstraße 234
24106 Kiel

MITGLIEDER DER
HKG

MITGLIEDS- KRANKENHÄUSER DER HKG

Öffentliche Krankenhäuser in Hamburg

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin
LBK Hamburg, Allgemeines Krankenhaus Altona
LBK Hamburg, Allgemeines Krankenhaus Barmbek
LBK Hamburg, Allgemeines Krankenhaus Eilbek
LBK Hamburg, Allgemeines Krankenhaus Harburg
LBK Hamburg, Allgemeines Krankenhaus St. Georg
LBK Hamburg, Allgemeines Krankenhaus Wandsbek
LBK Hamburg, Klinikum Nord (Betriebssteile Heidberg /
Ochsensoll)

Freigemeinnützige Krankenhäuser in Hamburg

Albertinen-Krankenhaus mit Albertinen-Haus
Zentrum für Geriatrie
Altonaer Kinderkrankenhaus
Asklepios Westklinikum Hamburg gGmbH
(bis Februar 2002 Krankenhaus Rissen)
Bethanien Krankenhaus gGmbH
Bethesda - Allgemeines Krankenhaus gGmbH, Bergedorf
Diakonie Krankenhaus Alten Eichen
ENDO-Klinik Hamburg
Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus
Ev. Krankenhaus Alsterdorf mit Werner-Otto-Institut
Israelitisches Krankenhaus in Hamburg
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH
Kath. Marienkrankenhaus gGmbH
Krankenhaus Beim Andreasbrunnen
Krankenhaus Elim gGmbH
Krankenhaus Jerusalem e.V.
Krankenhaus Mariahilf gGmbH
Krankenhaus Tabea GmbH
Michaelis Krankenhaus e.V.
Richard Remé-Haus Klinik für Geriatrie
Wilhelmsburger Krankenhaus „Groß-Sand“

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

CardioCliniC Hamburg
Fachklinik Helmsweg GmbH
Klinik Dr. Guth
Klinik Fleetinsel Hamburg GmbH & Co. KG
Klinik Poppenbüttel
Praxisklinik Mörkenstraße (bis 31. Juli 2001)
Praxisklinik Mümmelmannsberg
Psychiatrische Tagesklinik Hamburg-Mitte



Sonstige Krankenhäuser

Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
Heinrich-Sengelmann-Krankenhaus der Ev.
Stiftung Alsterdorf
Krankenhaus Großhansdorf GmbH
Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift
Stiftung Hamburgisches Krankenhaus Edmundsthal-
Siemerswalde

MITGLIEDS- KRANKENHÄUSER DER HKG



GREMIEN DER HKG

Vorstand

- 1. Vorsitzender:** Heinz **Lohmann**
2. Vorsitzender: Prof. Dr. Fokko **ter Haseborg**

Vorstandsmitglieder **Vertreter¹:**

Für den LBK Hamburg:

Dr. Eckhard Gührs	Werner Gößler
Dr. Lutz Hoffmann	Dr. Gert Albers
Heinz Lohmann	Karsten Becker
Dr. Brunhilde Seidel-Kwem	Heinz Steenbock

Für das UKE:

Dr. Behrend Behrends	Prof. Dr. Hans Dieter Jüde
-----------------------------	-----------------------------------

Für den Verband freigemeinnütziger Krankenhäuser
in Hamburg e.V.:

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg	Christian Ernst
Werner Koch	Marion Tuck
Hans-Hermann Kruck	Jörn Wessel
Prof. Dr. Manfred Dreyer	Adelheid Jost

Für den Verband Deutscher Privatkrankenanstalten -
Landesverband Hamburg:

Dr. Manuela Guth	Sabine Lessing
-------------------------	-----------------------

Sitzungstermine in 2001: 15.2., 12.4., 11.6, 24.9. und 16.11

Grundsatzkommission

Mitglieder:

Heinz **Lohmann**, Vorstandssprecher des LBK Hamburg
(Vorsitzender)

Jürgen **Abshoff**, Geschäftsführer

Dr. Behrend **Behrends**, UKE

Dr. Eckhard **Gührs**, LBK Hamburg, AK Barmbek

Prof. Dr. Fokko **ter Haseborg**, Albertinen-Krankenhaus

Horst **Judaschke**, Stv. Geschäftsführer

Werner **Koch**, Kath. Marienkrankenhaus

Dr. Brunhilde **Seidel-Kwem**, LBK Hamburg, Vorstand

Rainer **Weber**, Klinik Poppenbüttel

Geschäftsführung: Jürgen **Abshoff**

Sitzungstermine in 2001: 18.10. und 12.11.

¹Innerhalb der jeweiligen Trägergruppe kann jeder Stellvertreter jedes
Vorstandsmitglied vertreten

AG „Krankenhausfinanzierung“

Mitglieder:

Jürgen **Abshoff**, Vorsitzender
Margret von **Borstel**, Bethesda – Allgemeines
Krankenhaus gGmbH, Bergedorf
Ritva **Chabrié**, Altonaer Kinderkrankenhaus
Karl Heinz **Ebeling**, UKE
Werner **Göbler**, LBK Hamburg, Klinikum Nord
Ronald **Gudath**, LBK Hamburg, Unternehmensleitung
Dr. Eckhard **Gühns**, LBK Hamburg, AK Barmbek
Wilfried **Lühmann**, LBK Hamburg, AK Altona
Margret **Matthies**, LBK Hamburg, AK Eilbek
Dieter **Meissner**, UKE
Uwe **Menz**, Bethanien-Krankenhaus
Thomas **Rupp**, Albertinen-Krankenhaus
Carsten **Schwaab**, Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus
Prof. Dr. Ulrich **Vetter**, LBK Hamburg, KBS
Karl-Heinz **Vorwig**, Krankenhaus Elim
Heide **Welzel**, Praxisklinik Mümmelmannsberg
Rainer **Werther**, Kath. Marienkrankenhaus

Vertreter:

Horst **Judaschke**, Stv. Vorsitzender
Frank **Czezeliski**, LBK Hamburg, Klinikum Nord
Christian **Ernst**, Michaelis Krankenhaus
Wilfried **Gebauer**, LBK Hamburg, AKTIVA
Michael **Hartlage**, Krankenhaus Mariahilf
Diana **Henschke**, LBK Hamburg, Unternehmensleitung
Hansjörg **Hermes**, Asklepios Westklinikum Hamburg
Sabine **Lessing**, Klinik Dr. Guth
Kai **Metelmann**, Israelitisches Krankenhaus
Georg **Müller**, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Dr. Manfred **Primke**, LBK Hamburg, Unternehmensleitung
Torsten **Rast**, LBK Hamburg, Unternehmensleitung
Christian **Schewe**, UKE
Wolfgang **Tamm**, LBK Hamburg, AK Wandsbek
Manfred **Weichler**, Wilhelmsburger Krankenhaus
Jörn **Wessel**, Diakonie Krankenhaus Alten Eichen

Geschäftsführung: Angelika **Bredehorst-Witkowski**

Sitzungstermine in 2001: 22.1., 12.2., 28.3., 21.6., 12.9.,
22.10. und 28.11.

