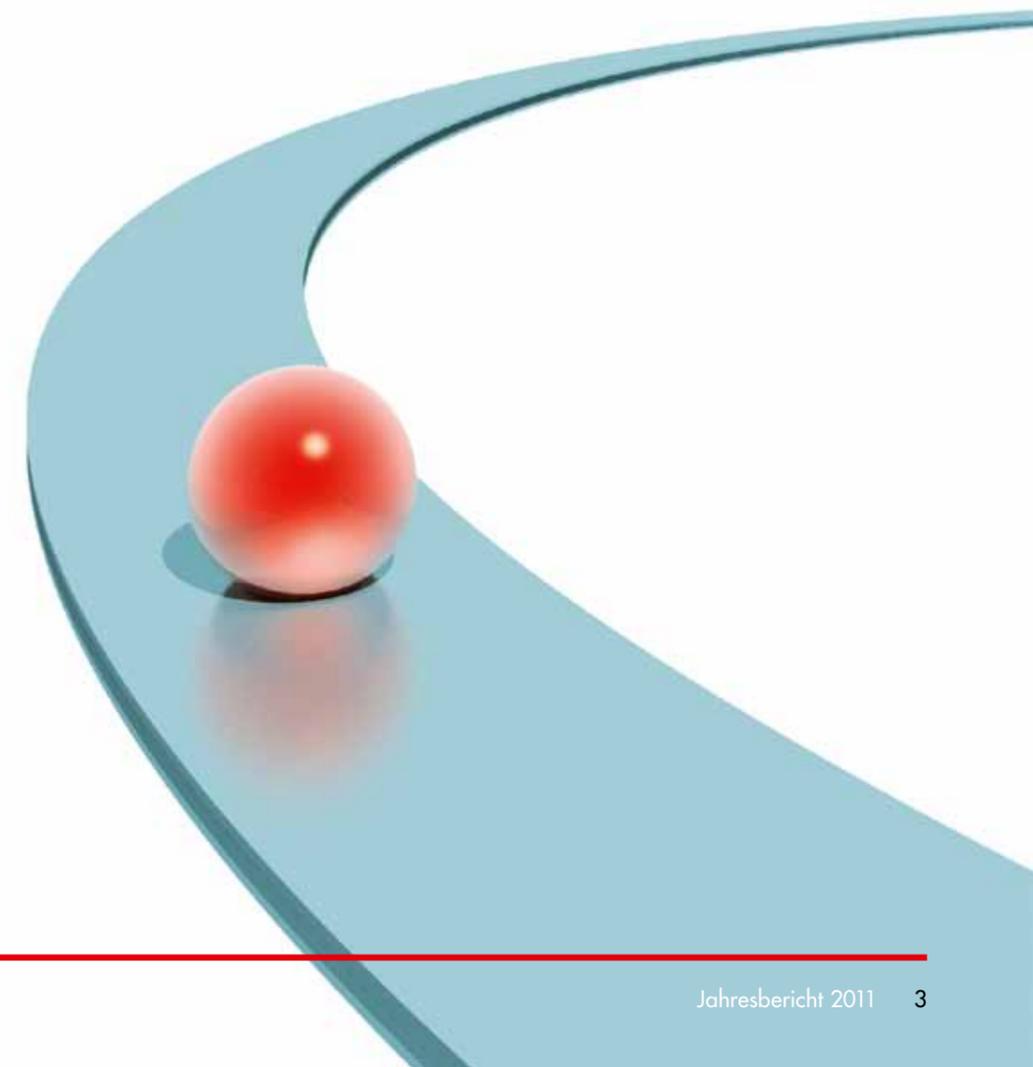


JAHRESBERICHT 2011



JAHRESBERICHT 2011



Inhalt

Editorial	
Prof. Dr. Fokko ter Haseborg und Peter Oberreuter, Vorstandsvorsitzende	7
Grußwort	
Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz	9
Gesundheitsmetropole – quo vadis	
Herausforderungen der nächsten zehn Jahre	10
Patientensicherheit im Krankenhausalltag	
Jahresrückblick 2011	13
Das Jahr im Überblick	
Wichtige Ereignisse im Berichtsjahr	17
Patientensicherheitskonzepte verstetigen	
Rückblick Hamburger Krankenhaustag 2011	21
Gemeinsam gegen Dekubitus	
Weitere Aktivitäten des Aktionsbündnisses gegen Dekubitus	25
Mehr Fachexperten für das Hygienemanagement	
Strategien gegen resistente Keime	29
Engpässe in der Versorgung beseitigen	
Prüfauftrag Psychiatrie des Krankenhausplans 2015	33
Zukunft der ambulanten Behandlung am Krankenhaus ungewiss	
GKV-Versorgungsstrukturgesetz – kaum Fortschritte für die Krankenhäuser	37
Krankenhäuser in Aktion	
Aktivitäten der Hamburger Krankenhäuser	40
Der Verband	
Die Mitgliedskrankenhäuser und ihre Spitzenverbände	44
Gremien	
Vorstand	46
Mitarbeit der HKG in DKG-Gremien	47
Gremien auf Landesebene	
EQS Kuratorium	48
Schiedsstelle nach § 18a KHG	49
Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung	50
Geschäftsstelle	52

Editorial

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,



Prof. Dr. Fokko ter Haseborg



Peter Oberreuter

die Hamburger Krankenhäuser sichern die medizinische Versorgung für die wachsende Metropolregion Hamburg auf höchstem medizinischem Niveau. Die Metropole wächst, mit ihr die technischen Möglichkeiten, so dass Hamburgs spezialisierte Gesundheitsversorgung immer mehr Menschen – auch aus entfernteren Landkreisen und Städten – zugute kommen kann. Die Krankenhausmedizin ist das Herzstück der medizinischen Versorgung in der Gesundheitsmetropole Hamburg. Die Krankenhäuser sind mit einem aktuellen Jahresumsatz von rund 1,7 Mrd. Euro zudem ein wichtiger Wirtschaftsfaktor in Hamburg. Sie bieten 27.000 krisensichere Arbeits- und mehr als 2.500 Ausbildungsplätze. Es gibt also gleich mehrere Gründe, die Gesundheitsmetropole Hamburg zu stärken und noch weiter auszubauen. Hierfür setzt sich die Hamburgische Krankenhausgesellschaft im Einklang mit den übrigen Akteuren im Gesundheitswesen mit Nachdruck ein.

Der entscheidende Erfolgsfaktor für die Weiterentwicklung der Gesundheitsmetropole ist eine ausreichende Zahl von Fachkräften, die ihr Fachwissen und ihre Erfahrung zwischen Industrie, Krankenhäusern, Forschung und Wissenschaft vernetzen. Durch einen lebendigen Fachkräftemarkt werden Innovationen und Kreativität in

den Unternehmen gefördert und neue Potentiale erschlossen. Hamburg bietet als attraktive Stadt viele zusätzliche Faktoren, die Menschen zum Leben und Arbeiten nach Hamburg ziehen – einen hohen Freizeitwert, kulturelle Vielfalt, Sportangebote und eine hervorragende Infrastruktur. Nach wie vor zieht es überregional Experten und Fachkräfte nach Hamburg, was unsere Metropole zusätzlich stärkt.

Die Arbeit in den Hamburger Krankenhäusern ist geprägt von großem fachlichem Können und einer hohen Verantwortung gegenüber den uns anvertrauten Menschen. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leisten Hervorragendes in einer Zeit, die durch die anhaltend schlechten finanziellen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser und daraus resultierend einer hohen Arbeitsverdichtung gekennzeichnet ist. Wir danken unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr herzlich für ihre engagierte Arbeit, die sie rund um die Uhr für unsere Patienten leisten. Sie tragen damit zu dem ausgezeichneten Ruf der Hamburger Krankenhäuser ganz entscheidend bei.

Der vorliegende Jahresbericht bietet Ihnen neben einem Ausblick auf unser aktuelles Thema Gesundheitsmetropole – quo vadis? überdies vertiefte Informationen zu den Themenschwerpunkten des vergangenen Jahres.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

Die Vorstandsvorsitzenden

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg

Peter Oberreuter

Grußwort



Liebe Leserin, lieber Leser,

die öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser im Hamburger Krankenhausplan bieten für die Hamburger Bevölkerung und die Menschen der Metropolregion mit rund 11.500 Betten ein umfassendes Leistungsspektrum auf hohem Niveau.

Jährlich werden fast 450.000 Patientinnen und Patienten in Hamburger Krankenhäusern stationär versorgt. Fast 30 % von ihnen stammen aus den anliegenden Bundesländern. Hinzu kommt eine steigende Zahl von Notfallpatientinnen und -patienten, die die Notfallaufnahmen auch in der ambulanten Versorgung immer wieder vor Herausforderungen stellen. Hamburgs Krankenhäuser gewährleisten für alle diese Fälle eine sehr gute medizinische Versorgung.

Die medizinischen Versorgungsangebote in Hamburg sind sehr differenziert und hochspezialisiert, so dass die Krankenhäuser in steigendem Maße Patienten aus der Metropolregion, aber auch aus entfernteren Regionen Deutschlands anziehen und so zur Profilierung und zum Wachstum unserer Gesundheitsmetropole beitragen.

Das Jahr 2011 war aus Sicht der Krankenhausplanung geprägt von den intensiven Beratungen zu den psychiatrischen Fachgebieten, die in die „Zwischenfortschreibung 2011 – Weiterentwicklung der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ – mündeten. In kaum einem Fachgebiet werden die Probleme des Gesundheitswesens mit seinen Sektorgrenzen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung

so deutlich wie in der Psychiatrie bzw. Psychotherapie. Darum wird diese Entwicklung auch in der Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans 2012 erneut im Fokus stehen. Verschiedene Netzwerke und sektorübergreifende Versorgungsmodelle sind auf den Weg gebracht worden, zeigen aber noch keine entlastende Wirkung auf den stationären Bereich. Umso erfreulicher ist es, dass es eine offene Fachdiskussion in Hamburg gibt, mit dem Ziel, neue Wege einzuschlagen.

Die Hamburger Krankenhäuser sind darüber hinaus auch von den Neustrukturierungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung betroffen. Die ambulante Versorgung im Krankenhaus hat sich inzwischen weitgehend etabliert und die meisten Ambulanzen kooperieren gut mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zum Wohl der Patientinnen und Patienten. An diese positiven Erfahrungen gilt es bei der Gestaltung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung anzuknüpfen. Die neue Landeskongress nach § 90a SGB V wollen wir nutzen, um Versorgungsketten und Kooperationen weiter zu fördern.

Cornelia Prüfer-Storcks
Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz

Gesundheitsmetropole – quo vadis? Herausforderungen der nächsten zehn Jahre

In den letzten zwölf Jahren hat sich Hamburg mit aktiver Unterstützung der landespolitisch Verantwortlichen und der relevanten Entscheidungsträger zu einer wachsenden Gesundheitsmetropole entwickelt. Wachstum war gewollt und Angebote wurden ausdrücklich geplant und geschaffen, um den Bedarf an spezialisierter Medizin auch für die anliegenden Landkreise Schleswig-Holsteins und Niedersachsens zu befriedigen. Mit der aktuellen Erweiterung der Metropolregion umschließt diese nunmehr auch Landkreise Mecklenburg-Vorpommerns sowie die Städte Lübeck und Neumünster.



Erfolgsgeschichte der Gesundheitsmetropole

Durch unsere Aktivitäten erreichte die Gesundheitsbranche bei der Politik und Industrie neue Aufmerksamkeit. Die Handelskammer Hamburg setzte sich aktiv für die Gesundheitswirtschaft ein. Hamburg konnte sich im BMBF-Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ profilieren. Die nur zwölfjährige Geschichte der Gesundheitsmetropole Hamburg ist bereits jetzt eine Erfolgsgeschichte. Vor zwölf Jahren kam jeder vierte Patient aus dem Umland, heute ist es jeder dritte. Leistungssteigerungen von 6 % pro Jahr haben die Zahl der stationären Patienten in Hamburgs Krankenhäusern auf aktuell fast 450.000 steigen lassen. Die Hamburger Krankenhäuser sind Arbeitgeber für 27.000 Beschäftigte. Jeder achte Hamburger Erwerbstätige, insgesamt 142.000 Menschen, arbeitet in einem Unternehmen der Gesundheitswirtschaft. Die Gesundheitswirtschaft Hamburgs erwirtschaftet €7 Mrd. Euro im Jahr, das sind 8 % der Bruttowertschöpfung Hamburgs, davon entfallen 1,7 Mrd. Euro auf die Krankenhäuser.

Wachstum erfordert zusätzliche Kapazitäten

Die Bevölkerung der Metropolregion ist seit dem Jahr 2000 um 2,7 % auf heute 4,29 Mio. Menschen gewachsen. Und das Wachstum setzt sich fort. Hamburg prognostiziert allein für sein Stadtgebiet ausgehend vom Jahr 2002 für das Jahr 2020 eine Einwohnerzahl von rund 1,8 Mio. Dies entspricht einem Anstieg um 4,9 %. Für die gesamte Metropolregion gehen die Experten mit

den neuen Regionen von einer Bevölkerung von über 5 Mio. im Jahr 2020 aus. Dieser Zustrom von neuen Einwohnern erfordert neben Wohnraum und Schulen insbesondere auch zusätzliche Kapazitäten in der medizinischen Versorgung.

Gesundheitsmetropole bietet attraktive Arbeitsplätze

Im Gegensatz zu anderen Branchen ist die Gesundheitswirtschaft weitestgehend krisensicher. Unsere Dienstleistung findet direkt am Patienten statt und ist von unmittelbarem Personaleinsatz geprägt. Die Produktion kann nicht zentralisiert oder ins Ausland verlagert werden. Gesundheitsdienstleistungen schaffen daher langfristig sichere Arbeitsplätze in einer Region. Krankenhäuser sind dabei die größten Arbeitgeber.

Größte Herausforderung aber auch größte Chance für das Wachstum unserer Gesundheitsmetropole für die nähere Zukunft ist daher der Fachkräftemarkt. Andersorts herrscht bereits erheblicher Mangel an Ärzten und Pflegekräften. Hamburg gewinnt durch seinen attraktiven Standort und seine Hochleistungsmedizin gutes Personal hinzu. Hamburgs große Chance ist es, als ausgewiesene Gesundheitsmetropole und Stadt, in der man gerne lebt und arbeitet, den Fachkräftemarkt lebendig zu halten und neue Spezialisten und Experten nach Hamburg zu holen. Da die Gesundheitsbranche von ihrem Personaleinsatz lebt, ist der Fachkräftemarkt eine entscheidende Stellgröße für mögliches Wachstum.

Wachstumschancen durch Zentrenbildung

Gesundheitsmetropolen haben weitere Wachstumschancen: Hochspezialisierte Angebote und Zentrenbildungen verstärken die überregionale Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Die Sogwirkung bezieht entferntere Regionen und sogar das Ausland mit ein. Die gesetzlichen Regelungen, auf deren Grundlage der Gemeinsame



Bundesausschuss (G-BA) tätig wird, führen zu einer zunehmenden Zentralisierung von spezialisierten Leistungsangeboten. Beispiele sind die Perinatalmedizin oder die Onkologie.

