

JAHRESBERICHT 2012



JAHRESBERICHT 2012





Inhalt

Editorial	
Prof. Dr. Fokko ter Haseborg und Peter Oberreuter, Vorstandsvorsitzende	7
Grußwort	
Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz	9
Krankenhausplanung der Zukunft	
Methodenvorschlag für den Landeskrankenhausplan 2020	10
Ordnungspolitik muss Metropolenfunktion unterstützen	
Jahresrückblick 2012	14
Das Jahr im Überblick	
Wichtige Ereignisse im Berichtsjahr	17
Gesundheitsmetropole garantiert stabiles, regionales Wirtschaftswachstum	
Rückblick Hamburger Krankenhaustag 2012	20
Krankenhäuser sind eine starke Wirtschaftskraft	
Hamburger Krankenhäuser in Zahlen	24
Metropolen brauchen leistungsfreundliche Finanzierungsregeln und Planungssicherheit	
Krankenhausfinanzierung für die Metropole	27
Früchte der verbandspolitischen Arbeit	
Engagement für Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten	30
Sektorenübergreifender Ansatz notwendig	
Krankenhaushygiene und Infektionsprophylaxe	33
Zeit zu handeln	
Fachkräftemangel in der Pflege	36
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

die Hamburger Krankenhäuser erbringen kontinuierlich und verlässlich gute medizinische Leistungen mit nachweislich sehr guten Qualitätsergebnissen. Sie zeichnen sich durch Innovationsfreude und Mut zu neuen Versorgungsangeboten aus. Ein starker Zustrom von Patientinnen und Patienten aus dem Hamburger Umland trägt diesem Bemühen Rechnung und trägt zum Wachstum der Gesundheitsmetropole Hamburg und damit zur Wirtschaftskraft Hamburgs bei.



Peter Oberreuter

Ein neuer Landeskrankenhausplan 2020 für Hamburg steht als große Herausforderung vor der Tür. Für die Krankenhäuser ist dabei besonders wichtig, die Gestaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten im

Qualitätswettbewerb auch weiterhin zu erhalten. Es gilt, die Krankenhausplanung an die heutige Versorgungsrealität anzupassen und dabei Qualitätsparameter zu berücksichtigen. Wir sind davon überzeugt, dass hierzu nur die langjährig etablierte und bewährte gesetzliche Qualitätssicherung als Maßstab dienen kann, die kontinuierlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss weiterentwickelt wird.

Mit dem Vorschlag einer Einbeziehung dieser Qualitätsergebnisse in die Krankenhausplanung setzen wir unsere Tradition als konsequente Vertreter eines Qualitätswettbewerbs zugunsten unserer Patienten fort und werden so den Herausforderungen der heutigen Krankenhauswelt gerecht. In der Landeskrankenhausplanung haben wir regionalen Entscheidungsspielraum, um die Versorgung für Hamburg zu gestalten – diesen wollen wir gemeinsam mit unseren Partnern, der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz sowie den Krankenkassenverbänden zum Wohle der Gesundheitsmetropole Hamburg nutzen.

Die Hamburger Krankenhäuser sind nur so gut wie ihre qualifizierten und engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie sind es, die rund um die Uhr schwer- und schwerstkranke Patienten versorgen und durch ihre Professionalität zum guten Ruf der Hamburger Krankenhäuser beitragen. Wir danken unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr für diese engagierte Arbeit!

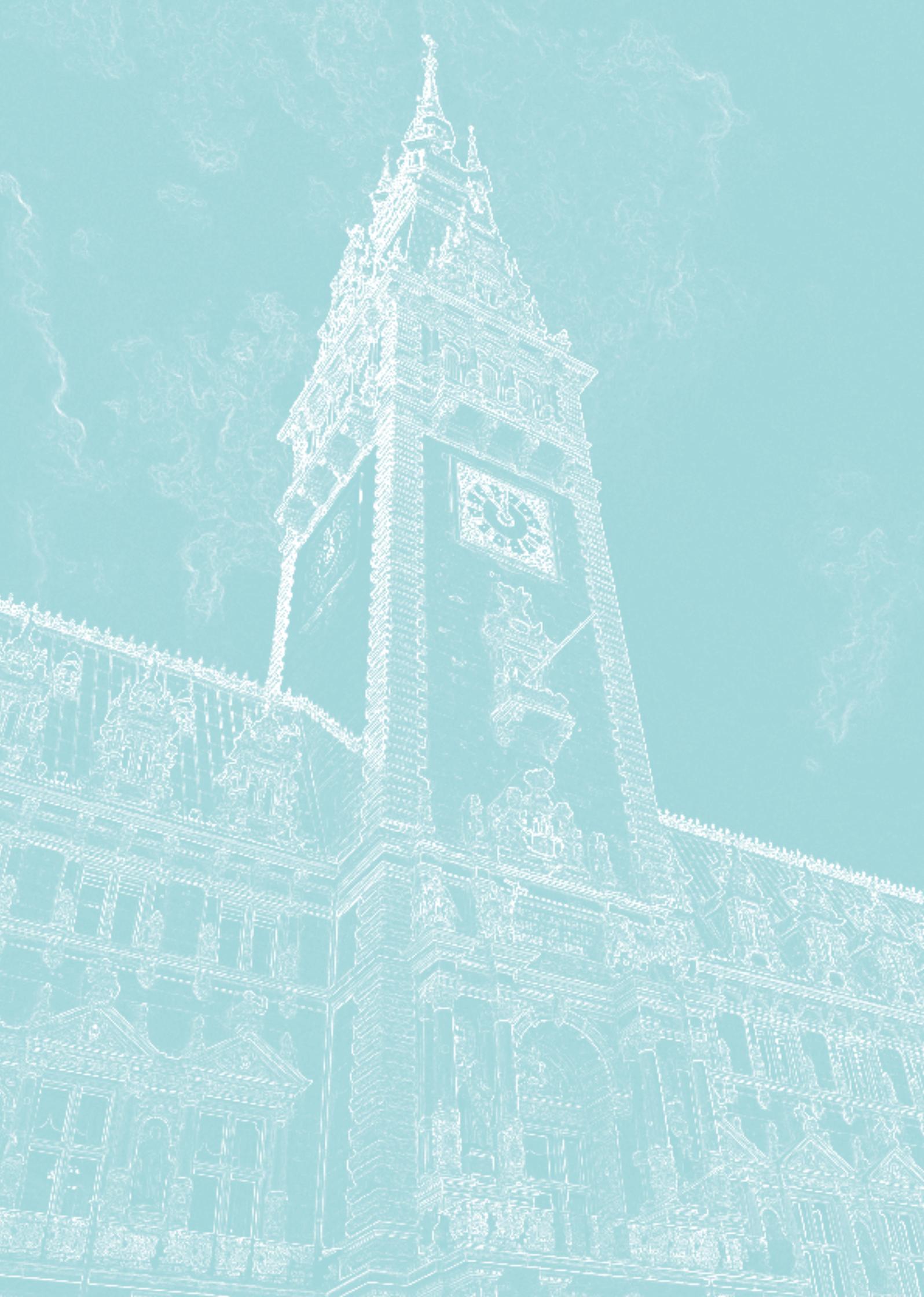
Der vorliegende Jahresbericht bietet Ihnen vertiefte Informationen zu den Themenschwerpunkten des vergangenen Jahres rund um die Gesundheitsmetropole und einen Einstieg in unsere Überlegungen zur Krankenhausplanung 2020.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