GREMIEN DER HKG



GREMIEN DER HKG

AG „Einführung der DRG“

Mitglieder:

Michael **Beck**, ENDO-Klinik Hamburg
Cordula **Dodt**, Altonaer Kinderkrankenhaus
Hans-Jürgen **Haack**, Krankenhaus Großshansdorf
Diana **Henschke**, LBK Hamburg, Unternehmensleitung
Tamara **Leske**, Kath. Marienkrankenhaus
Dr. Philip **Mannweiler**, UKE
Bernd **Mekelburg**, Albertinen-Krankenhaus
Dr. Clemens **Naegele**, Krankenhaus Elim
Manfred **Nast**, Bethesda - Allgemeines Krankenhaus
gGmbH, Bergedorf
Dr. Manfred **Primke**, LBK Hamburg, Unternehmensleitung
Jens **Ritter**, LBK Hamburg, AKTIVA
Dr. Achim **Rogge**, LBK Hamburg, Medizinische
Dokumentation
Dr. Dorothee **Rudolph**, Klinik Dr. Guth
Manfred **Simon**, Kath. Marienkrankenhaus
Christoph **von Hennig**, Krankenhaus Mariahilf
Axel **Zimmermann**, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Geschäftsführung: Horst Judaschke

Sitzungstermin in 2001: 18.12.

AG „Sicherheit im Krankenhaus“

Mitglieder:

Horst-Joachim **Berodt**, Klinik Poppenbüttel
Frank **Dzukowski**, Kath. Marienkrankenhaus
Werner **Göbler**, LBK Hamburg, Klinikum Nord
Uwe **Lindüber**, LBK Hamburg, Servicebetrieb
Gebäudemanagement
Gerhard **Mentges**, UKE
Karl **Werner**, Diakonie Krankenhaus Alten Eichen

Geschäftsführung: Angelika **Bredehorst-Witkowski**

Sitzungstermine in 2001: In 2001 haben noch keine
Sitzungen stattgefunden.



AG „Verträge und Rechtsfragen im Krankenhaus“

Mitglieder:

Marino **Maligoi**, Geschäftsstelle (Vorsitzender)
Andreas **Herz-Eichenrode**, LBK Hamburg,
Unternehmensleitung
Dr. Philip **Mannweiler**, UKE
Kai **Metelmann**, Israelitisches Krankenhaus
Torsten **Rast**, LBK Hamburg, Unternehmensleitung
Jürgen **Rehr**, UKE
Rainer **Werther**, Kath. Marienkrankenhaus
Jörn **Wessel**, Diakonie Krankenhaus Alten Eichen

Ständiger Gast: Bernd **Lübbbers**, Rechtsanwalt

Geschäftsführung: Marino **Maligoi**

Sitzungstermine in 2001: 25.1., 2.3., 29.3., 15.5. und 7.11.

AG „AEP-Verfahren“

Mitglieder:

Dr. Dieter **Bröring**, UKE
Torsten **Hesemeyer**, Kath. Marienkrankenhaus
Bernd **Lübbbers**, Rechtsanwalt
Dr. Manfred **Primke**, LBK Hamburg, Unternehmensleitung
Dr. Hans **Studt**, Klinik Dr. Guth

Geschäftsführung: Marino **Maligoi**

Sitzungstermine in 2001: In 2001 haben keine Sitzungen
stattgefunden

GREMIEN DER HKG



GREMIEN DER HKG

AG „Ausländische Patienten“

Mitglieder:

Jürgen **Abshoff**, Geschäftsführer (Vorsitzender)
 Prof. Dr. Winfried **Alberti**, UKE
 Dr. Klaus **Bublitz**, LBK Hamburg, Unternehmensleitung
 Werner **Koch**, Kath. Marienkrankenhaus
 Hans-Hermann **Kruck**, Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus
 Petra **Perleberg**, Kath. Marienkrankenhaus
 Prof. Dr. Volker **Rudat**, UKE
 Hilikka **Zebohtsen**, LBK Hamburg, Öffentlichkeitsarbeit
 Peter **Zur**, ENDO-Klinik Hamburg

Geschäftsführung: Marino **Maligoi**

Sitzungstermine in 2001: 28.5., 25.6., 15.8. und 23.10.

AG „Telematik im Gesundheitswesen“

Mitglieder:

Jürgen **Abshoff**, Geschäftsführer (Vorsitzender)
 Karsten **Becker**, LBK Hamburg, Vorstand
 Prof. Dr. Walter **Gross-Fengels**, LBK Hamburg, AK Harburg
 Karin **Metzner**, Geschäftsstelle
 Dr. Ulf **Nahrstedt**, LBK Hamburg, Klinikum Nord
 Dr. Stefan **Neumann**, UKE
 Petra **Perleberg**, Kath. Marienkrankenhaus
 Carsten J. **Schwaab**, Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus
 Prof. Dr. Thomas **Weber**, Kath. Marienkrankenhaus
 Wolfgang **Wiluda**, LBK Hamburg, Unternehmensleitung

Geschäftsführung: Marino **Maligoi**

Sitzungstermine in 2001: 17.1, 1.3., 15.3., 29.6. und 10.9.





„Hamburger Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus (HAUK)“

Im HAUK sind alle Mitgliedskrankenhäuser der HKG vertreten. Als Gäste nehmen Vertreter von pflegen & wohnen und des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses teil.

Sitzungstermine in 2001: 20.2., 8.5., 4.9. und 11.12.

Vorsitz:

Heiko **Schlüter**, LBK Hamburg, Z.A.G. (Vorsitzender)
Gabriele **Ackermann**, LBK Hamburg, Z.A.G.
(Stellvertreterin)
Angelika **Grimm**, UKE (Stellvertreterin)

Geschäftsführung: Angelika **Brededorst-Witkowski**

Sitzungstermine in 2001: 17.1., 8.2., 22.3., 11.4., 22.5., 27.6., 23.8., 4.9., 11.10. und 8.11.