Die Anforderungen des G-BA werden oftmals nur noch in Metropolkrankenhäusern erfüllt werden können. Andere Anbieter scheiden aus der Versorgung aus. Diese Entwicklung führt ebenfalls zu einer Verlagerung von medizinischen Leistungen aus ländlicheren Regionen in die Metropolen. Zunehmender Ärztemangel im ländlichen Raum wird Metropolkrankenhäuser stärker in die Verantwortung für eine fach- und spezialärztliche Mitbehandlung von Patienten auch aus dem entfernten ländlichen Raum einbeziehen. Hier sind neue Versorgungsmodelle gefragt, die fach- und spezialärztliche Versorgung mit vorrangig telemedizinischen Konzepten räumlich entfernten Patientinnen und Patienten zugänglich machen und Ärzte im ländlichen Raum mit Spezialisten in Metropolen vernetzen.

Telemedizin verändert die medizinische Versorgung

Telemedizin stellt die zentrale Technologie in der Gesundheitsversorgung der Zukunft dar. Eine flächendeckend funktionierende Telemedizin, die patientensicher ist und zwischen räumlich voneinander entfernten Ärzten routinemäßig genutzt werden kann, erfordert verschiedene Voraussetzungen, an denen dringend gearbeitet werden muss: flächendeckende technische Anbindung von Krankenhäusern und Ärzten in Hochleistungsdatennetzen, passende und sichere datenschutzrechtliche Regeln, Anpassungen im ärztlichen Standesrecht, Einbindung der Patienten u.v.m..

Die Vernetzung von Ärzten in ländlichen Regionen mit den Spezialisten in Metropolkrankenhäusern wird dazu führen, dass Krankenhäuser weit über die Grenzen der Metropolregion hinaus Verantwortung übernehmen und die Versorgung mitgestalten. Die Arbeitsorganisation in der Medizin wird sich durch fortschreitende Spezialisierung, Vernetzung und Telemedizin in den nächsten Jahren erheblich verändern. Die Gesundheitsmetropole Hamburg kann hier Vorreiter sein und ihre Innovationskraft für neue, attraktiv organisierte, vernetzte Medizin unter Beweis stellen. Hamburg ist gut beraten, hier zu investieren.

Innovation und Wachstum weiter fördern

Gesundheitsmetropolen müssen aufgrund ihrer besonderen Bedeutung, ihres Wirtschafts- und Arbeitsmarktpotentials und für die Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung in Stadt und Land durch strukturelle und ordnungspolitische Entscheidungen befördert werden! Unsere Krankenhäuser und Ärzte brauchen Rahmenbedingungen, die die Chancen und Potentiale der Metropole nutzen.

Netzwerke und Telemedizin müssen vereinfacht und gefördert werden. Innovation und Wachstum dürfen nicht bestraft werden. Ein ordnungspolitischer Rahmen, der durch Regionalisierung die besondere Bedeutung von Metropolen unterstützt, ist die politische Herausforderung der nächsten zehn Jahre.

Patientensicherheit im Krankenhausalltag

Jahresrückblick 2011



Mit ihrem Neujahrsempfang und dem Sommerfest bietet die HKG uns gute Möglichkeiten zum Netzwerken. Gerade in Hamburg mit unserem sehr wettbewerbsfähigen Umfeld ist der persönliche Kontakt zu den Kolleginnen und Kollegen der anderen Krankenhäuser besonders wichtig, um einmal auf unkompliziertem Wege kleine Probleme des Alltags zu lösen und informiert zu sein.

Dr. Axel Busch, Leiter des Controllings des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Hamburg



Das Jahresthema der HKG – Patientensicherheit – zog sich mit verschiedenen Schwerpunkten durch das gesamte Jahr 2011. Nicht nur der Hamburger Krankenhaustag mit seinen Beispielen für Patientensicherheitskonzepte, sondern auch die Dekubitusprophylaxe und -behandlung, das Infektionsschutzänderungsgesetz, die Bekämpfung von EHEC, der Datenschutz im Krankenhaus und letztendlich auch das Beschwerdemanagement waren Themen, die den Schutz der Patientinnen und Patienten vor unerwünschten Ereignissen im Focus hatte. Mit dem Prüfungsauftrag Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie des Krankenhausplans 2015 und mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung setzten wir uns im Jahr 2011 zusätzlich für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ein.

Patientensicherheit

Die Krankenhäuser beschäftigen sich von Jahr zu Jahr intensiver mit Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit, betreiben vielfältige Projekte und setzen Patientensicherheitskonzepte in ihren Organisationsabläufen um. Sie sind dabei eingebunden in die Strategien der Akteure unseres Gesundheitssystems und erhalten Informationen von internationalen Plattformen. Als deutschlandweite Organisation hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit seit 2005 das Ziel, das Thema fachlich zu unterstützen und voranzutreiben. Mit dem Hamburger Krankenhaustag „Der Weg ist das Ziel – Patientensicherheit von morgen“ präsentierten wir Grundsätzliches zum Thema Patientensicherheit – auch aus internationaler Perspektive – stellten die Verknüpfung zum Risikomanagement her und gaben durch zahlreiche Praxisbeispiele Anregungen für die weitere Arbeit im Krankenhaus (siehe Seite 21).

Aktionsbündnis gegen Dekubitus

Als Partner im Aktionsbündnis gegen Dekubitus führten wir auch in 2011 unsere Aktivitäten für eine Verringerung von Dekubiti auf das unvermeidliche Mindestmaß weiter (siehe Seite 25). Die Hamburger Krankenhäuser konnten mit ihrer mehr als zehnjährigen Erfahrung in der externen Qualitätssicherung, einer flächendeckenden Expertise von Wundmanagern und Wundexperten sowie einschlägigen ärztlichen Experten in der plastischen und septischen Chirurgie einen wichtigen Beitrag leisten. Als Baustein der Aktivitäten veröffentlichten die Hamburger Krankenhäuser über den Hamburger Krankenhausspiegel 2011 erstmals die Qualitätsindikatoren des Moduls Dekubitusprophylaxe. Die gemeinsam mit den Partnern des Aktionsbündnisses durchgeführte Fachveranstaltung zum Thema Dekubitusprophylaxe und -behandlung war gut besucht.

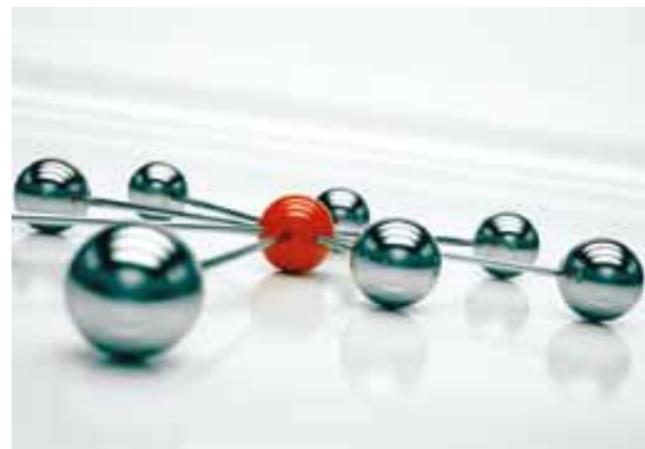
Hygiene auf Landes- und auf Bundesebene

Verschiedene Vorfälle in anderen Regionen Deutschlands zeigten in 2011 deutlich die zunehmende Problematik, in Krankenhäusern mit multiresistenten Keimen umzugehen – ebenfalls ein Thema mit unmittelbarem Bezug zur Patientensicherheit. Bedeutung und Brisanz des Hygienemanagements sowie eines rationalen Antibiotikaeinsatzes wurden stärker ins Bewusstsein gerufen. Mit dem Infektionsschutzänderungsgesetz kamen beide Themen Mitte des Jahres auf die politische Agenda. In enger Abstimmung mit Experten aus unseren Krankenhäusern brachten wir uns sowohl auf der Bundesebene in die Diskussion zum Infektionsschutzänderungsgesetz ein als auch auf Landesebene in die Diskussion über eine geplante Landesverordnung zur Krankenhaushygiene.

Die notwendige Personalgewinnung und -qualifikation für die Aufstockung der Krankenhaushygieniker, Hygienefachkräfte und hygienebeauftragten Ärzte und Pflegekräfte nach der Richtlinie der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert Koch-Instituts sowie die Information und Unterstützung unserer Mitgliedskrankenhäuser waren in diesem Zusammenhang weitere Themen unserer Arbeit (Seite 29).

Hervorragende Zusammenarbeit bei EHEC

Krankenhausmedizin zeichnet sich dadurch aus, auch mit krisenhaft und unerwartet auftretenden Problemen der Gesundheitsversorgung umgehen zu können. Der Frühsommer 2011 stellte die Hamburger Krankenhäuser auf eine harte Belastungsprobe, als ein massiver Ausbruch von enterohämorrhagischen Escherichia coli (EHEC) mit einer hohen Komplikationsrate des hämolytisch-urämischen Syndroms (HUS) die Notaufnahmen und Intensivstationen der Krankenhäuser überfüllte. Glücklicherweise waren die Hamburger Krankenhäuser mit ausgezeichneter gegenseitiger und überregionaler Unterstützung und hervorragender Zusammenarbeit mit dem ambulanten Bereich



in der Lage, den Ansturm an kranken und schwerkranken Patientinnen und Patienten zu bewältigen. Nur wenige Patienten mussten in den Gipfeltagen des Ausbruchs aufgrund akuter Engpässe für Plasmapherese und Dialyse in auswärtige Krankenhäuser verlegt werden.

Verarbeitung elektronischer Patientendaten im Krankenhaus

Die Anforderungen des Datenschutzes an die elektronische Verarbeitung von Patientendaten im Krankenhaus begleitete uns auch 2011. Der Datenschutz von patientenbezogenen medizinischen Informationen ist ein hohes Gut und darf keinesfalls gefährdet werden. Er muss jedoch sowohl technisch abbildbar sein als auch zu den Arbeitsabläufen in den Krankenhäusern passen. Die Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme (KIS)

der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder stellt hohe Anforderungen an die Krankenhäuser. In vielen Bereichen ist ein erheblicher Aufwand an Ressourcen und zusätzlicher Administration erforderlich, um die Vorgaben des Datenschutzes einhalten zu können. Einige Konflikte zwischen Krankenhäusern und Datenschutzbeauftragten über die Umsetzung der Anforderungen müssen weiterhin als ungelöst betrachtet werden. Der konstruktive Dialog mit dem Hamburgischen Datenschutzbeauftragten wird fortgesetzt und weiter vertieft. Um unsere Krankenhäuser über die aktuellen Entwicklungen zu informieren, führten wir eine gut besuchte Informationsveranstaltung durch.

Hamburger Erklärung weitergeführt

Die erfolgreiche Tradition der Unterzeichnung der Hamburger Erklärung wurde auch in 2011 fortgesetzt. Alle Hamburger Krankenhäuser dokumentierten mit ihrer Unterschrift die Selbstverpflichtung für ein patientenorientiertes und strukturell verankertes Beschwerdemanagement. Der konstruktive und vertrauensvolle fachliche Austausch unter den Beschwerdebeauftragten fand verbunden mit Fortbildungsangeboten weiter statt. Desgleichen erstellten wir zusammen mit den Beschwerdebeauftragten der Hamburger Krankenhäuser erneut den jährlichen Beschwerdebericht.

Krankenhausplanung Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Mitarbeit und Interessensvertretung für unsere Krankenhäuser im Prüfauftrag Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie des Krankenhausplans 2015 stellten hohe Anforderungen an die Vertreter der HKG im Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung und die Fachexperten unserer Krankenhäuser. Unterschiedliche Auffassungen von Planungsbehörde, Krankenkassen und Krankenhäusern über den Bedarf und die daraus abzuleitenden notwendigen Versorgungsangebote sowie deren Verortung im ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich führten zu einem anspruchsvollen Diskussionsprozess. Das Ergebnis des Letztentscheidendes der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz kann nicht zufrieden stellen, da das für



die Krankenhäuser vorrangige Kapazitätsproblem nicht befriedigend gelöst werden konnte. Die Folgen weiterer Leistungssteigerungen sowie die Berechtigung neuer Spezialangebote blieben unberücksichtigt. Die aus der systemischen Perspektive äußert sinnvolle Diskussion über die psychiatrische und psychosomatische Versorgung der Bevölkerung Hamburgs konnte durch den Prüfauftrag der Krankenhausplanung, der sich naturgemäß auf den teilstationären und stationären Bereich beschränken musste, nicht umfassend zu einem Ergebnis geführt werden. Die Diskussion sollte an anderer Stelle unter Beteiligung aller Akteure fortgesetzt werden, um für Hamburg und das Umland zu einer strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft für psychische und psychosomatische Erkrankungen zu kommen und die Angebote besser miteinander zu verzahnen. Dem teilstationären und vollstationären Behandlungsbedarf der Bevölkerung muss Rechnung getragen werden, so dass uns dieses Thema noch weiter begleiten wird (Seite 33).

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG)

Zum 1. Januar 2012 trat das GKV-VStG in Kraft, dessen parlamentarischer Prozess die zweite Jahreshälfte dominierte. Leider gelang es nicht, die drängenden Probleme der Krankenhausfinanzierung in diesem Gesetz zu lösen, das sich in erster Linie die Bekämpfung des Ärztemangels zum Ziel gesetzt hatte. Die für 2011 und 2012 mit dem GKV-FinG beschlossenen Sparbeiträge hatten Bestand und wurden trotz Überschüssen in der gesetzlichen Kran-

kenversicherung nicht zurückgenommen. Auch für die tarifbedingten Personalkostensteigerungen wurde keine zusätzliche Refinanzierung geschaffen. Hauptregelungspunkt im GKV-VStG war die ambulante spezialfachärztliche Behandlung nach § 116b SGB V. Dieser Bereich wird durch die neue Rechtslage vorerst eingefroren. Die Einwirkungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten der Länder wurden durch das GKV-VStG deutlich gestärkt, sowohl auf der Bundesebene durch Mitwirkung im G-BA als auch auf der Landesebene durch Einflussmöglichkeit auf die Bedarfsplanung. Die sektorenübergreifende Zusammenarbeit kann durch die Möglichkeit der Länder, ein Landesgremium nach § 90a SGB V für sektorenübergreifende Versorgungsfragen einzurichten, weiter intensiviert werden (Seite 37). Unser Einsatz für die krankenhauserlevanten Forderungen nach einer sachgerechten Finanzierung und einem Ausbau der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten am Krankenhaus muss daher weiter fortgesetzt werden.

Mitgliederbefragung positiv

Gute Noten erteilten uns unsere Mitglieder anlässlich der zweiten Mitgliederbefragung im September 2011. Die Mitgliederzufriedenheit war im Vergleich zu 2008 deutlich angestiegen. Die Ergebnisse der Befragung werden wir bei der Organisation der Geschäftsstelle sowie in der Planung des Hamburger Krankentages und bei der Neugestaltung unseres Internetauftritts berücksichtigen. Vielen Dank an alle unsere Mitglieder für Ihre Rückmeldung!

Dank

Ein herzlicher Dank gilt unseren beiden engagierten Vorsitzenden für ihre intensive Arbeit in und für die Hamburgische Krankenhausgesellschaft sowie allen Mitgliedern des Vorstands für ihren Einsatz. Ebenso sei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in unserer Geschäftsstelle herzlich gedankt für ihr Engagement und ihr tägliches Bemühen um sehr guten Service und stetige Verbesserung.

Dr. Claudia Brase

Dr. Claudia Brase, Geschäftsführerin

Das Jahr im Überblick

Wichtige Ereignisse im Berichtsjahr



Bei den Verhandlungen für den Landesbasisfallwert setzt sich die HKG mit Ausdauer und Entschiedenheit für eine angemessene Vergütung für uns Hamburger Krankenhäuser ein. Der Landesbasisfallwert ist die Grundlage für die Budgetvereinbarungen unserer Krankenhäuser. Die HKG hat schon mehrfach in schwierigen Verhandlungssituationen doch noch eine Einigung mit den Krankenkassen erreichen können.