Die Vorstandsvorsitzenden

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg

Peter Oberreuter



Grußwort



Liebe Leserin, lieber Leser,

das Jahr 2012 war erneut geprägt von einer Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg. Die gestiegene Fallzahl in den Hamburger Plankrankenhäusern hat – trotz gleichzeitig sinkender Verweildauer – dazu geführt,

dass im Ergebnis 223 zusätzliche vollstationäre Betten und 145 teilstationäre Behandlungsplätze zum Januar 2013 in den Krankenhausplan aufgenommen wurden.

Dieser Anstieg ist unbestritten ein erster Vorbote des demographischen Wandels, den auch Hamburg trotz der erfreulich hohen Zahl von zuziehenden, vor allem jüngeren Menschen verzeichnet. So überrascht es nicht, dass die größte Fallzahlsteigerung innerhalb der somatischen Fachgebiete in der Geriatrie sowie der Urologie zu verzeichnen war. Zugleich ist im Jahr 2012 die Geburtenzahl in Hamburg gegenüber 2011 gestiegen, mit 21.241 Kindern sind dies fast 5 % mehr als im Vorjahr! Hamburg ist aber nicht nur ein attraktiver Wohn- und Arbeitsort: Der zugleich gestiegene Anteil der Umlandversorgung in den Hamburger Krankenhäusern ist ein Indiz für die große Anziehungskraft des Gesundheitsstandorts Hamburg innerhalb der Metropolregion.

Positiv hervorheben möchte ich, dass die Zwischenfortschreibung 2012 des Krankenhausplans 2015 im Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung einvernehmlich beschlossen worden ist und die Entscheidungen unaufgeregelt und sachlich mit den Planungsbehörden der Nachbarländer Schleswig-Holstein und Niedersachsen abgestimmt wurden.

Die Ausgestaltung der stärkeren Verankerung von Qualitätsindikatoren als Anforderung und Leitlinie innerhalb der Krankenhausplanung ist die Herausforderung dieses

Jahres. Wir haben uns im Jahr 2012 zunächst in einem behördeninternen Workshop mit externen Expertinnen und Experten Anregungen zur Weiterentwicklung geben lassen. Auch die aktuellen Erfahrungen der Krankenhausplanung in Berlin, Nordrhein-Westfalen und Bremen werden wir in unsere Vorbereitung einbeziehen.

Angesichts der Diskussion um die Beschäftigung von Honorarärztinnen und -ärzten werden wir dieses Thema ebenso wie die Verankerung des Facharztstandards in unsere krankenhausesplanerischen Qualitätsvorgaben aufnehmen.

Eines der vielen Probleme bei der Diskussion um die Qualität im Krankenhaus besteht darin, dass diese für Patientinnen und Patienten immer noch zu wenig transparent ist.

Ich freue mich daher, dass die unterschiedlichen Träger der Hamburger Krankenhäuser grundsätzlich bereit sind, an der Entwicklung eines gemeinsamen Patientenportals mitzuwirken, das auch die Ergebnisse von Patientenbefragungen und auch Einweiserbefragungen einbezieht.

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft hat 2013 zum „Jahr der Krankenhausplanung“ erklärt. Diese Schwerpunktsetzung bietet sich an in einem Jahr, in dem „ausnahmsweise“ keine (Zwischen-)Fortschreibung des aktuellen Krankenhausplans ansteht. Dieses Zeitfenster bietet die Möglichkeit, ohne unmittelbaren Zeitdruck grundsätzlichere Weichenstellungen zu entwickeln. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft hat mit der Vorlage ihres „Methodenvorschlags zur Krankenhausplanung 2020“ im Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung einen wichtigen Anstoß gegeben.

Ich bin gespannt auf die weitere Diskussion und freue mich auf eine kritische, engagierte Auseinandersetzung um den besten Weg.