Beirat zur „Kooperation Ökologische Produktbewertung (KÖP)“

Mitglieder:

Jürgen **Abshoff**, Geschäftsführer (Vorsitzender)
Erika **Block**, Fachvereinigung Einkauf, Materialwirtschaft und Logistik im Krankenhaus e.V.
Dr. Thomas **Fenner**, Ärztekammer Hamburg
Dr. Dieter **Großmann**, Institut für Ökologie und Politik
Wilfried **Lühmann**, LBK Hamburg, AK Altona
Dr. Frank U. **Montgomery**, Ärztekammer Hamburg
Thomas **Pilz**, DKG
Günter **Ploß**, VdAK
Ute **Weidlich**, DBfK

Geschäftsführung: Heike **Witt**, Projektleitung

Sitzungstermine in 2001: 9.5. und 27.9.

GREMIEN DER HKG



GREMIEN DER HKG

AG „Ökoprofile für Medizinprodukte“

Mitglieder:

Christian **Abel**, aap Implantate AG
Wolfgang **Blecher**, TYCO Healthcare
Bastian **Bohm**, aap Implantate AG
Ulrich **Brethauer**, B. Braun AG
Rüdiger **Gies**, Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus
Oliver **Gramalla**, Serag-Wiessner GmbH & Co. KG
Dr. Dieter **Großmann**, Ökopol GmbH
Jochen **Hoffmann**, Sarstedt AG & Co.
Dr. Iris **Juditzki**, Deutsche Krankenhausgesellschaft
Burrhus **Lang**, Leonhard Lang
Kathrin **Ostertag**, Ingenius, Berlin
Heiko **Schlüter**, LBK Hamburg, Z.A.K.
Dr. Konrad **Schmitt**, TYCO Healthcare
Sabine **Ungerath**, Löning Hospitex GmbH

Geschäftsführung: Heike **Witt**, Projektleitung

Sitzungstermine in 2001: 7.2., 4.4, 3.6, 11.7, 14.11. und 15.11.





Kuratorium

Von der HKG benannte Vertreter und Stellvertreter:

Dr. Behrend Behrends , UKE (Vorsitzender)	Prof. Dr. Hans-Peter Scheidel , Kath. Marienkrankenhaus
Jürgen Abshoff , Geschäftsführer	Prof. Dr. Martin Carstensen , Albertinen-Krankenhaus
Prof. Dr. Klaus Rückert , LBK Hamburg, Klinikum Nord	Dr. Klaus Bublitz , LBK Hamburg, Unternehmensleitung
Prof. Dr. Jochen Schulte am Esch , UKE	Maria Mischo-Kelling , LBK Hamburg, AK Barmbek

Von den Krankenkassen benannte Vertreter und Stellvertreter:

Günter Ploß , VdAK (Stv. Vorsitzender)	Herbert Korfmacher , VdAK
Karin Schwemin , AOK	Wolf-Dieter Neutmann , AOK
Axel Dilschmann , IKK	Bernd Sievers , IKK
Hans-Otto Schurwanz , BKK	Günter Hoffmann , IKK
	Manfred Puppel , BKK
	Dr. Andreas Eckmann , BKK

Von der Ärztekammer benannter Vertreter und Stellvertreter:

Dr. Frank U. Montgomery , AKH	Dr. Klaus Beelmann , AKH
---	------------------------------------

Vom Medizinischen Dienst benannter Vertreter und Stellvertreter:

Prof. Dr. Bernd Werner , MDK	Dr. Gerhard Voltz , MDK
--	-----------------------------------

Geschäftsführung: Dr. Christof **Veit**

Sitzungstermine in 2001: 5.4., 29.8., 12.11., 6.12.
und 19.12.

GREMIEN DER EQS

Mitglieder:

PD Dr. Thomas **Klöss**, LBK Hamburg, AK Harburg
(Vorsitzender)
Dr. Peter-Michael **Schilke**, Asklepios Westklinikum Hamburg
(Stv. Vorsitzender)
Dr. Cord **Busse**, LBK Hamburg, AK St. Georg
Dr. Barbara **Kuhrt**, Tagesklinik Altonaer Straße
Dr. Peter **Peters**, Bethesda - Allgemeines Krankenhaus
gGmbH, Bergedorf
Dr. Bernd **Schaarschmidt**, Altonaer Kinderkrankenhaus
Dr. Jürgen **Schmitz**, LBK Hamburg, AK Eilbek
Prof. Dr. Jochen **Schulte am Esch**, UKE
Dietmar **Rümmelein**, MDK

Stellvertretende Mitglieder für:

Kinderanästhesiologie: Dr. Jörn **Wulf**
UKE: Prof. Dr. Thomas **Standl**
Niedergelassene Anästhesisten: Dr. Bruno **Kniesel**

Ständiger Gast: Prof. Dr. Hanswerner **Bause**

Geschäftsführung: Projektgeschäftsstelle

Sitzungstermine in 2001: 24.4., 17.9. und 30.10.

Anwendertreffen in 2001: 28.6.



Fachgremium „Chirurgie/Orthopädie“

Mitglieder:

Dr. Dietrich **Hempel**, LBK Hamburg, AK Barmbek
(Vorsitzender)
Prof. Dr. Klaus **Rückert**, LBK Hamburg, Klinikum Nord
(Stv. Vorsitzender)
Dr. Wolf-Rüdiger **Behn**, LBK Hamburg, Klinikum Nord
Dr. Peter **Brümmer**, Wilhelmsburger Krankenhaus
„Groß-Sand“
Dr. Gerold **Lüth**, Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus
Dr. Hans-Jürgen **Kahl**, UKE
Prof. Dr. Jochen **Kußmann**, LBK Hamburg, AK Wandsbek
Dr. Henrik **Mondt**, Albertinen-Krankenhaus
PD Dr. Uwe **Rehder**, UKE
Dr. Peter **Reifferscheid**, Altonaer Kinderkrankenhaus
Dietmar **Rümmelein**, MDK
Dr. Lutz **Steinmüller**, LBK Hamburg, AK Eilbek
Dr. René **Wakker**, Klinik Dr. Guth

Geschäftsführung: Projektgeschäftsstelle

Sitzungstermine in 2001: 10.1., 4.4., 30.5., 20.6., 11.7.,
5.9., 26.9., 21.11. und 13.12.

GREMIEN DER EQS



GREMIEN DER EQS

Fachgremium „Operative Gynäkologie“

Mitglieder:

Prof. Dr. Peter **Schmidt-Rhode**, LBK Hamburg,
AK Barmbek
(Vorsitzender)
Prof. Dr. Christoph **Lindner**, Krankenhaus Elim
(1. Stv. Vorsitzender)
Dr. Dieter **Busche**, niedergelassener Gynäkologe
(2. Stv. Vorsitzender)
Prof. Dr. Martin **Carstensen**, Albertinen-Krankenhaus
Dr. Helmut **Cortier**, Bethesda – Allgem. Krankenhaus
gmbH, Bergedorf
Prof. Dr. Fritz **Jänicke**, UKE
Prof. Dr. Volker **Lehmann**, LBK Hamburg, AK Altona
Prof. Dr. Peter **Scheidel**, Kath. Marienkrankenhaus
Prof. Dr. Bernd **Werner**, MDK

Geschäftsführung: Projektgeschäftsstelle

Sitzungstermine in 2001: 15.5. und 24.9.