Nicole Heckert, Konzernbereich Krankenhausfinanzierung, Medizin- und Qualitätsmanagement der Asklepios Kliniken Hamburg

6. Januar 2011

Gesundheitspolitischer
Neujahrsempfang



Peter Oberreuter begrüßt die 200 Gäste des HKG Neujahrsempfangs

26. Mai 2011

Hamburger Krankenhaustag „Der Weg ist das Ziel – Patientensicherheit von morgen“



Peter Oberreuter im Gespräch mit Edward Etchells, Associate Director University of Toronto, Centre for Patient Safety Medical Director

24. Januar 2011

Vortrag Dr. Claudia Brase „Hamburger Krankenhausspiegel – ein Modell für mehr Qualität und Transparenz in der stationären Versorgung“ vor dem Krebsregister Brandenburg

28. Januar 2011

Umzug der EQS-Hamburg in den Papyrusweg 12

2. Februar 2011

Seminar „EBM 2011“

24. März 2011

Seminar zur Vorbereitung der Budgetverhandlungen 2011

4. Mai 2011

Tag der Beschwerdebeauftragten

13. Mai 2011

Grüßwort Angelika Bredehorst-Witkowski im Rahmen des Senatsempfangs „Hamburgs Pflege – Ausbildungsbeste 2010“

31. Mai bis 1. Juni 2011

Landesgeschäftsführertagung in Hamburg

22. Juni 2011

Informationsveranstaltung zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes



v.l.: Dr. Ingeborg Kirchhoff, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz; Angelika Bredehorst-Witkowski; Johannes Jaklin, Ecclesia; Dr. Susanne Huggett, MEDILYS

23. Juni 2011

Mitgliederversammlung



Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks erläutert im Rahmen der Mitgliederversammlung ihre Pläne und Schwerpunkte für die laufende Legislaturperiode: „Transparenz, Qualität, Innovation“

23. Juni 2011

Unterzeichnung der Hamburger Erklärung 2011 zum patientenorientierten Beschwerdemanagement

28. Juni 2011

Seminar zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte



Das gemeinsam mit der KGSH und der KGMV durchgeführte Seminar war gut besucht

2. Juli 2011

Vortrag Dr. Claudia Brase „Krankenhausinvestitionstätigkeiten in Hamburg“ vor einer Schweizer Krankenhausdelegation

18. August 2011

Außerordentliche Mitgliederversammlung

25. August 2011

Sommerfest in der Alten Küche auf dem Alsterdorfer Markt



Netzwerken und dabei die Sonne genießen

7. September 2011

Dr. Claudia Brase Podiumsgast im Rahmen der Fachtagung der Sozialdienste in Universitätskliniken

21. September 2011

3. Treffen der Umweltexperten der Hamburger Krankenhäuser



Bei dem Treffen im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift wurden u. a. auch die Projekte der Umwelthauptstadt Europas 2011 – Hamburg – diskutiert

19. Oktober 2011

Tag der Beschwerdebeauftragten



Frederike Schulz, Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand, und Ulrike Fuchs, Albertinen-Krankenhaus, berichten über die Zertifizierung des Beschwerdemanagements in ihren Häusern

2. November 2011

Dr. Claudia Brase Podiumsgast bei der HAG-Veranstaltung „Ökonomisierung im Gesundheitswesen“

8. November 2011

Dr. Claudia Brase Podiumsgast beim „Gesundheitspolitischen Abend“ des vdek

14. November 2011

Informationsveranstaltung zur „Orientierungshilfe KIS“ der Datenschutzbeauftragten

23. November 2011

Informationsveranstaltung zur Dekubitusprophylaxe, gemeinsam mit der Ärztekammer, der EQS-Hamburg, der Hamburgischen Pflegegesellschaft, dem Hausärzterverband und dem UKE



Dr. Claudia Brase erläutert den Erfolg der Hamburger Krankenhäuser in der Dekubitusprophylaxe

24. November 2011

Seminar „Beschwerdemanagement 2.0: Herausforderungen des Social Webs im Dialog mit Patienten“

1. Dezember 2011

Seminar „DRG Update 2012“

2. Dezember 2011

Vortrag Dr. Claudia Brase zur Krankenhausfinanzierung 2012 während der Tagung des BVMed

6. Dezember 2011

Relaunch des Hamburger Krankenhausspiegels

15. Dezember 2011

Mitgliederversammlung: Neuwahl der Vorsitzenden



Die HKG vertritt uns in Fragen der Krankenhausplanung im Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung. Mit der HKG haben wir eine starke Interessenvertretung, die sich um eine konstruktive Lösung bemüht, aber im Konflikt auch ihre Position nachdrücklich vertritt.

Dr. Cornelia Lindner, Geschäftsführende Direktorin der Asklepios Klinik Harburg

Patientensicherheitskonzepte verstetigen

Rückblick Hamburger Krankenhaustag 2011

Um die Qualität der medizinischen Versorgung weiter zu verbessern und um unerwünschte Behandlungsergebnisse auch in Zukunft weitestgehend auszuschließen, setzen die Hamburger Krankenhäuser in ihren Organisationsabläufen eine Vielzahl unterschiedlicher Patientensicherheitskonzepte um. Beispielhaft genannt seien ein gutes Hygienemanagement, chirurgische Sicherheitskonzepte gegen Verwechselungen, Team Time Out, Sicherheitschecklisten, eine geringe Wartezeit in der Notaufnahme, eine gute Arzneimittelsicherheit, die Dekubitus- und Sturzprophylaxe u.v.m..

Die Agenda Patientensicherheit 2008 geht nach einer Metaanalyse von 241 Studien von einer Mortalität von 0,1 % der Krankenhausfälle aus, die auf unerwünschte Ereignisse, vermeidbare unerwünschte Ereignisse und Fehler zurückzuführen sind. Dies allein war Anlass für uns, mit dem Hamburger Krankenhaustag 2011 die Weiterentwicklungsmöglichkeiten im Bereich der Patientensicherheit zu diskutieren und einen Blick auch auf die Umsetzungsstrategien anderer Länder zu werfen.

Organisation muss sich patientensicher aufstellen

Das Schweizer-Käse-Modell nach J. Reason macht anschaulich, dass in einem so komplexem System wie dem Krankenhausbetrieb die Fehler, die passieren, überwiegend von der Organisation selber abgefangen und korrigiert werden können. Nur zu einem kleinen Teil werden diese Fehler jedoch wirksam und erreichen den Patienten, gefährden seine Sicherheit oder fügen ihm Schaden zu. Die Patientensicherheit im Krankenhaus kann am besten durch einen systemischen Ansatz verbessert werden, der die gesamte Organisation und ihre Funktionsweise in den Fokus nimmt. Fehler sind menschlich und passieren trotz aller individueller Bemühungen. Ein Patientensicherheitskonzept muss daher darauf ausgerichtet sein, dass ausreichende organisatorische Vorkehrungen eingerichtet werden, die individuelle Fehler bemerken und beheben. Erfolgsentscheidend ist nicht die Perfektion des einzelnen Mitarbeiters, sondern ein systemischer Ansatz, der ausreichend Kontroll- und Korrekturmöglichkeiten vorsieht sowie eine unternehmensweite Sicherheitskultur mit einem

entsprechenden Bewusstsein aller Beteiligten. Die Verzahnung der Patientensicherheitskonzepte mit dem klinischen Risikomanagement umfasst die Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten, welche die Krankenhausmitarbeiter unterstützen, die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu reduzieren und zu bewältigen.

Analyse vor dem Handeln

Um ein sicherheitsrelevantes Problem beheben zu können, ist dessen genaue Analyse notwendig. Ohne den Ablauf einer Fehlerquelle im Detail verstanden zu haben, kann keine wirksame Verbesserung eingeführt werden. Um eine Umstellung von Arbeitsabläufen akzeptabel zu machen, sollten bestehende Gewohnheiten in den Arbeitsroutinen genutzt werden, ein Vorteil muss für den Anwender zu erkennen sein. Es sind Vorkehrungen gegen alte Gewohnheiten und das Vergessen zu treffen: Anweisungen und Bezeichnungen (bspw. Checklisten) sind sicherer als die menschliche Erinnerung. Am erfolgreichsten sind Verbesserungen, wenn sie mit Vereinfachungen einhergehen.

Ungenutztes Potential: stärkere Einbindung der Patienten

Wie internationale Erfahrungen zeigen, ist es wirksam, die Patientinnen und Patienten in einem wesentlich stärkeren Maße als traditionell üblich in ein Sicherheitskonzept einzubeziehen. In Deutschland wird dies bislang noch nicht ausreichend umgesetzt. Patienten bemerken oftmals sicherheitsrelevante Tatbestände, zögern aber, das Personal im Krankenhaus darauf anzusprechen. Sie sollten unbedingt ermutigt werden, sich in die Gewährleistung ihrer Sicherheit aktiv einzubringen. Als aufmerksame Beobachter können Patienten wertvolle Hinweise geben, wenn sie drohende Fehler wahrnehmen, sofern sie sich trauen, sich Gehör zu verschaffen. Wertvolle Partner sind Patienten insbesondere bei der Durchführung von sicherheitsfördernden Maßnahmen (z.B. Identitätskontrollen) und als „aktive letzte Hürde“ zur Prävention von Fehlern. Ein gutes Beispiel für die Ermutigung von Patientinnen und Patienten, sich aktiv für ihre Sicherheit

einzusetzen, ist die Kampagne „Speak up – prevents errors in your care“ der Joint Commission (USA).

Arzneimittelsicherheitskonzepte

Eine kritische Fehlerquelle stellt die Arzneimitteltherapie dar. So kann es vorkommen, dass Medikamente falsch ausgeteilt, zu hoch oder zu niedrig dosiert, ganz vergessen, zu den falschen Zeiten eingenommen, mit unverträglichen Medikamenten kombiniert oder in der falschen Zubereitung eingenommen werden.

In Organisationen, wie einem Krankenhaus, kann hier ein Arbeitsprozess Abhilfe schaffen, der zahlreiche Fehlerquellen, wie Übermittlungs- und Übertragungsfehler, Unaufmerksamkeit und Unwissen, systematisch ausschaltet. Das Unit Dose-Konzept in Verbindung mit einer elektronischen Patientendatenverarbeitung und maschineller patientenbezogener Konfektionierung der Medikamentendosen bringt einen Quantensprung an Arzneimittelsicherheit mit sich und eliminiert die üblichen Fehlerquellen bei der Medikamentengabe. Die elektronische Verordnung ist leserlich, sie wird digital in die Apotheke übertragen, Medienbrüche und durch Unleserlichkeit bedingte Fehler entfallen. Vom verordnenden Arzt wird direkt in die medizinische Dokumentation verordnet und die Medikamentenanforderung in der Apotheke ausgelöst. Dort findet eine pharmakologische Supervision der Verordnungen mit bedarfsweise anschließender Rücksprache und Beratung hinsichtlich Indikationsstellung, Inkompatibilitäten und Wechselwirkungen statt – ein erheblicher Zusatznutzen, der im Krankenhausalltag noch nicht selbstverständlich ist. Die patientenbezogene Kommissionierung der Arzneimitteldosen (Unit Dose-System) über ein maschinell lesbares Verfahren (Barcode o.ä.) eliminiert menschliche Fehlerquellen bei der Arzneimittelabgabe. Ein besonderer Fokus sollte aufgrund der mit Fehlern in diesem Bereich verbundenen Risiken auf dem sicheren Umgang mit hochkonzentrierten injizierbaren Medikamenten liegen.

Weitere Aspekte für eine patientensichere Organisation

Für ein patientensicheres Krankenhaus ist die Kombination verschiedener Ansätze zielführend: Ein CIRS (Critical

Organisatorische Hinweise

Veranstaltungsort
Hotel Hafen Hamburg



Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.

12. Hamburger Krankenhausstag

Der Weg ist das Ziel - Patientensicherheit von morgen

Donnerstag
26. Mai 2011
Hotel Hafen Hamburg









Incident Reporting System) kann den Fokus auf bislang unerkannte Fehlerquellen und Beinahe-Fehler lenken und Abhilfe schaffen. Eine systematische Schadensanalyse sollte dazu führen, dass in der Organisation nach Schadensfällen entsprechende Konsequenzen gezogen werden, so dass Wiederholungen ausgeschlossen werden. Sicherheitsaudits können helfen, die Prozesse sicherer zu gestalten und das Bewusstsein der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu schärfen. Standard Operating Protocols (SOP) können helfen, Prozesse nach gleichen Standards ablaufen zu lassen. Entscheidend ist es, durch die Kombination mehrerer Ansätze zu einer umfassenden Sicherheitskultur auf hohem Niveau in einer Organisation zu gelangen.



Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.

12. Hamburger Krankenhausstag

Der Weg ist das Ziel - Patientensicherheit von morgen

Behandlungserfolg und die Vermeidung von Behandlungsfehlern sind oberste Ziele in Krankenhäusern. Ungewollte Behandlungsergebnisse gehören dennoch manchmal zur medizinischen Wirklichkeit. Denn das Zusammenarbeiten vieler Menschen in vielschichtigen Systemen bei einer hohen Arbeitsbelastung und manches Mal unter Entscheidungsdruck in Krisensituationen birgt Risiken.

Mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit und der Empfehlung des Europäischen Rates zur Sicherheit der Patienten sind eine Vielzahl von Strategien entwickelt worden, mit denen diese Risiken entdeckt und minimiert werden können. Wie aber ist es möglich, Patientensicherheit nachhaltig im Krankenhaus zu verankern? Wie sieht die Kosten-Nutzenanalyse einer nachhaltig strukturell verankerten Patientensicherheit aus? Welche Synergieeffekte für Patientensicherheit können durch Kooperationen zwischen Kliniken und Industrie geschaffen werden? Und was gibt es für Erfahrungen aus dem internationalen Umfeld?

Mit dem 12. Hamburger Krankenhausstag stellen wir uns diesen Fragen und begeben uns mitten in die Diskussion um die Risiken und um die nachhaltige Verankerung von Patientensicherheit, um Arzneimittelsicherheit und Mitarbeitersicherheit. Anhand von Praxisbeispielen zeigen wir auf, wie mit neuen Prozessabläufen mehr Patientensicherheit entwickelt werden kann.