Cornelia Prüfer-Storcks
Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz

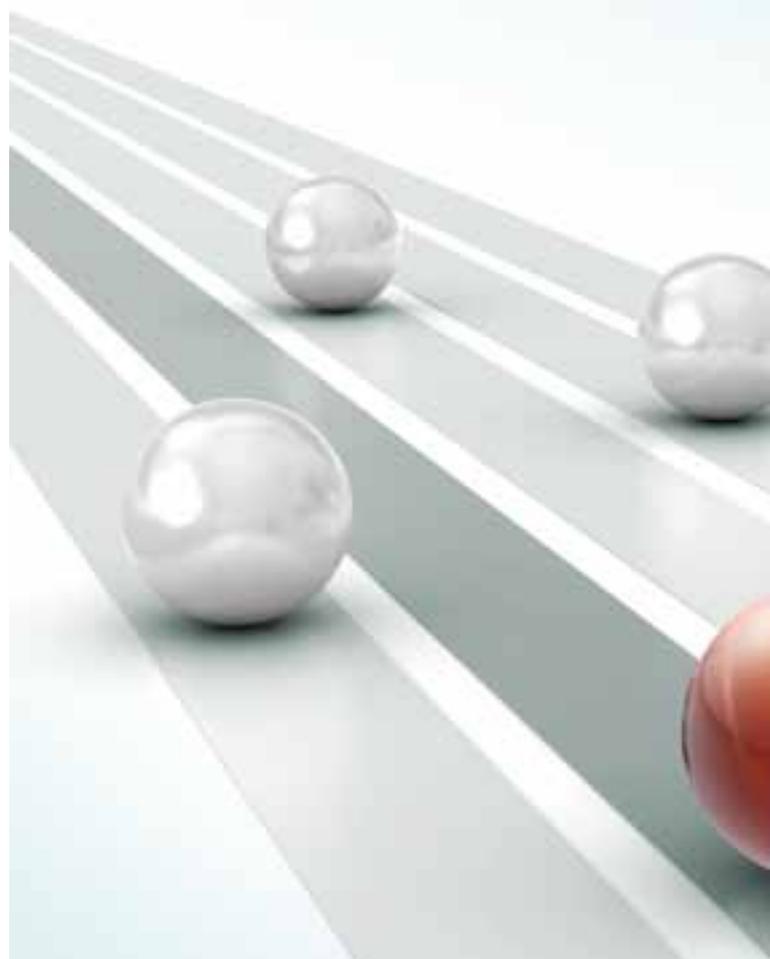
Krankenhausplanung der Zukunft

Methodenvorschlag für den Landeskrankenhausplan 2020

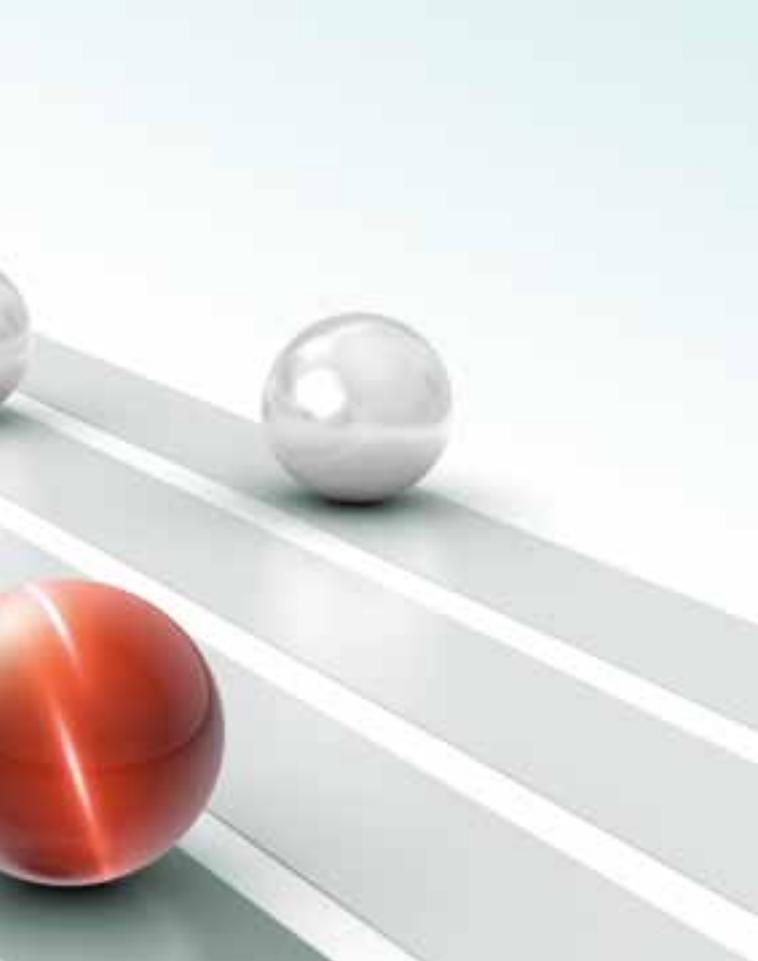
Mit nahendem Ablauf der Planungsperiode des Landeskrankenhausplans 2015 ist es an der Zeit, sich über die Gestaltung des Krankenhausplans 2020 Gedanken zu machen. In guter Tradition hat die Hamburgische Krankenhausgesellschaft als Beteiligte in der Krankenhausplanung eigene Vorstellungen zur Methodik entwickelt, die als Diskussionsgrundlage für den nächsten Krankenhausplan dienen sollen. Krankenhausplanung ist Aufgabe der Länder und bietet durch Einbindung der unmittelbar Beteiligten nach § 18 Hamburgisches Krankenhausgesetz (HmbKHG), Landesverbände der Krankenkassen und Hamburgische Krankenhausgesellschaft, die Möglichkeit, regional Versorgung zu gestalten und dabei dem Anspruch und der Funktion Hamburgs als Gesundheitsmetropole Rechnung zu tragen. Gemäß HmbKHG soll der Krankenhausplan die bedarfsgerechten Krankenhäuser nach gegenwärtiger und zukünftiger Aufgabenstellung ausweisen, insbesondere nach Standort, Versorgungsstufe, Bettenzahl, Fachrichtungen, Versorgungsauftrag und Trägerschaft. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) regelt die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Dazu stellen die Länder Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf. Während sich an den Rechtsgrundlagen der Krankenhausplanung in den vergangenen Jahren nichts geändert hat, haben sich durch die Einführung eines neuen Entgeltsystems die Rahmenbedingungen der Krankenhäuser erheblich verändert.

Neue Spielregeln

Die Krankenhausmedizin hat sich in den letzten zehn Jahren gewandelt. Sie ist schneller, transparenter und wettbewerbler geworden. Seit Einführung der DRG haben Hamburger Krankenhäuser 44 % mehr Bewertungsrelationen erbracht. Die Verweildauern haben sich verkürzt.



Das Tempo der Veränderungen hat erheblich zugenommen. Neue Medizintechnologien machen heute schonendere Eingriffe möglich, so dass auch Patientinnen und Patienten mit fragiler Gesundheit behandelt werden können, für die es vor zehn Jahren noch kein therapeutisches Angebot gab. In manchen Fachgebieten ist durch die Minimalisierung der Eingriffe ein Trend zur ambulanten Medizin zu verzeichnen. An Krankenhäusern wird inzwischen ein großes Spektrum ambulanter Leistungen angeboten. Die sinnvolle Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen schreitet fort. Besonderes Wachstumspotential zeigen die psychiatrischen und psychosomatischen Fachgebiete. Die Nachfrage nach stationären und insbesondere teilstationären Leistungen in diesen Bereichen steigt proportional zum Anstieg der ambulant behandlungsbedürftigen psychisch Kranken.



Qualitätstransparenz fest etabliert

Die Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse ist, beginnend mit dem Hamburger Krankenhausspiegel 2007, für Krankenhäuser heute eine Selbstverständlichkeit geworden. Die Qualitätstransparenz hat zusätzliche Anreize gesetzt, sich noch mehr um herausragende Qualität am eigenen Krankenhaus zu bemühen. Die gesetzliche Qualitätssicherung nach § 137 SGB V ist etabliert und allgemein akzeptiert. Neben den reinen Datenauswertungen zeichnet sich die gesetzliche Qualitätssicherung durch stichprobenartige Datenvalidierung sowie den strukturierten Dialog aus. Dieser strukturierte Dialog ermöglicht es, rechnerische Auffälligkeiten zu bewerten und einer Beurteilung durch Fachexperten eines Landesgremiums zuzuführen. Der Austausch zwischen den Fachexperten in den Fachgremien trägt maßgeblich dazu bei, Qualitätsprobleme zu identifizieren und zu beheben. Durch die