Seit Oktober 2001 „Fachgremium Gynäkologie und Geburtshilfe“ mit gleichzeitiger Zuständigkeit für das Perinatologieprojekt. Erweiterung des Gremiums um folgende Mitglieder:

Dr. Wolfram **Czopnik**, Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus e.V.
Dr. Volker **Maaßen**, LBK Hamburg, AK Harburg
Dr. Ekkehart **Rueckert**, Krankenhaus Mariahilf
Dr. Michael **Scheele**, LBK Hamburg, Klinikum Nord



Fachgremium „HNO“

Mitglieder:

Prof. Dr. Manfred **Münzel**, LBK Hamburg, AK Harburg
(Vorsitzender)
Dr. Thomas **Benkendorf**, Michaelis Krankenhaus
Dr. E. **Biermann**, LBK Hamburg, AK St. Georg
Prof. Dr. Detlef **Collo**, LBK Hamburg, AK St. Georg
(verstorben am 29. August 2001)
Dr. Lothar **Gramer**, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
PD Dr. Rudolf **Leuwer**, UKE
Prof. Dr. Georg **Neumann**, Kath. Marienkrankenhaus
Dr. Ludwig **Sauerland**, Krankenhaus Beim Andreasbrunnen
Prof. Dr. Jobst **von Scheel**, LBK Hamburg, AK Altona
Dr. Reinhard **Wucherpennig**, LBK Hamburg, Klinikum Nord
Dr. Detlef **Kühn**, MDK

Geschäftsführung: Projektgeschäftsstelle

Sitzungstermine in 2001: 26.2. und 19.11.

Fachgremium „Ophthalmologie“

Mitglieder:

Prof. Dr. Dr. Wolfgang **Wiegand**, LBK Hamburg,
Klinikum Nord (Vorsitzender)
Dr. Peter **Flamm**, Krankenhaus Beim Andreasbrunnen
(Stv. Vorsitzender)
Dr. Karl-Ludwig **Elze**, LBK Hamburg, AK Altona
Dr. Matthias **Gregersen**, Michaelis Krankenhaus
Prof. Dr. Katrin **Engelmann**, UKE
Dr. Andreas **Meinke**, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
Dr. Harald **Wirt**, LBK Hamburg, AK Barmbek
Dr. Gerhard **Voltz**, MDK

Geschäftsführung: Projektgeschäftsstelle

Sitzungstermin in 2001: 21.6.

GREMIEN DER EQS



GREMIEN DER EQS

Fachgremium „Urologie“

Mitglieder:

PD Dr. Wolf-H. **Meyer-Moldenhauer**, LBK Hamburg,
AK St. Georg (Vorsitzender)
Prof. Dr. Hermann **Becker**, Kath. Marienkrankenhaus
Prof. Dr. Rainer **Busch**, LBK Hamburg, AK Eilbek
Prof. Dr. Klaus-Peter **Dieckmann**, Albertinen-Krankenhaus
Prof. Dr. Dietrich **Gonnermann**, LBK Hamburg, AK Altona
PD Dr. Peter **Hammerer**, UKE
Dietmar **Rümmelein**, MDK
Prof. Dr. Friedhelm **Schreiter**, LBK Hamburg, AK Harburg
Dr. Michael **Baumann**, LBK Hamburg, AK Barmbek
Dr. Walter **Wagner**, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg

Geschäftsführung: Projektgeschäftsstelle

Sitzungstermine in 2001: 11.4. und 10.10.

Fachgremium „Schlaganfall“

Mitglieder:

Prof. Dr. Lutz **Lachenmayer**, LBK Hamburg, AK Barmbek
(Vorsitzender)
Prof. Dr. Hans-Peter **Meier-Baumgartner**, Albertinen-Haus,
Zentrum für Geriatrie (Stv. Vorsitzender)
Prof. Dr. Irmgard **Koop**, Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus
Prof. Dr. Georg **Kreymann**, UKE
Dr. Heinzpeter **Moecke**, LBK Hamburg, AK Barmbek
Prof. Dr. Axel **Müller-Jensen**, LBK Hamburg, AK Altona
PD Dr. Joachim **Röther**, UKE
Prof. Dr. Eberhard **Schneider**, LBK Hamburg, AK Harburg
Dr. Dieter **Seidler**, Albertinen-Krankenhaus
Prof. Dr. Peter **Vogel**, LBK Hamburg, AK St. Georg
Dr. Hans-Christoph **Ziegenrucker**, MDK

Beratende Mitglieder:

Prof. Dr. Klaus **Kunze**, UKE (Sprecher der Arbeitsgruppe)
Dr. Klaus **Beelmann**, Ärztekammer Hamburg
Prof. Dr. Jürgen **Berger**, IMDM/UKE
Prof. Dr. Thomas **Meinertz**, UKE

Geschäftsführung: Projektgeschäftsstelle

Sitzungstermine in 2001: 19.6. und 31.10.



AG „Qualitätssicherung in der Pflege“

Mitglieder:

Karin **Schroeder-Hartwig**, DBfK (Vorsitzende)
Erika **Kroll**, UKE (Stv. Vorsitzende)
Gudrun **Beckmann**, pflegen & wohnen
Hans Joachim **Floren**, LBK Hamburg, AK St. Georg
Maike **Hass**, Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus
Monika **Kundy**, DBfK
Maja **Leutenegger**, LBK Hamburg, AK Wandsbek
Martin **Osbahr**, Berufsgenossenschaftliches
Unfallkrankenhaus
Käte **Petersen**, Albertinen-Krankenhaus
Corinne **de Rego**, Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus
Angela **Schilling**, Kath. Marienkrankenhaus
Hans-Herman **Schlüter**, Albertinen-Krankenhaus
Claus **Schmiedefeld**, LBK Hamburg, AK Eilbek
Peter **Schröder**, Stiftung Eilbeker Gemeindehaus
Heiner **Steenbock**, pflegen & wohnen
Susanne **Steppat**, Hebammenverband Hamburg
Silke **Wehlert**, Krankenhaus Mariahilf
Gabriele **Zeh**, UKE

Geschäftsführung: Projektgeschäftsstelle

Sitzungstermine in 2001: In 2001 haben keine Sitzungen stattgefunden, die Gruppe hat sich im Februar 2002 aufgelöst.