Tagungsprogramm	
09.30 Uhr	Empfang mit Kaffee und Tee
09.45 Uhr	Begrüßung Peter Oberreuter, 1. Vorsitzender der HKG
10.15 Uhr	Aktionsbündnis Patientensicherheit: Standortbestimmung und Ausblick Prof. Dr. Matthias Schwapp, Direktor des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn
11.00 Uhr	Fördert klinisches Risikomanagement die Patientensicherheit? Dr. Peter Gauermann, Geschäftsführer der Gesellschaft für Risiko-Beratung
11.30 Uhr	Making Patients Safer in Canada Edward Etchells, Associate Director University of Toronto, Centre for Patient Safety Medical Director
12.15 Uhr	Mittagspause
13.15 Uhr	Nachhaltige Etablierung von Standards in der komplexen Infusionstherapie Eine erfolgreiche Kooperation von Klinik und Industrie für die Patientensicherheit Dr. Michael Sasse, Medizinische Hochschule Hannover Dr. Marc-Alexander Bummer, B. Braun Melsungen AG
14.00 Uhr	Kosten-Nutzenanalyse Patientensicherheit nach 10 Jahren Praxiserfahrung Dr. Norbert Rose, Leiter Qualitäts- und Risikomanagement Kantonsspital St.Gallen
14.45 Uhr	Umsetzung des holländischen „search and destroy“ Screenings unter deutschen Bedingungen Dr. Nils-Old Hübner, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Leiter des HIC@RE Aktionsbündnis gegen multiresistente Bakterien
15.15 Uhr	Kaffeepause
15.45 Uhr	Mitarbeitersicherheit in der Psychiatrie Prof. Dr. Claus Hinrich Lammerts, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie, Asklepios Klinik Nord
16.05 Uhr	Arzneimitteltherapiesicherheit - Entwicklung und Ausblick an Beispielen aus dem UKK und den Asklepios Kliniken Dr. Michael Baehr, Chefarztbelegklinik Asklepios Klinik Eppendorf Michael Paschke, Komm. Apothekenleiter Asklepios Kliniken Hamburg
16.30 Uhr	Abschluss Moderation: Dr. Claudia Bress, Geschäftsführerin der HKG Ulrike Jarecka, Pressesprecherin der HKG

Die Händehygiene ist eine Basismaßnahme zum Schutz der Patienten und zwingender Bestandteil umfassender Hygienemanagementkonzepte. Bspw. ist in Nordamerika die Transparenz der Krankenhausqualität auch bei Patientensicherheitsindikatoren weit fortgeschritten. Für die allgemeine Patienteninformation ist in Kanada die Qualität der Händehygiene in den Krankenhäusern für die Patienten im Internet in Form eines Krankenhausrankings einsehbar. Erste Initiativen in diese Richtung sind auch in Deutschland zu verzeichnen. Die traditionellen Hygieneaufgaben werden durch die zunehmende Problematik der multiresistenten Keime noch verschärft. 1 - 2 % der Patienten sind bereits bei der Aufnahme in ein Krankenhaus mit multiresistenten Keimen besiedelt. Daher müssen

hohere Sicherheitskonzepte erforderlich, die dem hohen Überwachungs- und Sicherungsbedarf dieser Patienten gegen Verlaufen, Weglaufen, selbstgefährdende Handlungen und mangelnde Selbstauskunftsfähigkeit Rechnung tragen.

Die weitere Verstärkung von Patientensicherheitskonzepten in der institutionellen und organisatorischen Umsetzung ist die Aufgabe der Krankenhäuser für die Zukunft. Eine Evaluation und Nutzenbewertung der Verfahren zur Patientensicherheit ist einer der nächsten Schritte, der dazu beitragen wird, dass das Thema Patientensicherheit auch bei anderen Institutionen eine immer größere Relevanz erhalten wird.

Patientensicherheitskonzepte sowohl die Einhaltung von Hygieneregeln zum Inhalt haben als auch ein Antibiotikamangement, um die weitere Entwicklung neuer resistenter Bakterienstämme einzudämmen.

Patientenidentifikation

Der Patientenidentifikation kommt unter Sicherheitsaspekten größte Bedeutung zu. Die Konzepte zur Patientenidentifikation müssen auch krankheitsbedingte Einschränkungen, persönliche und situative Desorientierung der Patienten, eingeschränkte Bewusstseinszustände und Bewusstlosigkeit berücksichtigen. Patientenarmbänder sind eine Möglichkeit, Verwechslungen zu minimieren. Die zunehmende Zahl von demenzbedingt oder auch nur krankheitsbedingt vorübergehend verwirrten und desorientierten Patientinnen und Patienten macht weiterge-

Gemeinsam gegen Dekubitus

Weitere Aktivitäten des Aktionsbündnisses gegen Dekubitus



Unser Krankenhaus versorgt weiter zunehmend Patienten der Hamburger Zivilbevölkerung. Daher schätzen wir den Informationsfluss sehr, mit dem uns die HKG versorgt und in die Regelversorgung einbindet.

Dr. Johannes Nakath, Oberarzt,
Chefarzt Bundeswehrkrankenhaus
Hamburg

Der Dekubitus, ein Durchliegegeschwür mit Verletzung der Haut oder sogar tieferen Gewebeschichten, ist eine in der Regel vermeidbare Komplikation, die bei längerer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit entstehen kann. Hervorgerufen wird ein Dekubitus bei Immobilität, Druck auf das Gewebe und einer Mangelsituation des Organismus. In seltenen Fällen, wenn Grunderkrankungen, bspw. mit schweren Einschränkungen der Herz- und Lungenfunktion, schwere Verletzungen oder großflächige Verbrennungen, eine wechselnde Lagerung nicht zulassen, sind Dekubiti nicht zu vermeiden. Ist es zu einem Dekubitus gekommen, ist eine zwischen Ärzten und Pflege abgestimmte und fachlich aktuelle Behandlung für eine Abheilung notwendig. Pflegerische Wundexperten, verordnende Hausärzte und die an der Behandlung beteiligten Fachärzte – Hautärzte, plastische Chirurgen – müssen hier an einem Strang ziehen. Ein sektorenübergreifender Ansatz und eine gute Zusammenarbeit sind entscheidend für den Erfolg.

Aktionsbündnis gegen Dekubitus

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft, die Hamburgische Pflegegesellschaft, die Ärztekammer Hamburg, der Hausärzterverband, das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und die Arbeitsgemeinschaft Externe Qualitätssicherung Hamburg haben sich 2009 zu einem Aktionsbündnis zusammengeschlossen, um die Entstehung von Dekubiti weiter zu verringern.

Die Hamburger Krankenhäuser haben eine langjährige Tradition, sich mit der Pflegequalität in der Dekubitusprophylaxe und -behandlung zu befassen. Bereits seit 2001 werden in den Hamburger Krankenhäusern flächendeckend Daten erhoben und Qualitätsindikatoren errechnet, die über das Auftreten von Dekubiti vor und während einer Krankenhausbehandlung Auskunft geben. 2008 wurde diese freiwillige Initiative für alle Krankenhäuser bundesweit verpflichtend eingeführt. Auch die Hamburger Pflegeeinrichtungen haben ein eigenes Projekt gestartet, um Daten über die Dekubitushäufigkeit in ihren Einrichtungen zu erheben. Die Datenerhebung des

Dekubitus-Klassifikation nach NPUAP 1989*

Grad 1:

Persistierende (= nicht wegdrückbare), umschriebene Hautrötung bei intakter Haut. Weitere klinische Zeichen können Ödembildung, Verhärtung und lokale Überwärmung sein.

Grad 2:

Teilverlust der Haut, Epidermis bis hin zu Anteilen der Dermis sind geschädigt. Die Haut ist oberflächlich geschädigt: Blase, Hautabschürfung oder flaches Geschwür.

Grad 3:

Tiefenschädigung von Haut und Gewebe. Verlust aller Hautschichten und Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Fascie reichen kann. Der Dekubitus zeigt sich klinisch als tiefes, offenes Geschwür.

Grad 4:

Verlust aller Hautschichten mit ausgedehnter Zerstörung, Gewebnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder unterstützenden Strukturen (Sehnen, Gelenkkapsel)

* NPUAP = National Pressure Ulcer Advisory Panel

Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf gibt darüber hinaus regelhaft Auskunft über die Dekubitushäufigkeit und -schwere bei Verstorbenen. Ehrgeiziges Ziel der Hamburger Akteure ist es, die Daten der verschiedenen Einrichtungen einmal sektorenübergreifend zusammenzuführen.

Aktuelle Entwicklung in Hamburger Krankenhäusern

Die Hamburger Krankenhäuser haben als Beitrag zu den Maßnahmen des Aktionsbündnisses 2011 erstmals im Hamburger Krankenhausspiegel die Daten ihrer Qualitätsmessung des Jahres 2010 bei der Vermeidung und

Behandlung von Dekubiti veröffentlicht. Die inzwischen veröffentlichten Zahlen des Jahres 2011 lassen einen leichten Rückgang erkennen, ein Trend, der sich über die letzten Jahre fortsetzt. In die Datenerhebung werden Patienten eingeschlossen, die 75 Jahre alt oder älter sind, da diese als Risikogruppe für die Entwicklung von Dekubiti betrachtet werden.

Dekubitus bei Krankenhausaufnahme

Mit bestehenden Dekubiti (Grad 1 – 4) kamen 2011 zur Krankenhausaufnahme 4.704 (4,4 %) der 75 Jahre oder älteren Patienten. Die Quote ist gegenüber 2010 um 0,3 % gesunken. Interessant ist die Herkunft der Patienten: Von zu Hause ohne fachpflegerische Versorgung kamen 18,4 % der Patienten mit einem Dekubitus bei Krankenhausaufnahme, 18,5 % wurden bereits in der Häuslichkeit von einem ambulanten Pflegedienst versorgt, aus stationären Pflegeeinrichtungen kamen 38,1 %, aus Rehabilitationskliniken 0,5 % und aus anderen Krankenhäusern wurden 20,1 % verlegt. 4,4 % der Patienten konnten bezüglich ihrer Herkunft nicht zugeordnet werden.

Entwicklung eines Dekubitus während einer Krankenhausbehandlung

In 2011 entstand bei 919 (0,9 %) der 75 Jahre oder älteren Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen worden waren, ein Dekubitus Grad 1 – 4 im Krankenhaus. 2010 lag die Rate dieser Patienten, die im Krankenhaus einen Dekubitus erworben hatten, bei 1,1 % – auch hier eine positive Entwicklung.

Dekubitus bei Entlassung

Insgesamt wurden 3,9 % der 75 Jahre oder älteren Patienten mit einem Dekubitus entlassen. Diese Gruppe setzt sich sowohl aus Patienten zusammen, die schon zur Aufnahme einen Dekubitus aufwiesen, als auch zu einem kleinen Teil aus Patienten, die den Dekubitus während des Krankenhausaufenthalts erworben hatten. Von diesen Patienten mit Dekubitus bei Entlassung waren 20,8 % im Krankenhaus verstorben; es handelte sich demnach um schwerstkranken Patientinnen und Patienten. 16 %

wurden in eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen, 50,3 % in die häusliche Umgebung. Die restlichen Patienten wurden in Rehabilitationskliniken, Hospize oder nachstationäre Behandlung entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt.

Gemeinsame Fachveranstaltung

Zusätzlich zu den Datenprojekten haben die Akteure des Aktionsbündnisses am 23. November 2011 eine gut besuchte gemeinsame Fachveranstaltung durchgeführt.

Ziel war es, sowohl Pflegekräfte und Ärzte über die fachlich aktuellen Pflege- und Therapiestandards zu informieren und weiterzubilden als auch das Problembewusstsein für die Dekubitusvermeidung und eine zeitgemäße Behandlung zu schärfen. Die wichtigsten Inhalte der Fachveranstaltung, deren Referenten Sie nebenstehendem Programm entnehmen können, werden im folgenden Abschnitt kurz zusammen gefasst:

Aktuelle Empfehlungen zur Dekubitusprophylaxe und -behandlung

Die Dekubitusprophylaxe mit häufigem Lagern der Patienten, der Druckentlastung gefährdeter Stellen und dem Beheben von Mangelzuständen, bspw. eines Proteinmangels, sollte stets Vorrang haben.

Bei der Lokaltherapie eines Dekubitus sollten alle Disziplinen abgestimmt zusammenarbeiten. Wundreinigung und Debridement müssen vor weiteren Maßnahmen zwingend erfolgen. Selbstverständlich sollte der Verzicht auf überholte Lokaltherapeutika sein: So entsprechen Lokalantibiotika, Farbstoffe, Lebensmittel (Honig) und Kontakt der Wunde mit Leitungswasser nicht mehr dem State of the Art. Weitere obsoleete Substanzgruppen in der Lokaltherapie sind Pflanzenprodukte, z.B. Echinacin- oder Kamillesalben, Homöopathika, Zink- und Panthenolpasten, Enzymreiniger sowie Wundbäder. Empfohlen werden können Wundantiseptika wie Polyhexanid oder Octenidin-/Phenoxyethanolpräparate. Silber und moderne Wundaufgaben, bspw. Polyhexanidaufgaben, fördern die Abheilung. Auch der Einsatz von Maden wird positiv be-



Aktuelles zur Dekubitusprophylaxe und -behandlung
Sektorübergreifende Qualitätssicherung Dekubitus
 23. November 2011, 13.00 bis 17.00 Uhr, Ärztekammer Hamburg, Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg

Hamburger Projekte zur Vermeidung von Dekubitalgeschwüren

Ergebnisse aus der rechtsmedizinischen Untersuchung
 Prof. Dr. Klaus Püschel, Institut für Rechtsmedizin, UKE
 Frieda Schmunkamp, Institut für Rechtsmedizin, UKE

Externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser zum Thema Dekubitus
 Ralf Hohnhold, Landesgeschäftsstelle EQS

Qualitätssicherung in der Pflege – der Ansatz der Hamburgische Pflegegesellschaft zur Verringerung von Dekubitalgeschwüren
 Karin Kaiser, Vorsitzende der Landesgruppe Hamburg des bpa

Neue Ansätze in der Prophylaxe sowie der Behandlung von Dekubitalgeschwüren

Neue Ansätze in der Dekubitusprävention und -prophylaxe
 Prof. Petra Weber, HAW Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales

Aktuelles zur Lokaltherapie des Dekubitus
 Werner Sellmer, Fachapotheker für klinische Pharmazie, Vorstand Wundzentrum Hamburg

Neue invasive Ansätze zur Behandlung von Dekubitalgeschwüren
 Dr. Klaus Wittig, Chefarzt Plastische Chirurgie, AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM Hamburg

Diskussion: Sektorübergreifende Qualitätssicherung - Ergebnisse und Perspektiven
 Dr. Claudia Brase, Geschäftsführerin Hamburgischen Krankenhausgesellschaft
 Kathrin Herbst, vdek, Leiterin der Landesvertretung Hamburg
 Klaus Schäfer, Vizepräsident Ärztekammer Hamburg, Vorsitzender Hausärzteverband
 Prof. Dr. Klaus Püschel, Institut für Rechtsmedizin, UKE
 Jens Stappenbeck, Geschäftsführer Hamburgischen Pflegegesellschaft

ben bei stark sezernierenden oder riechenden Wunden Aktivkohle- oder Superabsorbentverbände. Als zeitgemäße Adjuvantien können die Unterdrucktherapie, das Ultraschalldebridement und die Elektrotherapie erwogen werden. Leider sind viele der modernen Techniken in der regulären Vergütung der gesetzlichen Krankenkassen nicht ausreichend abgebildet.

In der Therapieplanung des Dekubitus sollte rechtzeitig die Möglichkeit einer plastisch chirurgischen Versorgung abgeklärt werden, die je nach Lokalisation und Tiefe des Dekubitus mit einem oberflächlichen Wundverschluss beginnen, über Spalthauttransplantate und verschiedene Schwenklappenplastiken zu einer schnelleren und schmerzärmeren Heilung als die konservative Behandlung führen kann.

Hat eine gute Dekubitusprophylaxe im Einzelfall doch nicht ausgereicht, ist eine vernetzte Therapie mit inhaltlicher Abstimmung aller an der Therapie Beteiligten die Voraussetzung für eine sach-

gerechte und erfolgreiche Dekubitusbehandlung. Die Krankenhäuser stehen hier mit ihren Wundexperten und breit gefächerten Angeboten ihrer Fachabteilungen für Dermatologie, septische und plastische Chirurgie als Ansprechpartner zur Verfügung.