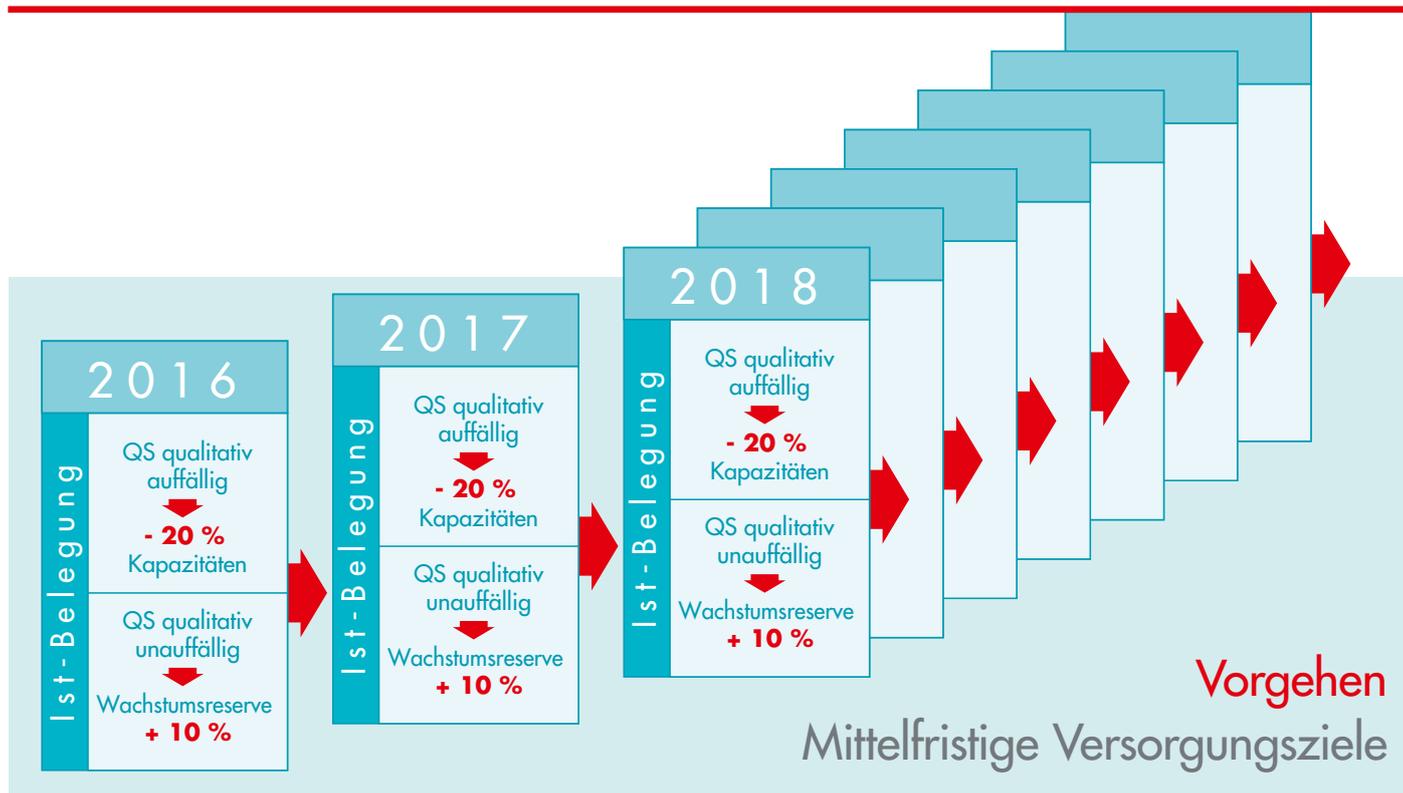
gesetzliche Qualitätssicherung werden mindestens 20 % der Krankenhausfälle regelhaft erfasst; das ist weit mehr, als es mit anderen Verfahren möglich ist. Für zahlreiche Krankenhausfälle ist es methodisch schwierig, Qualitätsindikatoren zu definieren, die ein sinnvolles Ergebnis messen. Daher wird eine Vollerhebung der Qualität aller Krankenhausfälle bis auf weiteres nicht möglich sein.

Vielfältige zusätzliche Strukturqualitätsanforderungen

Mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist in den letzten zehn Jahren eine Institution tätig geworden, die Krankenhäuser mit einer Regeldichte, insbesondere an Strukturqualitätsanforderungen, überzieht, die zuvor unvorstellbar war. Der Detaillierungsgrad der Richtlinien des G-BA ist in seinen Anforderungen extrem aufwändig in der klinischen Praxis umzusetzen. Unbefriedigend gelöst ist die Notwendigkeit, zeitnah den Fortschritt wissenschaftlicher Erkenntnisse zu berücksichtigen, wodurch ständige Aktualisierungen erforderlich werden. Oftmals ist die ungenügende Evidenzbasierung der Regelungsinhalte ein Problem. Diesen sich ständig wandelnden und anspruchsvollen Anforderungen müssen sich die Krankenhäuser heute zusätzlich stellen.

Die großen Trends im Auge behalten

Für den Krankenhausplan 2020 fordert die Hamburgische Krankenhausgesellschaft ein zweigleisiges Vorgehen. Für die traditionellen Fünf-Jahres-Etappen der Krankenhausplanung sollten grundlegende Trends analysiert und bewertet werden, so die demographische Entwicklung, die Morbiditätsentwicklung und die Entwicklung in den einzelnen Fachgebieten. Diese Analysen auf wissenschaftlicher Grundlage sollen in die übergeordneten Versorgungsziele einfließen und der Funktion Hamburgs als Gesundheitsmetropole Rechnung tragen. Sie geben die grobe Orientierung für die Krankenhausplanung vor.



Qualitätsergebnisse nutzbar machen

Aufgrund der inzwischen langjährigen Erfahrung mit Qualitätsmessungen auf gesetzlicher Grundlage und der daraus entstandenen Qualitätstransparenz schlägt die Hamburgische Krankenhausgesellschaft vor, eine Kapazitätssteuerung auf der Basis von Ergebnisqualität neu in der Krankenhausplanung zu etablieren. Die einzigen validen Qualitätsergebnisse, die von allen Krankenhäusern gleichermaßen erhoben und neutral ausgewertet werden, sind die Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V.