GREMIEN DER EQS



GREMIEN DER EQS

Fachgremium „Dekubitus“

Mitglieder:

Tamara **Leske**, Kath. Marienkrankenhaus (Vorsitzende)
Christa **Meyer**, LBK Hamburg, AK Harburg (stv. Vorsitzende)
Brigitte **van den Bussche**, Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus e.V.
Hans-Joachim **Fietz-Mahlow**, LBK Hamburg, AK St. Georg
Ursula Freifrau v. **Gagern-Unkel**, LBK Hamburg, Klinikum Nord
Ricarda **Klein**, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Claudia **Sanmann**, Albertinen-Krankenhaus
Klaus **Schmiedefeldt**, LBK Hamburg, AK Eilbek
Hans-Jürgen **Thomsen**, UKE
Gabriele **Walter**, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Jan **Waßmann**, LBK Hamburg, Unternehmensleitung
Silke **Wehler**, Krankenhaus Mariahilf
N.N., Verband Deutscher Privatkrankenanstalten - Landesverband Hamburg

Geschäftsführung: Projektgeschäftsstelle

Sitzungstermine in 2001: 30.5. und 12.9.





Schiedsstelle nach § 18 a KHG

Vorsitz:

Prof. Dr. Gerrit **Manssen**,

Stellvertreter:

Dr. Fritz **Wandtke**

Vertreter und Stellvertreter der HKG:

Jürgen **Abshoff**,
Geschäftsführer

1. Horst **Judaschke**,
Stv. Geschäftsführer
2. Marino **Maligoi**,
Geschäftsstelle

Karl-Heinz **Ebeling**, UKE

1. Dr. Ludwig **Kuntz**, UKE
2. Dieter **Meissner**, UKE

Dr. Brunhilde **Seidel-Kwem**,
LBK Hamburg, Vorstand

1. Heinz **Steenbock**,
LBK Hamburg,
Unternehmensleitung
2. Wilfried **Lühmann**,
LBK Hamburg, AK Altona

Otto **Buchholz**,
Krankenhaus Elim

1. Hans-Hermann **Kruck**,
Ev. Amalie Sieveking-
Krankenhaus
2. Jörn **Wessel**, Diakonie
Krankenhaus Alten Eichen

Rainer **Weber**,
Klinik Poppenbüttel

1. Dr. Manuela **Guth**,
Klinik Dr. Guth
2. Sabine **Lessing**,
Klinikgruppe Dr. Guth

Vertreter und Stellvertreter der Krankenkassen: ²

Karin **Schwemin**, AOK

1. Wolf-Dieter **Neutmann**,
AOK
2. Matthias **Mohrmann**, AOK

Axel **Dilschmann**, IKK

1. Ekkehard **Koal**, IKK
2. Günter **Hoffmann**, IKK

N.N., VdAK

1. Herbert **Korfmacher**,
VdAK
2. Egbert **Schuhr**, VdAK

Hans-Otto **Schurwanz**, BKK

1. Jörn **Reichenberg**, BKK
2. Andrea **Göhr**, BKK

Barbara **Schmitz**, PKV

1. Dr. Johann Peter **Bank**,
PKV
2. Isabell **Machill**, PKV

² Stand per März 2002

SCHIEDSSTELLEN





SCHIEDSSTELLEN

Geschäftsführung: AOK

Verfahren vor der Schiedsstelle in 2001: 17.1., 9.3., 1.6., 21.6., 12.7. 4.9. und 1.11.

Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V

Vorsitz: Dr. Fritz **Wandtke**

Stellvertreter: Prof. Dr. Gerrit **Manssen**

Unparteiische Beisitzer:

Peter **Binzek** Harald **Lühmann**
Prof. Dr. Klaus **Böhme** Günter **Breese**

Vertreter und Stellvertreter der HKG:

Dr. Behrend **Behrends**, UKE 1. Karl Heinz **Ebeling**, UKE
2. Jörn **Wessel**, Diakonie
Krankenhaus Alten Eichen

Dr. Brunhilde **Seidel-Kwem**, 1. Hans-Hermann **Kruck**,
LBK Hamburg, Vorstand Ev. Amalie Sieveking
Krankenhaus
2. Torsten **Rast**,
LBK Hamburg,
Unternehmensleitung

Jürgen **Abshoff**, 1. Marino **Maligoi**,
Geschäftsführer Geschäftsstelle
2. Thomas **Rupp**, Albertinen-
Krankenhaus

Vertreter und Stellvertreter der Krankenkassen:

Günter **Ploss**, VdAK 1. Herbert **Korfmacher**, VdAK
2. Egbert **Schuhr**, VdAK

Jörn **Reichenberg**, BKK 1. Axel **Dilschmann**, IKK
2. Matthias **Heilmann**, BKK

Wolf-Dieter **Neutmann**, AOK 1. Matthias **Mohrmann**, AOK
2. Thorsten **Burmeister**, AOK

Geschäftsführung: HKG

Verfahren vor der Schiedsstelle in 2001:
In 2001 hat es keine Verfahren gegeben.



**Vertreter der Vertragsärzte für die erweiterte Schiedsstelle
nach § 115 Abs.3 SGB V**

Vertreter und Stellvertreter der Kassenärztlichen Vereinigung:

- | | |
|----------------------------------|---|
| Dr. med. Michael Späth | 1. Dr. med. Hartmut Horst
2. Dr. med. Klaus-Otto Allmeling |
| Dr. med. Wolfgang Wesiack | 1. Dr. med. Michael Reusch
2. Dr. med. Adib Harb |
| Dieter Bollmann | 1. Assessor Gert Filler
2. Assessor Ulrich Kronert |

SCHIEDSSTELLEN



GREMIEN AUF LANDESEBENE

Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung

Hildegard **Esser**, BUG (Vorsitzende)
Heinz **Schwerdtfeger**, BUG (Geschäftsführung)

Von der BUG benannte Mitglieder und Ersatzmitglieder:

Ute Banse	Cornelia Baumgardt-Elms
Elke Huster-Nowack (Stv. Vorsitzende)	Jörg Heitbrack

Von der HKG benannte Vertreter und Ersatzmitglieder:

Jürgen Abshoff , Geschäftsführer	Dr. Behrend Behrends , UKE
Karsten Becker , LBK Hamburg, Vorstand	Angelika Bredehorst-Witkowski , Geschäftsstelle
Prof. Dr. Fokko ter Haseborg , Albertinen-Krankenhaus	Prof. Dr. Ulrich Vetter , LBK Hamburg, KBS
Prof. Dr. Hans Dieter Jüde , UKE	Horst Judaschke , Stv. Geschäftsführer
Heinz Lohmann , Vorstandssprecher des LBK Hamburg	Werner Koch , Kath. Marienkrankenhaus
	Hans-Hermann Kruck , Ev. Amalie Sieveking- Krankenhaus
	Jürgen Rehr , UKE
	Heide Welzel , Verband Deutscher Privatkranken- anstalten, Landesverband Hamburg

Von den Krankenkassen benannte Mitglieder und
Ersatzmitglieder:

Axel Dilschmann , IKK	Eckhard Koal , IKK
Hans-Otto Schurwanz , BKK	Matthias Heilmann , BKK
N.N. , VdAK	Jörn Reichenberg , BKK
	Herbert Korfmacher , VdAK
Karin Schwemin , AOK	Hans-Peter Mahler , VdAK
	Wolf-Dieter Neutmann , AOK
Barbara Schmitz , PKV	Matthias Mohrmann , AOK
	Claudia Reuter , PKV
	Isabel Machill , PKV

Sitzungstermine in 2001: 6.2.,24.4.,3.7.,13.11. und 17.12.