Die Wundverbände haben sich weiterentwickelt, Hydrokolloidverbände, Gel- und Alginatverbände können der lokalen Wundsituation entsprechend eingesetzt werden, desgleichen Schaum-, Distanzgitter- oder Hohlraumverbände. Großen Nutzen für den Patienten ha-



Hamburger Krankenhäuser bieten attraktive Arbeitsplätze. Mit ihrem Engagement für neue Berufsbilder im Krankenhaus und für eine generalisierte Pflegeausbildung setzt sich die HKG für eine Spitzenposition Hamburger Krankenhäuser auf dem Arbeitsmarkt ein, so dass Fachkräfte auch zukünftig gerne zum Leben und Arbeiten nach Hamburg kommen.

Joachim Pröbß, Direktor für Patienten- und Pflegemanagement und Mitglied des Vorstandes des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Mehr Fachexperten für das Hygienemanagement Strategien gegen resistente Keime

Die Hygiene im Krankenhaus war im vergangenen Jahr mehrfach bundesweit Thema. Deutlich wurde, dass über die Einhaltung allgemeiner Hygieneregeln hinaus, besonders die Problematik multiresistenter Keime zunehmend schwieriger zu beherrschen ist. Obwohl die Krankenhäuser bereits die aktuellen Richtlinien zum Hygienemanagement und zur Prävention nosokomialer Infektionen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert Koch-Instituts umsetzen, sah sich der Gesetzgeber aufgerufen, die Gesetze zum Infektionsschutz kurzfristig zu erneuern. Dadurch wurden die Bundesländer aufgefordert, Hygieneverordnungen zu erlassen. Sowohl in der Umsetzung der Richtlinien zum Hygienemanagement und zur Prävention nosokomialer Infektionen der KRINKO, als auch bei der Ausgestaltung des Infektionsschutzänderungsgesetzes und den Vorbereitungen des Landes Hamburg für eine Hygieneverordnung waren wir als Gesprächspartner und Informationsvermittler für unsere Krankenhäuser beteiligt und konnten unsere Positionen und die für die Umsetzung durch unsere Krankenhäuser wesentlichen Inhalte mit ausgestalten.

Multiresistente Erreger – schwierig zu beherrschen

Zunehmend stellen multiresistente Erreger (MRE) in Krankenhäusern, in Pflegeheimen und Rehabilitationskliniken aber auch im ambulanten Bereich die Fachleute vor neue Herausforderungen. Eine zunehmende Zahl von Keimen ist gegen fast alle Antibiotika resistent geworden. Sie machen die zielgerichtete Therapie besiedelter und erkrankter Menschen extrem schwierig bis unmöglich. Die Hauptursachen für die Zunahme von Antibiotikaresistenzen ist die langjährige unsachgemäße Verordnung von Antibiotika, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. 80 % der Antibiotika werden im ambulanten Bereich verordnet. In anderen europäischen Ländern sind Antibiotika sogar teilweise frei verkäuflich.

Aber auch nicht medizinische Bereiche, wie die industrielle Tiermast, tragen dazu bei, multiresistente Keime zu erzeugen und weiter zu verbreiten. Besonders gefährdet, eine Infektion mit multiresistenten Keimen zu erleiden,

sind multimorbide und schwerkranke Patienten mit langen Beatmungszeiten und Intensivaufenthalten. Aber auch symptomfrei kolonisierte Menschen haben ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko und können die multiresistenten Keime an Dritte weiter übertragen.

Epidemiologie

Die Häufigkeit Methicillin-resistenter Staphylokokken (MRSA), die am besten untersuchte resistente Keimgruppe, ist in den Ländern der Europäischen Union unterschiedlich. Deutschland liegt hier im europäischen Vergleich im Mittelfeld, während die skandinavischen Länder, Dänemark und die Niederlande nach wie vor eine sehr geringe Anzahl von MRSA-Infektionen und -Kolonisationen verzeichnen. Diese Länder werden daher als Vorbilder für geeignete Maßnahmen gegen die Ausbreitung von multiresistenten Keimen betrachtet. Das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) lässt auf eine Zahl von durchschnittlich 96 Clostridium difficile assoziierten Diarrhoe-Fällen und 134 MRSA-Fällen pro Jahr und pro Krankenhaus schließen. Dies entspricht einer Krankenhausprävalenz von 0,35 für Clostridium difficile Infektion und 0,75 für MRSA. Dabei ist interessant, dass es sich bei den in Krankenhäusern behandelten Fällen von Patienten mit MRSA zu 75 % um mitgebrachte MRSA-Besiedlungen/Infektionen handelt, bei denen der MRSA-Keim bereits bei der Krankenhausaufnahme nachweisbar war.

Multiresistente Keime: viele verschiedene Bakterien betroffen

Längst sind es nicht mehr nur die MRSA, die die Medizin vor Probleme stellen; inzwischen sind verschiedenste bakterielle Erreger betroffen: Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) führen zu praktisch unbehandelbarer Sepsis bei schwerkranken Patienten, ESBL-Keime (extended spectrum beta lactamase Klebsiellen oder Enterokokken) beherrschen die Harn- oder Atemwege. Carbapenemresistenzen bei bereits mehrfach resistenten Enterobacteriaceae sowie bei multiresistenten Stämmen von Pseudomonas spp. und Acinetobacter spp. erschweren die ohnehin schon stark eingeschränkten Therapiemöglichkeiten. Toxinbildende Clostridium difficile kommen als weiteres Problem und oft

mals als Komplikation hinzu. Daten des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) zeigen, dass unter 751 Intensivpatienten durchschnittlich ein Patient mit VRE besiedelt oder infiziert ist. Ein ESBL-Keim findet sich bereits bei jedem 273. Intensivpatienten und jeder 70. Intensivpatient ist in Deutschland mit MRSA kolonisiert oder infiziert.

Maßnahmen

Neben einem modernen Hygienemanagement im Krankenhaus und in den anderen medizinischen Einrichtungen sind vorrangig regionale Strategien zum rationalen Einsatz von Antibiotika einzuführen und zu beachten.

Die Problematik der Resistenzentwicklung kann nicht einrichtungsbezogen erfolgreich bekämpft werden, sondern nur populationsbezogen. Daher sind sektorenübergreifende regionale Netzwerke notwendig, um die mikrobielle Entwicklung zu beeinflussen. Auch in Hamburg hat 2011 ein MRE-Netzwerk seine Arbeit aufgenommen.

Ziel muss es sein, in einer Region ein antibiotic stewardship zu implementieren, d.h. es sind Strategien für einen rationalen Antibiotikaeinsatz zu implementieren, die mit einer stärkeren Standardisierung, Leitlinienbindung und einem gezielten Antibiotikaeinsatz (nach Resistenztestung) erfolgen. Eine gute Datenbasis ist die Grundlage solcher Aktivitäten. Sie ermöglicht eine zielgerichtete Maßnahmenplanung, um die Wirkung von Maßnahmen beurteilen zu können und nachzusteuern. Schon eine flächendeckende standardisierte Datenerhebung und -analyse aus Einrichtungen verschiedener Sektoren stellt methodisch eine große Herausforderung dar.

Auch dem Screening auf multiresistente Keime kommt ein hoher Stellenwert bei. Es sollte nach einheitlichen Kriterien durchgeführt und ausgewertet werden, um zu belastbaren Aussagen sowohl im Vergleich von Regionen als auch im Zeitverlauf kommen zu können. Hier ist noch einige methodisch anspruchsvolle Grundlagenarbeit zu leisten, bevor valide Kennziffern zur sektorenübergreifenden Multiresistenzproblematik vorliegen.

Engpass Fachpersonal

Sowohl das allgemeine Hygienemanagement als auch das Antibiotikamanagement benötigen Fachexperten in den Einrichtungen. Weder das ärztliche Fachgebiet Hygiene und Umwelt noch das Fachgebiet Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie decken alle speziellen Anforderungen ab, die heute in den Krankenhäusern benötigt werden. Die Krankenhaushygiene kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Fachexperten detaillierte Kenntnisse organisatorischer Anforderungen und krankenhauserinnerter Prozessabläufe haben. Eine ärztliche Gebietsweiterbildung Krankenhaushygiene mit krankenhausspezifischem Fokus und Weiterbildungsinhalten sowohl aus dem Fachgebiet Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie als auch aus dem Fachgebiet Hygiene und Umwelt wären sinnvoll. Auch eine zweijährige Weiterbildung mit Erwerb einer Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene für fachärztliche Kliniker wäre ein praktikabler Weg, Experten für die benötigten Aufgaben auszubilden. Die pflegerisch weitergebildete Hygienefachkraft hat hohe Bedeutung für die Kommunikation, Multiplikation, Beratung und Umsetzung des Hygienemanagements in den Einrichtungen. Für die Bedeutung dieser Weiterbildung und die Attraktivität des Arbeitsfeldes muss noch intensiv geworben werden, damit sich ausreichend Pflegekräfte in diese Richtung spezialisieren und der Bedarf in den Krankenhäusern gedeckt werden kann.

Wir haben uns sowohl bei der Entstehung des Infektionsschutzänderungsgesetzes als auch im Dialog mit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz für eine angemessene Übergangszeit von fünf Jahren eingesetzt, so dass die Krankenhäuser die Gelegenheit haben, ihr Personal zu qualifizieren und, sofern nötig, aufzustocken. Bei der konkreten Umsetzung der Richtlinie zum Hygienemanagement und zur Prävention nosokomialer Infektionen der KRINKO hatten wir unsere Mitgliedskrankenhäuser engmaschig informiert und unterstützt. Nun kam in Vorbereitung einer Landesverordnung zur Hygiene der inhaltliche Dialog mit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz hinzu. Für eine Anpassung der ärztlichen Weiterbildungsinhalte setzen wir uns weiterhin ein.

Infektionsschutzänderungsgesetz

Das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (Infektionsschutzänderungsgesetz – IfSG) soll eine Vereinheitlichung der in Deutschland geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Hygiene bewirken. Die Bundesländer werden zum Handeln aufgefordert. Die bestehenden Hygieneempfehlungen, hier insbesondere die Richtlinie zum Hygienemanagement und zur Prävention nosokomialer Infektionen der KRINKO, sollen in ihrer Rechtsverbindlichkeit noch gestärkt werden. Der Qualifikation des Personals kommt ein hoher Stellenwert bei. Die gesetzliche Qualitätssicherung im Krankenhaus wird um hygienologische Indikatoren erweitert, um Transparenz im Bereich der Hygienequalität der Krankenhäuser herzustellen.

Die Behandlung infizierter Patientinnen und Patienten im ambulanten Bereich wird besser finanziert. Für den Krankenhausbereich sind leider keine finanziellen Kompensationen, weder für das zusätzlich notwendige Personal noch für mikrobiologisches Screening oder die Sanierung von Patientinnen und Patienten mit multiresistenter Keimbeseidung, vorgesehen. Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs müssen zukünftig fortlaufend aufgezeichnet werden. Zusätzlich wird nun beim Robert Koch-Institut eine Kommission für Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) eingerichtet werden. Sie soll Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern, erstellen. Außerdem soll die Kommission auf Handlungsbedarf, wie bspw. fehlende oder nicht mehr dem aktuellen Stand entsprechende Leitlinien, hinweisen. Adressaten sind die Fachgesellschaften, wissenschaftliche Institutionen und die Selbstverwaltung.

Über unseren Dachverband konnten wir unsere Forderungen, insbesondere zur Übergangsregelung, an eine Ausgestaltung des IfSG einbringen. Eine Informationsveranstaltung für unsere Krankenhäuser am 22. Juni 2011 zu den gesetzlichen Neuerungen war gut besucht. Der von uns geforderte sektorenübergreifende Ansatz bei der Bekämpfung von multiresistenten Keimen muss nun noch mit Leben erfüllt werden.

Nosokomiale Infektionen

Neben der Problematik multiresistenter Keime ist weiterhin die Vermeidung von nosokomialen Infektionen ein vorrangiges Ziel hygienologischer Bemühungen in Krankenhäusern. Etwa 400.000 bis 600.000 Patientinnen und Patienten pro Jahr erleiden nach Schätzungen von Experten Infektionen, die im Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme auftreten. Zwischen 7.500 und 15.000 Patientinnen und Patienten sterben jährlich daran. Hochrechnungen des Nationalen Referenzzentrums (NRZ) für die Surveillance nosokomialer Infektionen ergeben (bezogen auf das Jahr 2008) für krankenhausbegleitende nosokomiale Infektionen in Deutschland folgende Schätzung:

- ca. 28.000 primäre (nosokomiale) Septikämien
- ca. 126.000 katheterassoziierte Harnwegsinfektionen
- ca. 225.000 postoperative Wundinfektionen
- ca. 80.000 Infektionen der unteren Atemwege

Das KISS errechnet 57.900 nosokomiale Infektionen pro Jahr allein auf Intensivstationen deutscher Krankenhäuser. Damit liegt die Rate nosokomialer Infektionen in Deutschland in einem Bereich, wie er auch in anderen Industrienationen beobachtet wird. Grundsätzlich ist nicht vermeidbar, dass während der Behandlung in Krankenhäusern oder auch Arztpraxen Infektionen auftreten.

Die Infektionsgefahr kann gesenkt werden, wenn in Krankenhaus oder Arztpraxis geeignete Hygienemaßnahmen getroffen werden und das Personal sich regelmäßig an die Vorgaben hält. Die Kampagne „Aktion saubere Hände“ ist ein Beispiel, um die Aufmerksamkeit im klinischen Alltag immer wieder auf die Händedesinfektion zu lenken.

Das Hygienemanagement der Krankenhäuser muss daher immer wieder auf den Prüfstand gestellt und weiter verbessert werden, denn die Vermeidung von nosokomialen Infektionen und die Bekämpfung von multiresistenten Keimen ist ein wichtiges Ziel – auch und gerade unter dem Fokus der Patientensicherheit.



Hamburg bietet eine hochspezialisierte Kindermedizin, die durch Patientinnen und Patienten aus dem ganzen Bundesgebiet in Anspruch genommen wird. Die HKG ist ein wichtiger Partner bei der Förderung von Rahmenbedingungen für Spezialisierungen, Überwindung der Sektorgrenzen und den überregionalen Zustrom von Patienten nach Hamburg.

Ingo W. Röhrs, Verwaltungleiter Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Engpässe in der Versorgung beseitigen Prüfauftrag Psychiatrie des Krankenhausplans 2015

Im Jahr 2011 war der Prüfauftrag Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie des Krankenhausplans 2015 ein Schwerpunkt unserer Arbeit. Im Rahmen des Prüfauftrags sollten auch die zahlreichen Anträge auf Kapazitätserweiterungen der Hamburger Krankenhäuser bearbeitet werden. Insgesamt wurden (Stand Mai 2011) 279 stationäre Betten (+16,9 %) und 202 teilstationäre Plätze (+36,3 %) beantragt.

Für die HKG bedeutete dies intensive Arbeit im Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung und zahlreichen Arbeitsgruppen zu diesem Thema sowie die interne Abstimmung mit den betroffenen Mitgliedskrankenhäusern, Gremien und Fachexperten. Da der Prüfauftrag zwischen den Beteiligten der Krankenhausplanung nicht einvernehmlich zu lösen war, stimmten wir übergangsweise bilateralen Verhandlungen mit den Krankenkassen über mögliche innovative Versorgungsmodelle zu. Wir schlugen krankenseitig Versorgungsangebote vor, die die Lücke zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung schließen sollten. Mit diesem Ziel konzipierten wir die Brückenversorgung zwischen teilstationär und ambulant, die Wochenend- und Nachtambulanz und die flexibilisierte teilstationäre Versorgung. Die Krankenkassen favorisierten einen ökonomischen populationsbezogenen Ansatz in Form von Patientenbudgets, die in ländlichen Regionen bereits erprobt werden, für Metropolen jedoch aus unserer Sicht kaum praktikabel sind. Daher führten weder die bilateralen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und HKG noch die Letztentscheidung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz zum Prüfauftrag Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einer nachhaltigen Problemlösung.