Mit dem Versorgungsziel, von Krankenhäusern mit Qualitätsproblemen in Krankenhäuser mit guter Qualität umzusteuern, wäre es möglich, Kapazitäten in Krankenhäusern mit auffälligen Qualitätsergebnissen zu reduzieren, beispielsweise um 20 %. Die Krankenhäuser mit guter Qualität sollten im besten Sinne eines Qualitätswettbewerbs mit einer Wachstumsreserve von 10 % um die Patientinnen und Patienten konkurrieren können, die in dem qualitativ auffälligen Krankenhaus aus Kapazitätsgründen nicht mehr behandelt werden. Die Qualitätsadjustierung muss jährlich erfolgen, um auf einer noch ausreichend aktuellen Datengrundlage erfolgen zu können. Die Ausgangsbasis für die Korrektur des Folgejahres wäre jeweils die tatsächlich belegte Kapazität, wodurch die im abgelaufenen Jahr erfolgte qualitätsabhängige Umverteilung der Patienten sichtbar würde. Diese würde

dann erneut der Qualitätsadjustierung unterworfen und mit den entsprechenden qualitätsabhängigen Umverteilungen die gültige Planung für das aktuelle Jahr. Bei fortgesetzten Qualitätsproblemen wäre es möglich, ein solches Versorgungsangebot binnen fünf Jahren aus dem Krankenhausplan zu entfernen.

Mit dem Anspruch gleicher wettbewerblicher Bedingungen für alle Krankenhäuser sollte in diesem Zusammenhang die Umstellung der Krankenhausstatistik auf eine risikoadjustierte durchschnittliche Verweildauer erfolgen.

Konfligierende Regelungen vermeiden

Landesspezifische Regelungen, die mit anderen Rechtsquellen konfligieren, keine evidenzbasierte wissenschaftliche Grundlage haben oder deren Aktualisierungsbedarf nicht mit den Etappen der Krankenhausplanung zu synchronisieren ist, sind unbedingt zu vermeiden. Landesspezifische Regelungen der Krankenhausplanung sollten dem übergeordneten Ziel dienen, die Krankenhausversorgung bedarfsgerecht sicherzustellen, dem Metropolenstatus Rechnung zu tragen und die Versorgung zu verbessern. In diesem Verständnis ist die Krankenhausplanung eine große Chance für die Akteure im Land, außerhalb des allgegenwärtigen Zentralismus für die Krankenhausversorgung hervorragende, regionale Lösungen zu finden.



International anerkannte Leistungen in Forschung und Lehre tragen zur Strahlkraft unserer Gesundheitsmetropole bei. Die Versorgung profitiert von wissenschaftlicher Exzellenz. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft tritt dafür ein, dass die Rahmenbedingungen für Wachstum, Vernetzung und Wissenschaft in unserer Gesundheitsmetropole als eine politische Win-Win Konstellation gesehen werden.

Prof. Dr. Martin Zeitz, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Ordnungspolitik muss Metropolenfunktion unterstützen

Jahresrückblick 2012



Das Jahresthema 2012 in Hamburg war die Gesundheitsmetropole mit all ihren verschiedenen Facetten. Der Hamburger Krankenhaustag widmete sich einer Standortbestimmung und den Entwicklungsperspektiven unserer Gesundheitsmetropole. Dabei wurde deutlich,

dass die ordnungspolitischen Weichenstellungen sehr darauf abzielen, die zunehmend gefährdete Flächenversorgung sicherzustellen. Metropolen können dabei einen wichtigen Beitrag durch Mitversorgung größerer Umlandbereiche übernehmen. Telemedizin kann als Brückentechnologie eingesetzt werden und muss zügig zur Flächenreife entwickelt werden. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sollten daher solche Versorgungsangebote von Metropolen, die durchaus mit einer gewünschten Leistungsausweitung einhergehen können, unterstützen.

Chronische Erkrankung der Unterfinanzierung besteht fort

Auf der Bundesebene waren die Einführung des neuen Entgeltsystems für die Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Krankenhausfinanzierung für die Somatik die dominierenden, gesundheitspolitischen Themen des Jahres. Die mit dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG) getroffenen Regelungen für die Finanzierung der Somatik blieben jedoch unbefriedigend. Das PsychEntgG beendete zwar ab dem Jahr 2014 die Mehrleistungsabschläge, dafür wurden für das Jahr 2013 die Mehrleistungsabschläge auf zwei Jahre à 25 % ausgedehnt, faktisch also auf 50 % erhöht.

Für die Mehrleistungsfinanzierung muss nun eine Folgeregelung gefunden werden. Es besteht die Chance, einige methodische Mängel zu beseitigen, so die doppelte Degression, und eine gerechtere Finanzierung für zusätzliche Krankenhäuser zu finden, die leistungsstarke Krankenhäuser und Metropolen nicht benachteiligt.

Der chronischen Unterfinanzierung, bedingt durch die jahrzehntelange Budgetdeckelung, konnte bislang jedoch noch nicht befriedigend abgeholfen werden. Erstmals erfolgte in 2012 die Ablösung der gesetzlichen Veränderungsrate durch den Kostenorientierungswert, der den neuen Budgetdeckel bildet. Dieser blieb mit 2 % deutlich hinter den Erwartungen an einen neuen Branchenkostenindex zurück. Daher muss die erstmals vom Statistischen Bundesamt angewandte Methodik noch einmal kritisch durchleuchtet werden. Auch die zusätzliche Tarifraten in Höhe von 0,51 % als einmalige anteilige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen konnte nur als symptomatischer Therapieversuch der chronischen Unterfinanzierung gelten.

Eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung, die sich die Lösung der Probleme Budgetdeckel, verlässliche Refinanzierung von Personalkostensteigerungen, Beseitigung der doppelten Degression und sachgerechte Mehrleistungsvergütung zum Ziel nimmt, ist überfällig und sollte schnellstmöglich in Angriff genommen werden.

Neues Entgeltsystem für die Psychiatrie geht an den Start

Das Kernstück des PsychEntgG war jedoch die Einführung eines völlig neuartigen Entgeltsystems für die Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie, das zum 1. Januar 2013 freiwillig erstmals von Optionskrankenhäusern angewandt werden kann. Analog der DRG-Entwicklung kalkulierte das InEK die PEPP (pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik) allerdings als tagesbezogene Entgelte.

Schon während der Entwicklung wurde schnell deutlich, dass es ungleich schwerer als in der Somatik ist, kosten-trennende Faktoren in der psychiatrischen Behandlung zu identifizieren. Erst spät schlugen die Wogen in der Fachöffentlichkeit hoch. Da eine Vereinbarung der Vertragspartner auf der Bundesebene nicht zustande kam, wurde das neue Vergütungssystem per Verordnung durch den Bundesgesetzgeber in Kraft gesetzt. Nun liegen die Erwartungen auf dem lernenden System, so dass eine sachgerechte Abbildung der eingesetzten Ressourcen in den nächsten Jahren noch zustande kommen kann. Noch bedenklicher stimmt, dass grundlegende Mängel der Krankenhausfinanzierung aus dem somatischen System in das neue PEPP-Entgeltsystem kopiert wurden, dies betrifft insbesondere die absenkenden Tatbestände von Mehrleistungen auf den Preis und die in höchstem Maße wachstumsfeindlichen Mehrerlösmechanismen. Dies, obwohl sich die psychiatrischen und psychosomatischen Fachgebiete als diejenigen mit dem seit Jahren am stärksten steigenden Bedarf erweisen. Hier muss dringend noch einmal gesetzgeberisch korrigiert werden, wenn die psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäuser nicht nach der budgetneutralen Phase in finanzielle Schieflage geraten sollen.