Lenkungsgruppe Krankenhausplan 2005

Mitglieder:³

Vertreter HKG:

Jürgen **Abshoff**, Geschäftsführer
Dr. Behrend **Behrends**, UKE
Prof. Dr. Fokko **ter Haseborg**, Albertinen-Krankenhaus
Werner **Koch**, Kath. Marienkrankenhaus
Heinz **Lohmann**, Vorstandssprecher des LBK Hamburg

Vertreter der Kassen:

Axel **Dilschmann**, IKK
Dr. Klaus **Gollert**, VdAK
Barbara **Schmitz**, PKV
Hans-Otto **Schurwanz**, BKK
Karin **Schwemin**, AOK

Vertreter der BAGS:

Elke **Huster-Nowack**, BAGS
Dr. Peter **Lippert**, BAGS
Dr. Wilhelm **Thiele**, BAGS

Moderation: Reinhard **Ueberhorst**

Geschäftsführung: Elke **Huster-Nowack**, BAGS

Sitzungstermine in 2001: 12.3. und 8.8.

GREMIEN AUF LANDESEBENE

³ Stand: August 2001

GREMIEN AUF
LANDESEBENE

**AG „Begleitung der Umsetzung des
Krankenhausplans 2005“**

Elke **Huster-Nowack**, BUG
(Vorsitzende und Geschäftsführung)

Von der BUG benannte Mitglieder und Ersatzmitglieder:

Ute Banse	Cornelia Baumgardt-Elms
Dagmar Jensen	Jörg Heitbrack
	Hildegard Esser

Von der HKG benannte Vertreter und Ersatzmitglieder:

Angelika Brededorst-Witkowski , Geschäftsstelle	Horst Judaschke , stv. Geschäftsführer
Jörn Wessel , Diakonie Krankenhaus Alten Eichen	Hans-Hermann Kuck , Ev. Amalie Sieveking- Krankenhaus
Prof. Dr. Ulrich Vetter , LBK Hamburg, Unternehmensleitung	Dr. Klaus Bublitz , LBK Hamburg, Servicecenter Qualitätsmanagement
Sabine Lessing , Klinikgruppe Dr. Guth	Dr. Hans-Martin Stubbe , CardioCliniC Hamburg
Jürgen Rehr , UKE	N.N. , UKE

Von den Krankenkassen benannte Mitglieder und
Ersatzmitglieder:

Eckhard Koal , IKK	Bernd Krause , IKK
Matthias Heilmann , BKK	Jörn Reichenberg , BKK
Herbert Korfmacher , VdAK	Holger Isecke , AOK
Wolf-Dieter Neutmann , AOK	Matthias Mohrmann , AOK
Barbara Schmitz , PKV	N.N. , PKV

Sitzungstermine in 2001: 17.7., 11.9. und 29.10.



AG „Zukunft und Perspektiven der Ausbildung“

Mitglieder:

Jürgen **Abshoff**, Geschäftsführer (Vorsitzender)
Ute **Bindzau**, Diakonisches Werk
Sabine **Hartz**, Altonaer Kinderkrankenhaus
Christa **Meyer**, LBK Hamburg, AK Harburg
Thora **Reckeweg**, Behörde für Soziales und Familie
Doris **Röckendorf**, BUG
Karin **Schiller**, Albertinen-Diakoniewerk
Michael **Schopf**, Behörde für Bildung und Sport
Marlies **Schumann**, pflegen & wohnen
Rudolf **Simon**, Psychiatrische Tagesklinik
Brigitte **Sommer**, UKE
Jens **Stappenbeck**, HPG
Horst **Wirth**, LBK Hamburg, Unternehmensleitung

Stellvertretende Mitglieder:

Marianne **Glöckl**, Kath. Marienkrankenhaus
Burkhard **Göbel**, LBK Hamburg, AK Wandsbek
Sabine **Rothfuchs**, UKE
Monika **Schirm**, Asklepios Westklinikum Hamburg

Ständige Gäste: Gisela **Klemann-Dannecker**
Monika **Kundy**, DBfK

Geschäftsführung: Angelika **Bredehorst-Witkowski**

Sitzungstermine in 2001: 8.1., 30.1., 27.3., 31.10. und 10.12.

GREMIEN AUF LANDESEBENE



Ausschuss für das Rettungswesen

Mitglieder:

Oberfeldarzt Heinz-Hugo **Berkel**, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
Wolfgang **Brandt**, Behörde für Inneres
Angelika **Bredehorst-Witkowski**, Geschäftsstelle
Karin **Brüggemann**, Behörde für Inneres
Dr. Cord **Busse**, LBK Hamburg, AK St. Georg
Heiko **Drägerhof**, Malteser Hilfsdienst
Knut **Fleckenstein**, Arbeiter-Samariter-Bund
Regina **Hartmann**, BKK
Gerald **Kätzler**, IKK
Brigitte **Krebelder**, AOK
Harald **Krüger**, DRK
Bernd **Mewes**, BUG
Dr. Heinzpeter **Moecke**, LBK Hamburg, Institut für Notfallmedizin
Bernd **Peters**, Verband der privaten Krankenbeförderungsunternehmen
Sabine **Pilgrim**, Handelskammer Hamburg
Marianne **Poseck**, Behörde für Inneres
Peer **Rechenbach**, Behörde für Inneres
Volker **Schick**, Behörde für Inneres (Vorsitzender)
Micha **Spachtholz**, Arbeitsgemeinschaft Krankenförderung
Dr. Peter **Spors**, Bezirksamt Bergedorf
Prof. Dr. Thomas **Standl**, UKE
Rainer **Steckel**, Behörde für Inneres
Karen **Walkenhorst**, VdAK
Hans-Joachim **Woller**, Johanniter-Unfall-Hilfe
N.N., Berufsverband für den Rettungsdienst

Geschäftsführung: Ralf Peter **Waller**, Behörde für Inneres

Sitzungstermine in 2001: In 2001 haben keine Sitzungen stattgefunden.