Das Ergebnis der Letztentscheidung vollzog noch nicht einmal die tatsächliche Belegung des Jahres 2010 in Bettenkapazitäten nach, so dass die Krankenhäuser in der Folge weiterhin budgettechnisch durch an die Krankenkassen zu zahlende Mehrerlösausgleiche in einen erheblichen wirtschaftlichen Nachteil geraten. Die Entscheidung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz trug der Leistungsentwicklung nur teilweise Rech-

nung. Schließlich stellen die Krankenhäuser 365 Tage im Jahr rund um die Uhr die Akutbehandlung von Krisen und akuten seelischen Krankheitszuständen sicher, auch bei Überbelegung. Insgesamt wurden 36 Betten und 10 teilstationäre Plätze in der Psychiatrie, 10 Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 31 Betten und 20 teilstationäre Plätze in der Psychosomatik aufgestockt, diese jedoch fast vollständig kompensatorisch in anderen Fachgebieten abgebaut. Aus der Sicht der Krankenhäuser sind daher zum Nachteil der Patientinnen und Patienten Hamburgs drängende Kapazitätsfragen sowie die Folgen fortgesetzter Nachfragerhöhung, aber auch die Berechtigung von Spezialangeboten für definierte Patientengruppen, weiterhin ungeklärt.

Vielschichtige Versorgungsprobleme

Hauptprobleme in der Versorgung seelischer Erkrankungen sind die insgesamt steigenden Erkrankungszahlen sowie lange Wartezeiten. Kritisch sind die Wartezeiten bei Ersterkrankungen zur diagnostischen Abklärung. Der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt, Heft 41: Psychotherapeutische Versorgung) zufolge beträgt die durchschnittliche Wartezeit in Deutschland für ein Erstgespräch vor einer Psychotherapie 1,9 Monate und 4,6 Monate bis zu einer Psychotherapie. Krankheiten drohen in diesem Zeitraum zu chronifizieren oder sich zu verschlechtern.

Beim Übergang aus der stationären oder teilstationären Therapie in den ambulanten Bereich sind längere Wartezeiten ebenfalls an der Tagesordnung, sofern die Patienten nicht die Psychiatrischen Institutsambulanz aufsuchen können. Erschwerend kommen bei dem Übergang in den ambulanten Bereich noch Therapeutenwechsel hinzu, die ebenfalls destabilisierend wirken können. Da die Behandlung psychischer Erkrankungen überwiegend auf der zwischenmenschlichen Beziehungsebene stattfindet, ist ein Therapeutenwechsel besonders kritisch. Wenn dann noch längere Wartezeiten und Unsicherheit über das weitere Vorgehen hinzukommen, sind Verschlechterungen, Rückfälle und Krisen vorprogrammiert.

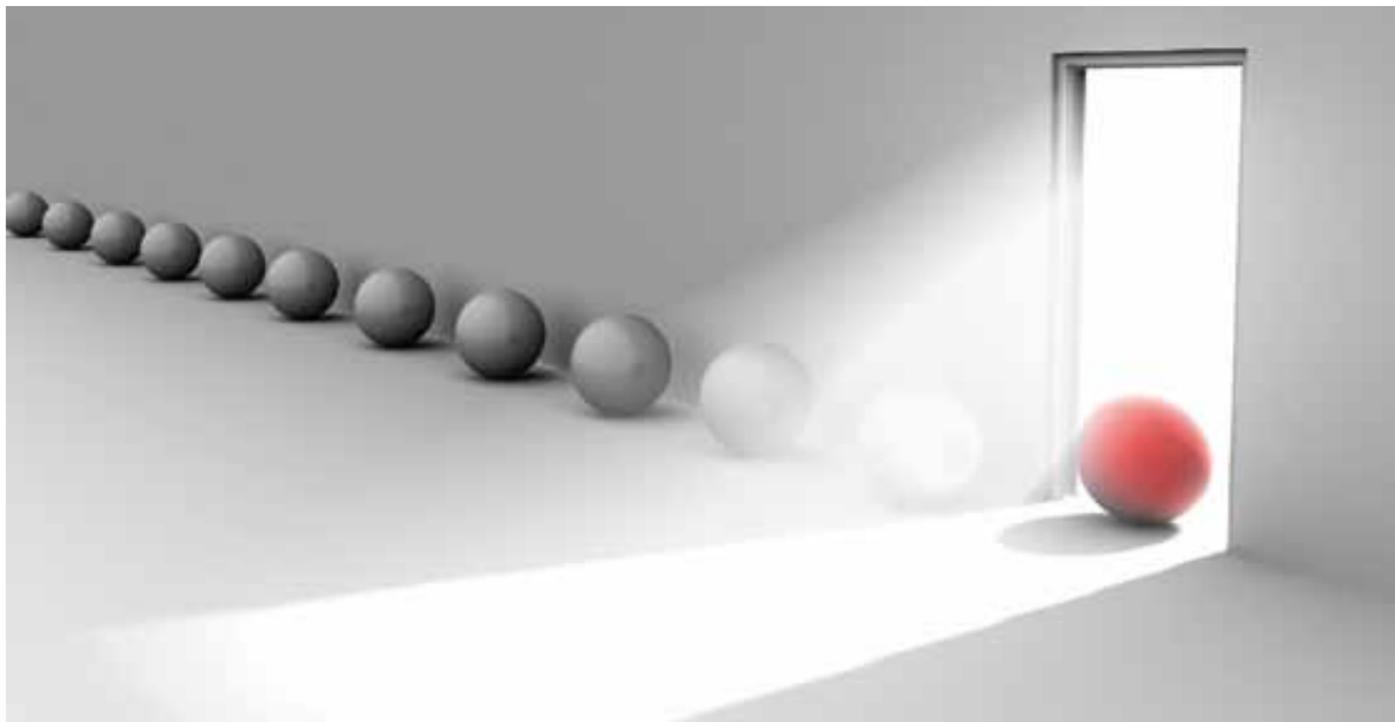
Psychische Erkrankungen häufiger als gedacht

Seelische Erkrankungen nehmen seit Jahren stetig zu. Dies zeigen die jährlichen Arbeitsunfähigkeitsstatistiken und Veröffentlichungen der gesetzlichen Krankenkassen, aber auch die zunehmenden Fallzahlen in psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen. Der Bundes-Gesundheitssurvey berichtet nach einer repräsentativen Stichprobenanalyse, dass durchschnittlich jeder dritte Erwachsene einmal im Jahr unter einer psychischen Störung leidet. Am häufigsten sind Angststörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen – insbesondere Alkohol – Depressionen und somatoforme Störungen.

Depressionen weisen eine hohe Dunkelziffer auf und werden nur zu einem kleinen Teil erkannt. Jede vierte Frau und jeder achte Mann erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Depression. Die Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigen, dass die Krankenhausbehandlungen bei Depressionen in den vergangenen zehn Jahren um 61 % (leichte depressive Episode) und 157 % (rezidivierende depressive Störung) zugenommen haben. In Hamburg ist die Zunahme etwas geringer mit 41 % (leichte depressive Episode) und 124 % (rezidivierende depressive Störung). In Hamburg werden depressive Patientinnen und Patienten etwas kürzer (27,8 Tage) als im Bundesdurchschnitt (30,6 Tage) im Krankenhaus behandelt. Die WHO berichtet, dass es weltweit, aber auch in Westeuropa, eine erhebliche Unterversorgung bei seelischen Erkrankungen gibt: Fast jeder zweite depressiv Erkrankte (45 %) bleibt danach in Westeuropa unbehandelt. Neben den Depressionen führen aber auch andere seelische Erkrankungen zu Krankenhausbehandlungen: Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen, Angststörungen und die demographisch bedingt stark zunehmenden psychischen Erkrankungen älterer Menschen: Demenz, Depressionen und somatoforme Störungen.

Spezifische Behandlungsangebote im Krankenhaus

Die Angebote von Krankenhäusern im Bereich psychischer und psychosomatischer Erkrankungen haben sich



in den letzten Jahren stark differenziert und auf bestimmte Zielgruppen fokussiert. Neue Therapieverfahren haben in die Konzepte Eingang gefunden. Die therapeutischen Methoden sind im Fluss und werden weiterentwickelt und evaluiert.

Beispielhaft für neue und sehr spezifische Angebote in Krankenhäusern sind spezielle Therapiekonzepte für die Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen. Diese Patienten werden traditionell als sehr schwierig zu behandeln angesehen, stellen jedoch die Hälfte der psychiatrischen Krankenhauspatienten.

In den letzten Jahren sind neue Therapieverfahren entwickelt worden, die empirisch ihre Wirksamkeit bewiesen haben: die dialektisch behaviorale Verhaltenstherapie, die transferenced focused psychotherapy (TFP) und achtsamkeitsgestützte Therapieverfahren (MBT – mindfulness-based therapy), die neben etablierten Therapieverfahren, wie bspw. kognitiver Verhaltenstherapie, zur Anwendung kommen. Diese Therapiemethoden werden angesichts der hohen psychiatrischen Komorbidität der Betroffenen

und der Suizidalität regelhaft im stationären Setting begonnen und dann im ambulanten Setting fortgesetzt.

Neue Herausforderungen für die teilstationäre und stationäre Versorgung stellen die gerontopsychosomatischen Erkrankungen dar. Diese Patientengruppe hat bereits schwere körperliche Erkrankungen erlitten, lebensbedrohliche Operationen oder sogar Reanimationen überstanden, diese Erlebnisse und die Auswirkungen auf das eigene Leben jedoch seelisch nicht verarbeiten können. Die Vergesellschaftung ernster somatischer Leiden mit psychosomatischer Komorbidität erfordert ein zielgruppenspezifisches Behandlungssetting sowie die Multidisziplinarität und den Hintergrund eines Krankenhauses. Wie man heute weiß, hängt die Ergebnisqualität der Behandlung schwerer körperlicher Eingriffe und Krankheiten signifikant davon ab, dass die Auswirkungen auf das seelische Befinden mit berücksichtigt und mit behandelt werden. Für Myokardinfarkte, Schlaganfälle, Hirnverletzungen und andere schwere körperliche Erkrankungen wird in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben, dass die Überlebens- und Komplikationsraten stark davon ab-

hängig sind, dass begleitende psychische Störungen, häufig Depressionen, erkannt und fachgerecht behandelt werden. Daher stellt die Gerontopsychosomatik ein wachsendes und sinnvolles neues Therapieangebot an Krankenhäusern dar.

Ausblick

Die aus der systemischen Perspektive äußerst sinnvolle Diskussion über die psychiatrische und psychosomatische Versorgung der Bevölkerung Hamburgs konnte durch den Prüfauftrag der Krankenhausplanung, der sich naturgemäß auf den teilstationären und stationären Bereich beschränken musste, nicht umfassend zu einem Ergebnis geführt werden. Diese Diskussion sollte an anderer Stelle unter Beteiligung aller Akteure fortgesetzt werden, um für Hamburg und das Umland zu einer strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft für psychische und psychosomatische Erkrankungen zu kommen und die Angebote besser miteinander zu verzahnen. Ungeachtet dessen ist der gesetzliche Auftrag an die Krankenhausplanung zu erfüllen, ein bedarfsgerechtes Angebot für die Versor-



gung der Bevölkerung zu gewährleisten. Der Bedarf nach stationären und teilstationären Leistungen ist gegeben und wächst weiter. An den psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen der Hamburger Krankenhäuser geht daher in der Versorgung kein Weg vorbei. Dies gilt ebenso für die kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote der Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen der Krankenhäuser. Diesem Bedarf muss die Krankenhausplanung Rechnung tragen.



Die Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten wird in Zukunft immer wichtiger. Mit ihren Forderungen zur Überwindung der Sektorengrenzen setzt die HKG zukunftsweisende Impulse in die politische Diskussion und unterstützt uns damit in unserer Arbeit.

Martin Stelzer, Verwaltungsführer der Praxisklinik Mümmelmannsberg

Zukunft der ambulanten Behandlung am Krankenhaus ungewiss

GKV-Versorgungsstrukturgesetz – kaum Fortschritte für die Krankenhäuser

Einen zentralen Regelungsinhalt des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) mit Krankenhausbezug, welches zum 1. Januar 2012 in Kraft trat, stellt mit dem neuen § 116b SGB V die ambulante spezialfachärztliche Versorgung dar. Mit der Neufassung des § 116b SGB V sollten die länderspezifisch sehr unterschiedlichen Umsetzungen der alten Regelung angeglichen werden. Bisherige Umsetzungshindernisse sollten entfallen.

Die Erwartungen der Krankenseite, die erfolgreiche ambulante Öffnung der Krankenhäuser würde mit dem GKV-VStG weiter vorangetrieben, erfüllte sich nicht. Ein neuer „dritter“ Sektor wird durch die zu erwartenden Einschränkungen im Indikationsspektrum für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung wohl nicht in der Form zustandekommen, wie die Krankenhäuser gehofft hatten. Im Gegenteil – die vom G-BA noch zu treffenden Konkretisierungen des Indikationskataloges werden voraussichtlich zu Beschneidungen der vormals für die ambulante Behandlung am Krankenhaus zugelassenen Indikationen führen. Dies gefährdet nach der Übergangszeit von zwei Jahren die 39 Hamburger Ambulanzen für seltene Erkrankungen und hochspezialisierte Leistungen und die 26 Hamburger onkologischen Ambulanzen nach alter Rechtslage. Besonders schmerzlich wird dies für die onkologischen Patientinnen und Patienten zu spüren sein. Dort steht die ambulante Behandlung am Krankenhaus derzeit größeren Patientengruppen zur Verfügung als es dies voraussichtlich zukünftig noch der Fall sein wird. Aus der Sicht der Krankenhäuser ein Schritt in die falsche Richtung. Die Konkretisierungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für schwere Verlaufsformen der Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen bleiben abzuwarten. Die Prüfung der Voraussetzungen zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wurde mit dem neu zu konstituierenden erweiterten Landesausschuss nach § 90 i. V. m. § 116b Abs. 3 SGB V in die Verantwortung der Selbstverwaltung übergeben. Wir hatten uns für eine Weiterentwicklung der ambulanten Behandlung am Krankenhaus nach

wettbewerblichen Spielregeln eingesetzt. Unsere Forderungen wurden mit diesem Gesetz noch nicht erfüllt, so dass wir unsere Bemühungen fortsetzen werden.

Notfallversorgung ambulanter Patienten im Krankenhaus

Die ambulante Notfallversorgung in Krankenhäusern stellt für die Notaufnahmen ein zunehmendes Problem dar. Die Kapazitäten stoßen an ihre Grenzen; die Organisation ist phasenweise maximal gefordert, um bei den zuströmenden Patienten zeitnah die Schwere des Notfalls abzuschätzen und so eine medizinisch sinnvolle Reihenfolge der Notfallbehandlung zu gewährleisten. Gerade in Hamburg suchen die Patientinnen und Patienten in großem Umfang direkt die Notaufnahmen der Krankenhäuser auf. Die Behandlung aus einer Hand sowie die umfassende medizinische Diagnostik mit labormedizinischem und bildgebendem technischem Hintergrund des Krankenhauses wird in Hamburg von der Bevölkerung hoch geschätzt. Das GKV-VStG adressiert zwar auch die ambulante Notfallversorgung, belässt jedoch den Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese können zukünftig die ambulante Notfallversorgung durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit Krankenhäusern sicherstellen. Für



Hamburg wäre eine solche Verzahnung des Notdienstes an Krankenhausstandorten flächendeckend wünschenswert und sinnvoll. Ein konkreter Auftrag des Gesetzge-

bers, die Notfallversorgung neu zu organisieren, lässt sich leider aus dem GKV-VStG nicht ableiten. So sind weiter die Hamburger Selbstverwaltungspartner gefragt, sich um bessere Lösungen im Sinne der Patienten zu bemühen.