Ambulant-stationäre Kooperationen erleichtert

Erfreulicherweise konnte mit dem PsychEntgG die seit langem geforderte rechtliche Klarstellung zum Einsatz von Kooperationsärzten bei stationären Krankenhausleistungen erzielt werden. Auch im Bereich der vor- und nachstationären Kooperationen brachte das Gesetz eine rechtliche Klarstellung, warf jedoch in der Praxis im ersten Schritt mehr Fragen als Antworten auf.

Hygiene und multiresistente Keime weiterhin im Fokus

Das allgemeine Hygienemanagement und die Problematik multiresistenter Keime standen erneut im Fokus öffentlicher Berichterstattung außerhalb Hamburgs. In Hamburg trat die Hamburgische Verordnung über die Hygiene

und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HmbMedHygVO) in Kraft, die den Krankenhäusern Anforderungen an zusätzliches Fachpersonal sowie eine jährliche Berichtspflicht auferlegt. Die Weiterbildungsinitiativen und Personalrekrutierung für das aufzustockende Fachpersonal haben begonnen.

Die Entwicklung multiresistenter Keime schreitet leider noch immer fort und stellt die Krankenhäuser täglich vor neue Herausforderungen. Die Resistenzentwicklung kann nachhaltig nur sektorenübergreifend bekämpft werden. Ein erweitertes Screening vor Krankenhausaufnahme, auch auf gramnegative Erreger und bei ausgeweiteter Risikogruppendifinition, könnte ein erster Schritt sein. Hamburg bietet sich für ein regionales Projekt zur Bekämpfung der Multiresistenzen an, da kurze Wege und persönliche Kontakte zwischen allen Akteuren eine Abstimmung erleichtern.

Dank

Unsere Mitgliederbefragung zum Jahresende ergab ein sehr gutes Ergebnis. Vielen Dank an unsere Mitglieder für ihre Rückmeldungen. Sehr herzlich danke ich unseren ehrenamtlichen Vorsitzenden und Vorstandsmitgliedern für Ihre Zeit und Ihr Engagement für die Themen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft und somit für die Gemeinschaft der Hamburger Krankenhäuser. Ebenfalls gilt mein Dank den Mitgliedern unserer Verhandlungskommission Landesbasisfallwert, die uns stets höchst fach- und sachkundig sowie engagiert durch die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert begleiten. Ebenso sei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in unserer Geschäftsstelle sehr gedankt für ihren täglichen Einsatz!

Dr. Claudia Brase

Dr. Claudia Brase, Geschäftsführerin



Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft verhandelt in jedem Jahr den Landesbasisfallwert mit den Krankenkassen. In den Verhandlungen ziehen alle an einem Strang. So ist es uns in den letzten Jahren gelungen, trotz schwieriger Rahmenbedingungen in gutem, vertragspartnerschaftlichem Einvernehmen, Einigungen mit den Krankenkassen zu erzielen.

Christoph von Hennig, Leiter des Geschäftsbereichs Controlling des Albertinen-Diakoniewerkes

Das Jahr im Überblick

Wichtige Ereignisse im Berichtsjahr



5. Januar 2012

Gesundheitspolitischer Jahresauftakt

26. Januar 2012

Seminar „EBM 2012“

16. Februar 2012

Seminar „Pflegekomplexmaßnahmenscore 2012“

20. März 2012

Seminar zur Vorbereitung der Budgetverhandlungen 2012

23. April 2012

Vortrag Dr. Claudia Brase „Fachkräftemangel in der Pflege“ im Rahmen der Fachtagung des Hamburger Pflegerates

25. April 2012

Tag der Beschwerdebeauftragten

25. April 2012

4. Treffen Umweltexperten der Krankenhäuser

6. Juni 2012

Onlinegang des neuen Internetauftritts der HKG

7. Juni 2012

Hamburger Krankenhaustag
„Gesundheitsmetropole Hamburg – quo vadis?“





23. August 2012

Sommerfest

9. Oktober 2012

Vortrag Ulrike Jaenicke „Von der Beschwerde zum Kundenbeziehungsmanagement“ im Rahmen des KommGE 2012

17. Oktober 2012

Vortrag Dr. Claudia Brase „Fachkräftemangel in der Pflege“ im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Hamburg – Gesundheitsmetropole mit Leuchtkraft“ der Gesundheitswirtschaft Hamburg

25. Oktober 2012

Seminar „Kommunikation im Beschwerdemanagement“

30. Oktober 2012

5. Treffen Umweltexperten der Krankenhäuser

7. November 2012

Seminar „Neues Entgeltsystem Psychiatrie / Psychosomatik (PEPP)“

8. November 2012

Vortrag Dr. Claudia Brase „Perspektiven der Krankenhausfinanzierung“ im Rahmen der Informationsveranstaltung des BVMed

8. November 2012

Vortrag Ulrike Jaenicke „Das Hamburger Beschwerdemanagement“ im Rahmen der Herbsttagung des Netzwerks Beschwerdemanagement am UKE

6. Dezember 2012

Seminar „DRG-Update 2013“



In Anbetracht des Fachkräftemangels in der Pflege hat sich die Hamburgische Krankenhausgesellschaft schon frühzeitig dafür eingesetzt, die Pflegeausbildung attraktiver zu gestalten. Aber auch die Ausbildungsträger sollten sich aktiv um eine attraktive Pflegeausbildung bemühen, indem sie sich für gute Rahmenbedingungen bei der theoretischen und praktischen Ausbildung einsetzen. Auch Weiterbildungszeiten sollten verkürzt werden um notwendige Spezialisierungen schneller zu ermöglichen um die Ausbildung und Arbeit im Krankenhaus zukünftig attraktiv zu halten.