Gemeinschaftsinitiative Öffentlichkeitsarbeit Organspende in Hamburg

Mitglieder:

Claus **Clausen**, UKE
Prof. Dr. Gundolf **Gubernatis**, DSO
Dr. Joachim **Ohm**, LBK Hamburg, AK Barmbek
Dr. Fabian **Peterson**, Geschäftsstelle
Willi **Rohde**, BUG
Wolfram **Scharenberg**, Ärztekammer Hamburg

Sitzungstermine in 2001: 31.10. und 19.12.

GREMIEN AUF LANDESEBENE





Position der HKG zum Krankenhausplan 2005

(beschlossen auf der Mitgliederversammlung der HKG
am 26. Januar 2001)
(vorgelesen bei der Anhörung der Beteiligten am
1. Februar 2001)

Die HKG begrüßt, dass zur Vorbereitung des Krankenhausplans 2005 ein auf Konsens ausgerichtetes Verfahren gewählt wurde, bei dem sowohl die Krankenkassen- als auch die Krankenhausseite mit einbezogen wurden.

Mit dem geplanten neuen Finanzierungssystem werden sich aber auch Charakter und Grundlagen der Krankenhausplanung ändern. Der Umbruch in der Krankenhauslandschaft und der zunehmende Wettbewerb werden Veränderungen bei Finanzierung und Steuerung der Krankenhausversorgung erzwingen. Die Krankenhausplanung wird dabei in ihrer Bedeutung abnehmen.

Im Übrigen weist die HKG deutlich darauf hin, dass der im Krankenhausplan vorgesehene Bettenabbau nichts mit Leistungsabbau zu tun hat und daher keine Budgetreduzierungen begründet.

1. Die HKG begrüßt ausdrücklich, dass insbesondere der von ihr immer wieder betonten Metropolfunktion mehr als in der Vergangenheit Rechnung getragen wurde. Wir sind - wie die Gutachter - der Auffassung, dass es im Interesse Hamburgs liegen muss, die Metropolfunktion weiter auszubauen.
2. Wir halten es für richtig, dass - anders als in der Vergangenheit - die so genannten Vertragskrankenhäuser, also die Häuser, die bisher nicht in den Krankenhausplan aufgenommen waren, aber ihren Anteil an der Versorgung der Hamburger Bevölkerung leisten, in die Planung mit einbezogen werden. Die am Planungsprozess Beteiligten waren sich aber auch einig, dass alle Häuser dem Gebot der Stunde „Kooperation und Konzentration“ Rechnung tragen müssen.
3. Die HKG hat dem in der sogenannten Lenkungsgruppe vereinbarten Planungsziel von insgesamt 11.800 Betten in Hamburg im Jahr 2005 grundsätzlich zugestimmt. Diese Zahl wird aber dadurch relativiert, dass im Jahr 2003 auf Basis der Zahlen des Jahres 2002 eine Überprüfung der Grundlagen des Krankenhausplans erfolgen soll, um der derzeit nicht abschätzbaren Entwicklung aufgrund des geplanten neuen Entgeltsystems Rechnung zu tragen.
4. Großen Wert legt die HKG auf die Feststellung, dass der vom Gutachter prognostizierte und von der Lenkungsgruppe weitgehend als aus heutiger Sicht realistisch akzeptierte Bettenüberhang für das Jahr 2005 im wesentli-

DOKUMENTE



DOKUMENTE

chen auf die erwartete weitere Verweildauerreduzierung zurückzuführen ist. Es handelt sich um einen Überhang, der für die Zukunft deshalb erwartet wird, weil die Krankenhäuser immer mehr Leistungen in immer kürzerer Zeit und daher in weniger Betten erbringen. Er hat nichts mit Leistungsabbau, wohl aber mit Leistungsintensivierung zu tun. Budgetreduzierungen können damit jedenfalls nicht begründet werden.

5. Die HKG unterstützt das Ziel des Krankenhausplans 2005, das Leistungsangebot der Hamburger Krankenhäuser durch Kooperation und Konzentration weiter zu verbessern. Hier wurden aber auch bereits erhebliche Vorleistungen erbracht und Fortschritte erzielt (z. B. Fusionen Klinikum Nord und Bergedorf). Darüber hinaus konnte durch eine Vielzahl von Anstrengungen in den Häusern die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung in Hamburg in den vergangenen Jahren deutlich erhöht werden. Nur so war es möglich, die Budgets der Hamburger Krankenhäuser zu Gunsten der Krankenkassen und deren Beitragszahler erheblich zu reduzieren.
6. Bisher gab es im Rahmen der Krankenhausplanung in Hamburg nur Krankenhäuser mit ausschließlich hauptamtlich geführten Fachabteilungen oder reine Belegkrankenhäuser. Der Krankenhausplan soll nun ermöglichen, dass über das bisherige Nebeneinander dieser beiden Krankenhaustypen hinaus zukünftig in Häusern mit im wesentlichen hauptamtlich geführten Fachabteilungen auch belegärztliche Fachabteilungen eingerichtet werden, wie das in anderen Bundesländern bereits der Fall ist.
7. Als weitere bedeutsame Schritte auf dem Weg zu einer optimalen Krankenhausversorgung versteht die HKG den geplanten Neubau des Klinikum Barmbek und die Entstehung des Diakonie-Klinikum Hamburg, in dem die Krankenhäuser Alten Eichen, Bethanien, Elim und Jerusalem aufgehen sollen. Der LBK Hamburg und die freigemeinnützigen Krankenhäuser in Hamburg setzen auch damit deutliche Zeichen, dass sie den auf die Krankenhäuser zukommenden steigenden Anforderungen gerecht werden wollen. Die HKG erkennt an, dass die Freie und Hansestadt Hamburg sich verpflichtet hat, für beide Trägergruppen die finanziellen und planerischen Voraussetzungen zu schaffen und damit auch die genannten Projekte zu ermöglichen.
8. Dies gilt auch für die Bemühungen, das Krankenhausangebot im Hamburger Süden, im Bezirk Harburg, stärker als bisher aufeinander abzustimmen. Der intensive Diskussionsprozess zwischen den beteiligten Krankenhäusern, an dem die HKG maßgeblich beteiligt war, konnte bisher nicht abgeschlossen werden, weil die ins Auge gefasste Fächerkonzentration von chirurgischer und gy-



näkologisch-geburtshilflicher Versorgung, die Neuordnung der Notfallversorgung und die Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Beteiligten nicht unerhebliche Probleme aufwirft. Hier müssen neue und bisher nicht erprobte Wege gegangen werden. Deswegen ist es notwendig, diese Fragen abschließend in einem vereinbarten Prüfauftrag zu klären.