Krankenhäuser stehen weiter unter finanziellem Druck

In der Krankenhausfinanzierung wurde trotz guter Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenversicherung keine Rücknahme der Sparbeiträge aus dem GKV-FinG für 2011, 2012 und nachfolgende Jahre beschlossen. Die bei der Einführung des DRG-Systems mit Ende der Konvergenzphase vorgesehene volle Finanzierung von zusätzlichen Leistungen wurde 2011 aufgrund aktueller



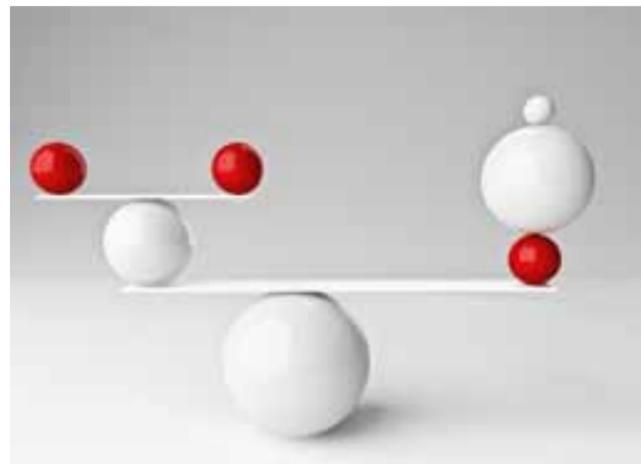
Kassenlage der gesetzlichen Krankenversicherung sofort wieder außer Kraft gesetzt. Zusätzliche Leistungen führen seither zu einem doppelten Rabatt, den die Krankenhäuser der gesetzlichen Krankenversicherung für Mehrleistungen geben müssen. Die Krankenhäuser selbst müssen Mehrleistungen rabattieren, zudem wirken diese zusätzlichen Leistungen absenkend auf den landesweiten Basisfallwert und werden dort auf der Kostenseite nur anteilig berücksichtigt. Dies ist keine leistungsgerechte Vergütung nach betriebswirtschaftlichen Erfordernissen und setzt besonders leistungsstarke Krankenhäuser in Nachteil.

Darüber hinaus lässt das gekappte Budgetwachstum die Tarifschere von Jahr zu Jahr weiter auseinanderklaffen. Die Krankenhäuser befinden sich in einer Zwangslage,

in der sie die tarifbedingten Personalkostensteigerungen nicht refinanzieren können. Der zunehmende Fachkräftemangel und das Leistungswachstum erfordern jedoch eigentlich zusätzliche Investitionen in die wichtigste Ressource unserer Krankenhäuser, Ärzte und Pflegekräfte. In diesen wichtigen Fragen der Krankenhausfinanzierung werden wir uns weiter für faire Rahmenbedingungen, gerade für überdurchschnittlich stark wachsende Metropolenkrankenhäuser, einsetzen.

Hohe Anforderungen für rechtssichere Kooperationen

Die von uns geforderte rechtliche Klarstellung für den Einsatz von Kooperationsärzten für stationäre Leistungen fehlt im GKV-VStG, wird aber weiter von uns thematisiert. Eine Klarstellung, die zu mehr Rechtssicherheit medizinisch sinnvoller Verzahnungen zwischen ambulantem und stationärem Bereich beitragen könnte. Jedoch wurde mit dem § 115a SGB V ein Teilgebiet möglicher Kooperationsfelder, die Beauftragung von vor- und nachstationären Leistungen durch Krankenhäuser an den Vertragsarzt, detaillierter geregelt. Die Leistungen können danach alternativ im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis erbracht werden. Die rechtlichen Rahmenbedingungen stellen jedoch an die Gestaltung solcher Kooperationen



in der Versorgung hohe Anforderungen, da jede Form von möglicher Kanalisierung vermieden werden muss. Das Verbot einer Zuweisung gegen Entgelt, bislang nur berufsrechtlich verankert, wurde nunmehr auch in das Vertragsarztrecht des SGB V aufgenommen.

Vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft nimmt die Altersmedizin im Krankenhaus einen immer größeren Stellenwert ein. Die HKG bündelt die Interessen der Hamburger Geriatrien und bringt sie so in die Politik ein, dass wir auch für die Zukunft gut aufgestellt sind.

*Ralf Zastrau, Geschäftsführer Albertinen-Haus,
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie*



Krankenhäuser

Aktivitäten der Hamburger Krankenhäuser

Die Hamburger Krankenhäuser planen, legen Grundsteine, bauen um, bauen aus und weihen neue Häuser sowie neue Stationen ein – für eine immer bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten aus Hamburg und aus dem Hamburger Umland und für eine Stärkung der Gesundheitsmetropole Hamburg.

14. Januar 2011

Einweihung AGAPLESION DIAKONEKLINIKUM HAMBURG



Mit dem AGAPLESION DIAKONEKLINIKUM HAMBURG wurde im Januar 2011 nach drei Jahren Bauzeit das modernste Gesundheitszentrum der Stadt eingeweiht.

21. Januar 2011

Einweihung der neuen Rettungswache am Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift



(v.l.) Lothar Obst, Kaufmännischer Direktor des Krankenhauses Reinbek St. Adolf-Stift, Annett Zander, Geschäftsführerin des Rettungsdienst-Verbund Stormarn, Kreispräsidentin Christa Zeuke, Schleswig-Holsteins Gesundheits- und Sozialminister Heiner Garg, Landrat Klaus Plöger (Kreis Stormarn) und Stephan Schwarte, der Geschäftsführer des Krankenhausträgers KWA vor der neuen Rettungswache Reinbek.

1. April 2011

Eröffnung des Neubaus Psychiatrie der Schön Klinik Hamburg Eilbek



Mit dem Krankenhaus-Neubau für über 40 Mio. Euro eröffnet die Schön Klinik Hamburg Eilbek ihr bislang größtes Investitionsprojekt in Hamburg.

16. April 2011

Eröffnung der Station DAVID am Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf



Die akut-internistische Station DAVID für Patienten mit Nebendiagnose Demenz bietet einen geschützten Rahmen und besonders geschultes Personal. Die Arbeit der Station mit Modellcharakter wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet.

18. April 2011

Einweihung des „Lufthafens“ am Altonaer Kinderkrankenhaus



In dieser im norddeutschen Raum einzigartigen Einrichtung werden Kinder und Jugendliche, die auf eine Langzeitbeatmung angewiesen sind, umfassend betreut.

30. April 2011

Eröffnung des Zentral-OPs und der erweiterten Kopfklinik der Asklepios Klinik Nord



v.l.: Dr. jur. Bernard gr. Broermann, Asklepios-Gründer und -Gesellschafter; Dr. Christoph Mahnke, Geschäftsführer Asklepios Kliniken Hamburg; Prof. Dr. Klaus Rückert, Chefarzt Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie Asklepios Klinik Nord beim Tag der offenen Tür anlässlich der Eröffnung von neuem Zentral-OP und erweiterter Kopfklinik

21. Juli 2011

Grundsteinlegung für das neue Gefäßzentrum am Asklepios Westklinikum Hamburg



v.l.: Dr. Holger Lawall, Leiter des Gefäßzentrums; Wolfgang Tigges, Ärztlicher Direktor; Dr. Roland Dankwardt, Konzerngeschäftsführer und Medizinischer Direktor der Asklepios Gruppe; Marco Walker, Geschäftsführer Asklepios Westklinikum Hamburg

31. August 2011

Die Station Duvendstedt im Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus erstrahlt in neuem Glanz nach nur acht Wochen Umbauzeit



v.l.: Maike Sellentin, Pflegedirektorin; Ines Albert, stv. Stationsleitung; Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, Vorstandsvorsitzender Albertinen-Diakoniewerk; Martin Behrens, Stationsleitung; Hans-Peter Beuthien, Amalie-Geschäftsführer; Dr. Wolfram Czopnik, Ärztlicher Direktor

29. September 2011

Grundsteinlegung neuer Funktions-
trakt Albertinen-Krankenhaus:
75 Mio. Euro für moderne und
menschliche Medizin



*v. l.: Dino Henke, Architekt;
Tobias Schwarz, Geschäftsführer
Albertinen-Haus; Dr. Torsten Sevecke
Bezirksamtsleiter Eimsbüttel, Senato-
rin Cornelia Prüfer-Storcks,
Prof. Dr. Fokko ter Haseborg,
Vorstandsvorsitzender Albertinen-
Diakoniewerk; Herr Bork, Polier*

1. November 2011

Einweihung Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Hamburg-
Eppendorf



*Neben neun Spezialambulanzen und
der Poliklinik für Notfälle sind im Ge-
bäude drei Stationen mit angeschlos-
senen Tageskliniken untergebracht.*

18. November 2011

Eröffnung des Erweiterungsbaus
des Israelitischen Krankenhauses in
Hamburg und Einweihung des Hos-
pizes am Israelitischen Krankenhaus



*Neubau des Israelitischen Kranken-
hauses im Orchideenstieg 12*

2. Dezember 2011

Richtfest im Heinrich
Sengemann Krankenhaus,
Bargfeld-Stegen



*Mit dem ersten Stations-Neubau
beginnt eine Reihe zukunftswei-
sender Baumaßnahmen auf dem
Gelände des Fachkrankenhauses
für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik.*

14. Dezember 2011

Fertigstellung des Ambulanz-
Zentrums des Berufsgenos-
schaftlichen Unfallkrankenhauses
Hamburg



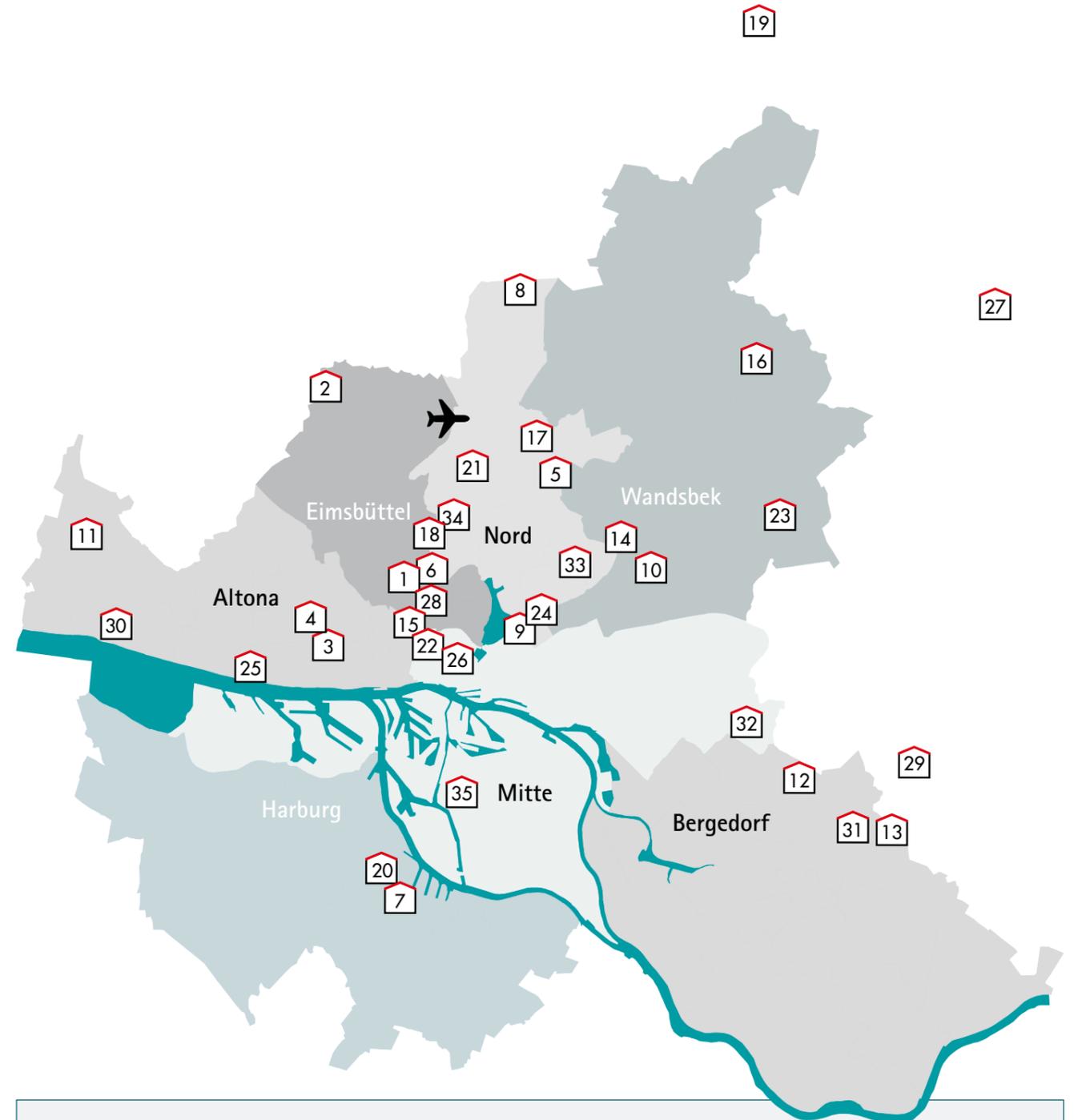
*Mit der Trennung der Akut- und Not-
fallpatienten, des Rettungsdienstes
sowie der Sprechstundenpatienten
entsteht eine klare Orientierung und
Wegeführung für Patienten und ihre
Angehörigen.*



Der Verband

Die Mitgliedskrankenhäuser und ihre Spitzenverbände

- | | |
|---|--|
| 1 AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG
www.dk-h.de | 19 Heinrich Sengelmann Krankenhaus
www.heinrich-sengelmann-krankenhaus.de |
| 2 Albertinen-Krankenhaus mit Albertinen-Haus
www.albertinen.de | 20 HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg
www.helios-kliniken.de/hamburg |
| 3 Altonaer Kinderkrankenhaus
www.kinderkrankenhaus.net | 21 Israelitisches Krankenhaus in Hamburg
www.ik-h.de |
| 4 Asklepios Klinik Altona
www.asklepios.com/altona | 22 Janssen-Haus, Psychiatrische Tagesklinik
www.tagesklinik-hh-mitte.de |
| 5 Asklepios Klinik Barmbek
www.asklepios.com/barmbek | 23 Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
www.kkh-wilhelmstift.de |
| 6 Asklepios Klinik Eimsbüttel – CardioCliniC
www.asklepios.com/cardioclinic | 24 Kath. Marienkrankenhaus
www.marienkrankenhaus.org |
| 7 Asklepios Klinik Harburg
www.asklepios.com/harburg | 25 Klinik Dr. Guth
www.drguth.de/klinik-dr-guth |
| 8 Asklepios Klinik Nord
www.asklepios.com/klinikumnord | 26 Klinik Fleetinsel Hamburg
www.klinik-fleetinsel.de |
| 9 Asklepios Klinik St. Georg
www.asklepios.com/sanktgeorg | 27 Krankenhaus Großhansdorf
www.kh-grosshansdorf.de |
| 10 Asklepios Klinik Wandsbek
www.asklepios.com/wandsbek | 28 Krankenhaus Jerusalem
www.kh-jerusalem.de |
| 11 Asklepios Westklinikum Hamburg
www.asklepios.com/HamburgRissen | 29 Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift
www.kh-reinbek.de |
| 12 Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg
www.buk-hamburg.de | 30 Krankenhaus Tabea
www.tabea-fachklinik.de |
| 13 Bethesda Krankenhaus Bergedorf
www.klinik-bergedorf.de | 31 Praxis-Klinik Bergedorf
www.praxis-klinik-bergedorf.de |
| 14 Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
www.bundeswehrkrankenhaus-hamburg.de | 32 Praxisklinik Mümmelmannsberg
www.drguth.de/praxisklinik |
| 15 ENDO-Klinik Hamburg
www.endo.de | 33 Schön Klinik Hamburg Eilbek
www.schoen-kliniken.de/ptp/kkh/eil |
| 16 Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus
www.amalie.de | 34 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
www.uke.de |
| 17 Ev. Krankenhaus Alsterdorf
www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de | 35 Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand
www.krankenhaus-gross-sand.de |
| 18 Die Facharztklinik Hamburg
www.facharztklinik-hamburg.de | |