Michael Schmitz, Geschäftsführer des Ev. Krankenhaus Alsterdorf

Gesundheitsmetropole garantiert stabiles, regionales Wirtschaftswachstum

Rückblick Hamburger Krankenhaustag 2012

Hamburg ist eine wachsende Gesundheitsmetropole. Das Herz der Gesundheitsmetropole bilden die Krankenhäuser, die neben ihrer Kernaufgabe, der medizinischen Versorgung, medizinische Innovationen vorantreiben und große regionale Arbeitgeber sind. Die Gesundheitswirtschaft Hamburg hat einen jährlichen Umsatz von 7 Mrd. Euro, dies entspricht 8 % der Bruttowertschöpfung Hamburgs. Jeder achte Hamburger – 142.000 Erwerbstätige insgesamt – arbeitet in der Gesundheitsbranche. 29.000 Menschen davon arbeiten allein in Hamburger Krankenhäusern. Der Hamburger Krankenhaustag 2012 war einer Standortbestimmung der Gesundheitsmetropole Hamburg gewidmet und hatte das Ziel, Entwicklungsperspektiven und Chancen aufzuzeigen.

Hamburg hat gute Voraussetzungen für weiteres Wachstum

Wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Clusterforschung zeigen: Die Clusterbildung in der Gesundheitswirtschaft Hamburgs befindet sich bereits in einem konsolidierten Stadium: der Wachstumsphase. Cluster durchlaufen Lebenszyklen, die von dem Vorhandensein bestimmter Faktoren abhängig sind: so ist ein attraktiver Arbeitsmarkt für Fachkräfte ein zentraler Erfolgsfaktor für Clusterbildung und Clusterwachstum. Desgleichen ist die Netzwerkbildung ein zentrales Element für ein Cluster. Beides trifft auf Hamburg zu. Die Entstehungs- und Entwicklungsphase eines Clusters hat die Gesundheitsmetropole Hamburg erfolgreich durchlaufen. Nun muss es darum gehen, das Wachstum zu verstetigen. Dafür muss sowohl in Forschung und Entwicklung als auch in das Humankapital weiter investiert werden. Regionale und überregionale Netzwerke müssen ausgebaut werden.

HKG Hamburgische Krankenhausgesellschaft

HAMBURGER KRANKENHAUSTAG 2012
Gesundheitsmetropole Hamburg – quo vadis?

Donnerstag, den 7. Juni 2012
9.00 bis 14.00 Uhr
Hotel Hafen Hamburg

HAMBURGER KRANKENHAUSTAG 2012

Gesundheitsmetropole Hamburg

Hamburg ist eine wachsende Gesundheitsmetropole. Die Metropolregion Hamburg mit ihren Krankenhäusern, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, Universitäten und Hochschulen sind die Voraussetzungen für weiteres Wachstum in der Gesundheitsbranche. Herzstück der Gesundheitswirtschaft sind die Krankenhäuser, die neben der Versorgung als Motor für medizinische Innovationen fungieren. Aber erst die Vernetzung von Clusterpartnern in Medizin, Wissenschaft, Industrie und Dienstleistungen mehr an innovations- und wachstumsfördernde Strukturen der Stadt schafft die Voraussetzungen für Entwicklung. Erfolgsfaktoren sind neben der Verfügbarkeit von Venture Capital, Arbeitsteiligkeit und der Qualität des Fachkräftemarktes, müssen diese in der Gesundheitsbranche übertragen werden.

Wie kann es Hamburg gelingen, diese Voraussetzungen in wirtschaftlichen Faktoren und politischen Entscheidungen zu übersetzen, dass von unserer Gesundheitswirtschaft ein starker Pulsschlag für die schnellste, innovative Entwicklung in Medizin und Versorgung ausgeht?

Mit dem Hamburger Krankenhaustag 2012 soll die Standortbestimmung der Gesundheitsmetropole vor, analysieren und die nächsten Schritte und notwendige Maßnahmen. Wir richten den Blick über die Grenzen der Metropolregion hinaus um in die Potenzialanalyse die Engpässe in ländlichen Regionen zu identifizieren. Durch die Vernetzung mit Metropolregionen wird der Hamburger Krankenhaustag so ein wichtiger Baustein der Gesundheitsmetropole dem internationalen großen Schritt näher zu bringen.

Kontakt: Ulrike Jaenicke, Hamburgische Krankenhausgesellschaft

Leuchttürme in Wissenschaft und Forschung müssen international sichtbar sein. In den nächsten Jahren sind als Themen und Trends in der Gesundheitsbranche zu erwarten: Angebote für individualisierte Medizin, die Ergänzung der Versorgung durch telemedizinische Technologien, besonders für Ältere und immobile Patienten, sowie eine stärkere Patientenorientierung durch sektorenübergreifende Versorgungsangebote. Die Alterung der Bevölkerung, der medizinische Fortschritt und ein wachsendes Gesundheitsbewusstsein lassen die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen stetig steigen. Diese Entwicklung bietet für die Gesundheitsmetropole Hamburg viel Potential.

KONFERENZTAG 2012

Hamburg – quo vadis?

Die Gesundheitsmetropole. Die Infrastruktur von Krankenhäusern, Medizintechnikhochschulen bietet die besten Voraussetzungen für das Wachstum der Gesundheitsmetropole. Die medizinische Versorgung und die Forschung sind die Stärken der Metropolregion. Ambulanter und stationärer Sektor und das kleine Quäntchen Wachstumsfreudigkeit in der Metropolregion für eine dynamische Entwicklung anderer Branchencluster, wie die zentrale Größe in der regulierten Gesundheitsbranche.

Wie, das „Mehr“ an klimafreundlichen Freiräumen zuzulassen, so die Gesundheitsmetropole international der innovativsten und dynamischsten Metropolregion. Was brauchen wir dafür?

Am Tag nehmen wir eine Bestandsaufnahme des Entwicklungsstands unserer Gesundheitsmetropole, das Wachstumspotenzial, die rechtlichen Rahmenbedingungen. Die Metropolengrenzen hinaus, die medizinische Versorgungsformen und Lösungsmöglichkeiten der Metropolregion einzubeziehen. Der Tag soll dazu beitragen, unsere Generationen den Spitzenplatz einzunehmen!

Tagungsprogramm

- 9.00 Empfang mit Kaffee und Tee**
- 9.20 Begrüßung**
Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, 1. Vorsitzender der HKG
- 9.30 Grußwort**
Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg
- 9.40 Telemedizin als Eckpfeiler medizinischer Versorgung in innovativen Gesundheitsmetropolen**
Dr. Michael Meyer, Siemens Deutschland Healthcare, Vice President Clinical Products, stellv. Vorsitzender des Vorstandes DGIV e.V.
- 10.10 Entwicklungsfaktoren innovativer Cluster**
Prof. Dr. Ralf Elbert, Technische Universität Darmstadt, Fachgebiet Unternehmensführung und Logistik
- 10.40 Diskussion „Gesundheitsmetropole – quo vadis?“**
Walter Plassmann, Stv. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg
Maren Puffarcken, Leiterin der TK-Landesvertretung Hamburg
Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, 1. Vorsitzender der HKG
Dietrich Wersich, Vorsitzender der CDU-Bürgerschaftsfraktion
Moderation: Dr. Claudia Brase, Geschäftsführerin der HKG
- 11.45 Kaffeepause**
- 12.15 Perspektiven einer Bündelung der stationären Versorgung in Städten**
Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Universität Hamburg, Direktor des Hamburger Center for Health Economics
- 12.45 Die Metropole als Motor für die Zukunft der Gesundheit**
Dr. Josef Hilbert, Geschäftsführender Direktor des Instituts Arbeit und Technik der westfälischen Hochschule
- 13.15 Gemeinsames Mittagessen**
- Moderation:**
Dr. Claudia Brase, Geschäftsführerin der HKG
Ulrike Joenicke, Pressesprecherin der HKG