9. Die Entwicklung in der psychiatrischen Versorgung ist besonders schwer einzuschätzen. Hier sind Prognosen für die Entwicklung von Fallzahlen und Verweildauer besonders schwierig. Insbesondere die Verweildauer kann nicht wie in anderen Fachabteilungen durch Extrapolation aus der Vergangenheit abgeleitet werden. Der mit der Psychiatrieplanung vorgesehenen weiteren Sektorsierung und Regionalisierung des Grundversorgungsangebotes steht das Erfordernis ausreichend großer Fachabteilungen für die Aufrechterhaltung von Spezialisierungen (z.B. Borderline-Patienten, Migranten) gegenüber.
10. Dem Vorschlag der Gutachter, das teilstationäre Versorgungsangebot in der Psychiatrie auszuweiten und den darauf basierenden Prüfaufträgen, steht die HKG positiv gegenüber.
11. Die HKG appelliert an BAGS und Krankenkassen, die im Krankenhausplan angestrebten Strukturänderungen dadurch zu fördern, dass für die betroffenen Häuser finanzielle Anreize für eine Neuausrichtung geschaffen und ihnen neue Perspektiven aufgezeigt werden. Hierzu müssen Fördermittel zur Verfügung gestellt und finanziell auskömmliche Regelungen geschaffen werden

DOKUMENTE





Positionen der HKG zur Umsetzung des Krankenhausplans 2005

(beschlossen auf der Mitgliederversammlung der HKG am 28. November 2001)

1. Festhalten am Konsens

Die HKG steht grundsätzlich zu dem in der Lenkungsgruppe gefundenen Kompromiss. Dies gilt auch für die Zielzahl von 11.800 Betten für 2005.

Dieser Konsens wurde in einem äußerst langwierigen, aufwendigen und bundesweit einmaligen Prozess gefunden, in den Behörde, Kassen und HKG eingebunden waren. Für die HKG war diese Konsensbildung besonders schwierig, weil die unterschiedlichen Interessen der verschiedenen Träger auf einen Nenner gebracht werden mussten.

2. Überprüfung des Plans Ende 2002

Der von den Beteiligten gefundene Kompromiss beinhaltete auch die Überprüfung bzw. Fortschreibung des Krankenhausplans 2005 zum Ende des Jahres 2002. Damit sollte der zu erwartenden Entwicklung aufgrund der Einführung des neuen Entgeltsystems für die Krankenhäuser (DRG) Rechnung getragen werden.

Die HKG wendet sich entschieden dagegen, bereits jetzt sukzessive Einzelentscheidungen zu treffen, die insbesondere die gemeinsam gefundene Zielzahl von 11.800 Betten in Frage stellen. Es dürfen nicht Stück für Stück zusätzliche Betten aufgenommen werden, die anderswo abgebaut werden müssten. Diese Maßnahmen müssen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Prüfaufträge insgesamt Ende 2002 entschieden werden, damit Entscheidungen nicht im „Windhundverfahren“ sondern im Rahmen einer sachgerechten Strukturplanung getroffen werden.

3. Strukturprägende Merkmale

Die Lenkungsgruppe hatte sich nach langer Diskussion auf sogenannte „strukturprägende Merkmale“ verständigt. Mit diesen Merkmalen, die den Planungsentscheidungen zugrundegelegt werden sollen, sollten insbesondere Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit vor allem auch im Hinblick auf das neue Entgeltsystem berücksichtigt werden.

Konzentration und Kooperation war das Leitmotiv für den Krankenhausplan 2005. Damit ist nicht vereinbar die Aufnahme nicht lebensfähiger Einheiten.

DOKUMENTE



DOKUMENTE

4. Große Investitionsvorhaben

Wesentlicher Bestandteil der von den unterschiedlichen Trägergruppen in der HKG mitgetragenen Strukturentscheidungen für den Krankenhausplan 2005 waren die beiden großen Investitionsmaßnahmen im öffentlichen und frei-gemeinnützigen Bereich: Neubau des AK Barmbek (Klinikums Barmbek) und des Diakonie-Klinikums Hamburg. Beide Maßnahmen bedingen einander und passen in die Zielsetzung „Kooperation und Konzentration“.

5. Kooperation und Konzentration

Die im Krankenhausplan 2005 vergebenen Prüfaufträge verfolgen ebenfalls das Ziel „Kooperation und Konzentration“. Entscheidungen, die zu dieser Zielsetzung im Widerspruch stehen, sollten vermieden werden.

6. Investitionsfinanzierung

Im Hinblick auf das neue Entgeltsystem haben sich Behörde, Kassen und HKG darauf verständigt, in der Investitionsfinanzierung auch die sogenannte Einzelforderung möglichst bald nach leistungsbezogenen Kriterien vorzunehmen. Die Pauschalförderung wurde bereits 1996 auf einen stärkeren Leistungsbezug umgestellt.

Für beide Bereiche sollten möglichst bald die DRG's als Verteilungsmaßstab herangezogen werden.





ABKÜRZUNGS- VERZEICHNIS

AEP	Appropriatness Evaluation Protocol
AltpfIG	Altenpflegegesetz
ÄKH	Ärztekammer Hamburg
AK	Allgemeines Krankenhaus
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ArbGG	Arbeitsgerichtsgesetz
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
AR-DRG	Australian Refined DRG
BÄK	Bundesärztekammer
BAGS	Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (bis 31.12.2001)
BAT	Bundesangestelltentarifvertrag
BGH	Bundesgerichtshof
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespflugesatzverordnung
BQS	Bundeskuratorium Qualitätssicherung
BUG	Behörde für Umwelt und Gesundheit (ab 01.01.2002)
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DBU	Deutsche Bundesstiftung Umwelt
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKTIG	Deutsche Krankenhaus Trust Center und Informationsverarbeitung GmbH
DRG	Diagnosis Related Groups
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EQS	Externe Qualitätssicherung
EuGH	Europäischer Gerichtshof
FPG	Fallpauschalengesetz
G-DRG	German DRG
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HmbKHG	Hamburgisches Krankenhausgesetz
HAUK	Hamburger Arbeitskreis Umweltschutz im Krankenhaus
HPG	Hamburgische Pflegegesellschaft
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursache
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin



ABKÜRZUNGS- VERZEICHNIS

IKK	Innungskrankenkasse
imtc	innovative medical technology center Hamburg GmbH
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBS	Krankenhausberatung und Service, LBK Hamburg
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus
LBK	LBK Hamburg
LKA	Leistungs- und Kalkulationsaufstellung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
OPS	amtlicher Operationenschlüssel
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
QSFS	Qualitätssicherung Fallpauschalen und Sonderentgelte
SGB	Sozialgesetzbuch
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
VdAK	Verband der Angestellten Krankenkassen e.V.
VKA	Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