Die HKG und ihre Spitzenverbände

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH | www.asklepios.com/hamburg

Caritas für Hamburg e.V. | www.caritas-hamburg.de

Diakonisches Werk Hamburg | www.diakonie-hamburg.de

Die Freien – Verband freigemeinnütziger Krankenhäuser in Hamburg e.V. | www.diefreien-hh.de

Paritätischer Wohlfahrtsverband | www.paritaet-hamburg.de

Verband Deutscher Privatkliniken – Landesverband Hamburg | www.vpkhh.de

Wehrbereichsverwaltung Nord | www.wbv-nord.de

Gremien

Vorstand

1. Vorsitzender

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg

2. Vorsitzender

Peter Oberreuter

Mitglieder

Vertreter

Für die Asklepios Kliniken Hamburg GmbH:

Peter Oberreuter
Dr. Klaus E. Schmolling
Christian Strauß
Marco Walker

Thomas Krakau
Ingo Breitmeier
Dr. Christoph Mahnke
Dr. Sebastian Wirtz

Für das UKE:

Dr. Mathis Terrahe

NN

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

Werner Koch
Robert Möller
Prof. Dr. Fokko ter Haseborg
Jörn Wessel

Renate Maier
Markus Balters
Christian Ernst
Margret von Borstel

Für den Verband Deutscher Privatkliniken – Landesverband Hamburg:

Dr. Mani Rafii

Matthias Jaster

Vorstand i.S.d. § 26 BGB (Engerer Vorstand)

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg
Peter Oberreuter
Dr. Mathis Terrahe

Stand April 2012

Gremien

Mitarbeit der HKG in DKG-Gremien

Präsidium

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg

Vorstand

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg
Dr. Claudia Brase
Peter Oberreuter

Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation

Angelika Bredehorst-Witkowski

Fachausschuss für Krankenhausfinanzierung

Horst Judaschke

Fachausschuss für Daten-Information und -Kommunikation

Karin Metzner

Fachausschuss Recht und Verträge

Maybritt C. Havixbeck

Kommission Medizin

Dr. Claudia Brase

Kommission Europa und internationales Krankenhauswesen

Maybritt C. Havixbeck

Kommission Leistungsentgelte

Horst Judaschke

Kommission Hygiene

Angelika Bredehorst-Witkowski

Kommission Krankenhaus-Psychiatrie

Peter Heimscheid

Satzungskommission

Dr. Claudia Brase

Kommission Qualitätssicherung

Ralf Hohnhold

Arbeitsgruppe Organspende

Maybritt C. Havixbeck

Arbeitsgruppe Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ulrike Jaenicke

Arbeitsgruppe Krankenhausplanung und Investitionstätigkeit

Angelika Bredehorst-Witkowski

Arbeitsgruppe Arzneimittel

Angelika Bredehorst-Witkowski

Arbeitsgruppe Entlassungsmanagement

Maybritt C. Havixbeck

Arbeitsgruppe MDK

Maybritt C. Havixbeck

Stand April 2012

Gremien auf Landesebene

EQS-Kuratorium

Vorsitzende

Kathrin Herbst [vdek](#)

Stv. Vorsitzende

Dr. Claudia Brase [HKG](#)

Mitglieder

Dr. Claudia Brase [HKG](#)

1. Stellvertreter

Dr. Ulf Debacher [HKG](#)

(Asklepios Kliniken Hamburg)

2. Stellvertreter

Horst Judaschke [HKG](#)Dr. Hansjürgen Bartz [HKG](#)
(UKE)Prof. Dr. Gerhard Gebauer [HKG](#)
(Kath. Marienkrankenhaus)Prof. Dr. Manfred Dreyer [HKG](#)
(Asklepios Westklinikum Hamburg)Dr. Eberhard Thombansen [HKG](#)
(Kath. Marienkrankenhaus)Prof. Dr. Klaus Rückert [HKG](#)
(Asklepios Klinik Nord)Prof. Dr. Rudolf Friedrich Töpfer [HKG](#)
(Asklepios Klinik Harburg)Burkhard Göbel [HKG](#)
(Asklepios Klinik Wandsbek)Tamara Leske [HKG](#)
(Kath. Marienkrankenhaus)Hansjürgen Thomsen [HKG](#)
(UKE)Marco Tergau [HKG](#)
(Asklepios Klinik Wandsbek)Dr. Gerian Grönefeld [HKG](#)
(Asklepios Klinik Barmbek)Dr. Sebastian Wirtz [HKG](#)
(Asklepios Klinik Altona)Kathrin Herbst [vdek](#)Thomas Schulte [vdek](#)

NN

Wilfried Jacobs [AOK](#)Michael Wenninghoff [AOK](#)Markus Feger [AOK](#)Claudia Osten [IKK](#)Bernd Krause [IKK](#)Sven Trabe [IKK](#)Dr. Ralf Krämer [BKK](#)Christiane Krackow [BKK](#)Matthias Ritter [BKK](#)Dr. Björn Buxell [MDK](#)Dr. Jörg Schneidereit [MDK](#)Dr. Holger Bebensee [PKV](#)Prof. Dr. Jürgen Fritze [PKV](#)Barbara Schmitz [PKV](#)Dr. Frank-Ulrich Montgomery
Ärztchamber HamburgDr. Annemarie Jungbluth
Ärztchamber HamburgDr. Klaus Beelmann
Ärztchamber Hamburg

Ständige Gäste

Dieter Mahel [LAG](#) und
Sozialverband Deutschland [SoVD](#)Sonja Chevalier
Patienten-Initiative e.V.Kerstin Hagemann
Patienten-Initiative e.V.Christoph Kranich
Verbraucherzentrale Hamburg e.V.

Stand Mai 2012

Gremien auf Landesebene

Schiedsstelle nach § 18a KHG

Vorsitzende

Prof. Dr. Dagmar Felix

Stv. Vorsitzender

Prof. Dr. Wolfgang Schütte

Mitglieder

Dr. Claudia Brase [HKG](#)

Stellvertreter

Horst Judaschke [HKG](#)Maybritt C. Havixbeck [HKG](#)Matthias Waldmann [HKG](#) (UKE)Dr. Phillip Mannweiler [HKG](#) (UKE)Dr. Michael Bader [HKG](#) (UKE)Nicole Heckert [HKG](#) (Asklepios Kliniken Hamburg)Jan Glöer [HKG](#) (Asklepios Klinik Barmbek)Dr. Roland Dankwardt [HKG](#) (Asklepios Kliniken)Werner Koch [HKG](#) (Kath. Marienkrankenhaus)Christoph Schmitz [HKG](#) (Kath. Marienkrankenhaus)Cord Meyer [HKG](#) (Albertinen-Diakoniewerk)Sabine Lessing [HKG](#) (Schön Klinik)Michaela Müller [HKG](#) (Klinik Dr. Guth)Dr. Mani Rafii [HKG](#) (Schön Klinik Hamburg Eilbek)Wilfried Jacobs [AOK](#)Holger Isecke [AOK](#)Manfred Seiffert [AOK](#)Dr. Ralf Krämer [BKK](#)Jörn Reichenberg [BKK](#)Gabriel Zahn [BKK](#)Claudia Osten [IKK](#)Bernd Krause [IKK](#)Sigrid Loycke [IKK](#)André Kohl [vdek](#)Hans Matz [TK](#)Wolfgang Kirmse [Barmer](#) [GEK](#)Barbara Schmitz [PKV](#)Isabell Machill [PKV](#)Prof. Dr. Lothar Feige [PKV](#)

Geschäftsstelle

[AOK](#)

Stand Mai 2012

Gremien auf Landesebene

Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung

Vorsitzende

Hildegard Esser [BGV](#)

Stv. Vorsitzende

Elke Huster-Nowak [BGV](#)

Mitglieder

Ute Banse [BGV](#)

Dr. Claudia Brase [HKG](#)

Peter Oberreuter [HKG](#)
(Asklepios Kliniken Hamburg)

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg [HKG](#)
(Albertinen-Diakoniewerk)

Dr. Mathis Terrahe [HKG](#)
(UKE)

Dr. Mani Rafii [HKG](#)
(Schön Kliniken)

André Kohl [vdek](#)

Dr. Ralf Krämer [BKK](#)

Wilfried Jacobs [AOK](#)

Dirk Wilken [IKK](#)

Barbara Schmitz [PKV](#)

Ersatzmitglieder

Dagmar Jensen [BGV](#)

Angelika Bredehorst-Witkowski [HKG](#)

Jan Glöer [HKG](#)
(Asklepios Kliniken Hamburg)

Werner Koch [HKG](#)
(Kath. Marienkrankenhaus)

Christiane Dienhold [HKG](#)
(Altonaer Kinderkrankenhaus)

Mathias Jaster [HKG](#)
(Klinikgruppe Dr. Guth)

Hans Matz [vdek](#)

Christiane Franz [BKK](#)

Michael Wenninghoff [AOK](#)

Bernd Krause [IKK](#)

Claudia Reuter [PKV](#)

Ersatzmitglieder

Dr. Sabine Lindenberg [BGV](#)

Horst Judaschke [HKG](#)

Dr. Christoph Mahnke [HKG](#)
(Asklepios Kliniken Hamburg)

Jörn Wessel [HKG](#)
(AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM)

Susanne Riebow [vdek](#)

Christiane Krackow [BKK](#)

Matthias Mohrmann [AOK](#)

Sigrid Loycke [IKK](#)

Isabel Machill [PKV](#)

Geschäftsführung

Gebhard Bahr [BGV](#)

Stand April 2012



Geschäftsstelle



Geschäftsführung

Dr. med. Claudia Brase

Leitung der Geschäftsstelle, Geschäftsführung im Vorstand und in der Mitgliederversammlung, Kontakte zu Institutionen des Gesundheitswesens, Gesundheitspolitik, Vertretung der HKG in der Öffentlichkeit, Verhandlungsführung Landesbasisfallwert und Landesverträge, Schiedsstelle nach § 18a KHG, Krankenhausplanung, Geschäftsführung der EQS und der HKG Health Services GmbH, Hamburger Krankenhausspiegel



Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung

Diplom-Volkswirtin Angelika Bredehorst-Witkowski

Krankenhausplanung, Investitionsfinanzierung, sektorübergreifende Versorgung, Ambulante Behandlungen im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V, Influenzaepidemieplanung, EHEC-Epidemie, Katastrophenschutz, Krankenhaushygiene, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin, Qualitätssicherung, Medizingerätesicherheit, Umweltschutz und Abfallwirtschaft



Entgeltfragen und Statistik

Diplom-Volkswirt Horst Judaschke (Stv. Geschäftsführer)

Krankenhausentgelte einschließlich ambulanter Leistungen, Budgetverhandlungen, Landesbasisfallwert, Schiedsstelle nach § 18a KHG (Sitzungen), Krankenhausstatistik, Datenübermittlung § 301 SGB V und § 21 KHEntgG, Ausbildungsfonds/Ausbildungszuschlagsverordnung, EQS-Finanzierung

Sachbearbeitung

Elke Meyer



Rechts- und Vertragsangelegenheiten

Rechtsanwältin Maybritt C. Havixbeck, MBA Health Management

Allgemeine Rechts- und Vertragsangelegenheiten, insbesondere zwei- und dreiseitige Verträge nach SGB V, KHG, BpflV, Budget- und Punktwertverhandlungen, Abrechnungsfragen, Finanzierungsrecht, Kooperationen von Krankenhäusern mit Vertragsärzten, Clearingverfahren, Verträge zur Qualitätssicherung, Datenschutzrecht, Arbeitsrecht, Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG, Auswertung der Rechtsprechung, Krankenhausrecht, ambulante Leistungen (§§ 115a, 115b, 116b SGB V, Notfallbehandlungen), stationäre Leistungen, Wahlleistungen, MDK-Prüfungen, Integrierte Versorgung, Haftungsrecht, Schiedsverhandlungen, Zuzahlungsinkasso, Besetzung der Gremien, Organspende



Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Diplom-Sozialökonomin Ulrike Jaenicke

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Gesundheitspolitik, Publikationen, Veranstaltungsorganisation, Online-Redaktion, Beschwerdemanagement und Hamburger Erklärung, Gesundheitswirtschaft Hamburg



Rechnungs- und Personalwesen

Jana Altmann

Finanz- und Personalwesen, Buchhaltung, Ausbildungsstätten, Vorbereitung der Jahresabschlüsse, Vorbereitung der Gehaltsabrechnungen, Bearbeitung von Zahlungsein- und -ausgängen, allgemeiner Zahlungsverkehr, Steuererklärungen, allgemeine Geschäftsstellenkommunikation



EDV

Karin Metzner

Server- und Clientadministration, Administration Redaktionssystem Internetauftritt, Dokumentenmanagementsystem Favorit, elektronische Gesundheitskarte und Telemedizin, Datenannahme und -auswertung § 21 KHEntgG zur Ermittlung des Landesbasisfallwertes, Internetportal Qualitätsbericht, Datensicherheit und Datenschutz in der HKG und EQS



Auszubildende

Janna Lena Reckswardt

Ausbildung zur Kauffrau im Gesundheitswesen



Impressum

Herausgeber

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.
Burchardstraße 19, 20095 Hamburg, www.hkgev.de

Verantwortlich

Dr. Claudia Brase

Konzept

Ulrike Jaenicke

Redaktion

Dr. Claudia Brase
Angelika Bredehorst-Witkowski
Maybritt C. Havixbeck
Ulrike Jaenicke (Leitung)
Horst Judaschke

Redaktionelle Mitarbeit

Jana Altmann
Karin Metzner
Janna Lena Reckschardt

Fotos

HKG
Gerd Grossmann, HANSEFOTO
Agnes Kliefoth
Fotolia
istockphoto

Gestaltung & Realisation

Frank Wolf, www.wolfwork.de

Druck

Druckerei Zeidler GmbH & Co. KG, www.zeidler.de

*Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Zustimmung der HKG
Redaktionsschluss April 2012*

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.

Burchardstraße 19 | 20095 Hamburg
Telefon 040 / 25 17 36-0 | Telefax 040 / 25 17 36-40
E-Mail hkgev@hkgev.de | Internet www.hkgev.de