Hamburgische Krankenhausgesellschaft, Telefon 040 / 25 17 38-29, E-Mail: presse@ikgweb.de

häuser ist eine Voraussetzung für weiteres wirtschaftliches Gedeihen der Gesundheitsmetropole. Hamburg war mit seiner Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser immer bundesweit an der Spitze. Dies ist auch für die Zukunft eine wesentliche Bedingung für eine positive Clusterentwicklung.

Fachkräfte sind zentral für die Gesundheitsbranche

Kreative und hochqualifizierte Fachkräfte sind die „Schlüsseltechnologie“ der Dienstleistung Gesundheit. Daher ist ein lebendiger Fachkräftemarkt zentral für eine prosperierende Gesundheitswirtschaft. Dies gewinnt bei zunehmender Verknappung von medizinischem Fachpersonal, gerade in ländlichen Regionen, immer mehr an Bedeutung. Zum Glück ist es attraktiv, in Hamburg zu leben und zu arbeiten. Regionale Initiativen für neue Berufsbilder können dazu beitragen, die Attraktivität weiter zu erhöhen. Wenn die universitäre Strahlkraft der medizinischen, gesundheitswissenschaftlichen und gesundheitsökonomischen Fachrichtungen weiter gestärkt wird, kann die internationale Strahlkraft auf Experten und die damit verbundene Sogwirkung noch erhöht werden.

Telemedizin erschließt neue Versorgungsformen

Die Telemedizin steht an der Schwelle der Flächeneinführung. Sie ermöglicht unter Einsatz audiovisueller Kommunikationstechnologien trotz räumlicher Trennung Arztkontakt. Der zunehmende Fachkräftemangel in ländlichen Regionen treibt die Telemedizin zusätzlich voran. Hier besteht für Gesundheitsmetropolen wie Hamburg eine große Chance, an der Mitversorgung weiter entfernter und strukturschwacher Regionen verstärkt mitzuwirken. Eine E-Health-Initiative der Bundesregierung soll die Flächeneinführung beschleunigen helfen. Verschiedene Probleme aus unterschiedlichen Rechtskreisen sind zuvor noch zu lösen. Ein neues Internetportal, welches das Bundesgesundheitsministerium bei dem Institut Arbeit und Technik (IAT) und dem Fraunhofer-Institut für offene Kommunikationssysteme FOKUS in Auftrag gegeben hat, soll die Entwicklung von E-Health-Anwendungen vorantreiben.

Investitionskraft als Voraussetzung für Wachstum und Innovation

Ein zentraler Entwicklungsfaktor für wachsende Cluster ist der Zugang zu Kapitalquellen. Eine ausreichende Finanzierung ist die Voraussetzung für Investitionen in Innovationen, neue Versorgungsformen und allgemeines Wachstum.

Unternehmen der Gesundheitswirtschaft müssen Gewinne erzielen können, um diese wieder in technologischen Fortschritt und die Entwicklung neuer Angebote investieren zu können. Eine ausreichende Investitionsfinanzierung im dualen Finanzierungssystem der Kranken-

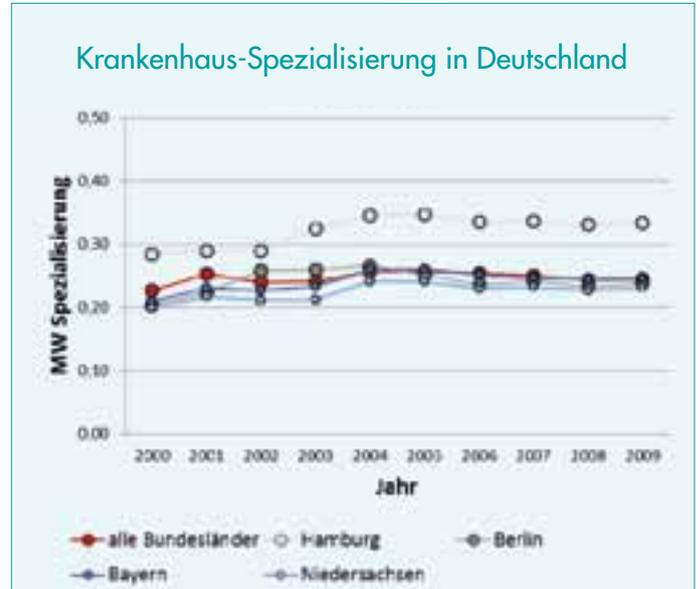
Mit dem Internetportal sollen strukturierte Informationen für Anbieter und Anwender bereitgestellt werden, um auf vorhandene Erfahrungswerte aufbauen und Entwicklungsprozesse für Telemedizinanwendungen beschleunigen und effizienter machen zu können.

Herausgehobene Krankenhausmedizin in Metropolen

In vielen anderen europäischen Ländern existiert eine Bündelung von stationären Versorgungsangeboten in Metropolen. In Skandinavien werden Patienten auf dem Land nur erstversorgt und dann in spezialisierte Zentren in Ballungsgebieten transportiert. In Deutschland mit seiner Tradition der wohnortnahen Versorgung wird Krankenhausversorgung flächendeckend auf hohem Niveau angeboten. Die Ressourcenverknappung wird zukünftig auch andere Versorgungsmodelle notwendig machen. Hier kommt Gesundheitsmetropolen wie Hamburg eine stärkere Verantwortung für die Mitversorgung strukturschwacher Gebiete zu. Im Gegenzug führt die hohe Spezialisierung der Krankenhausversorgung in Metropolen zu hoher Expertise und Innovationsführerschaft in diesen Bereichen.

Ordnungspolitische Implikationen

Die Spezialisierung und überregionale Inanspruchnahme von Krankenhäusern in Metropolen sollte stärker als Chance für die Gesundheitswirtschaft insgesamt und als mögliche Antwort auf die zunehmenden Probleme der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung betrachtet werden. Krankenhäuser sind keine Kostentreiber, sie leisten ein unverzichtbares Kernstück der Gesundheitsversorgung unter ökonomisch schwierigen Bedingungen. Ordnungspolitisch muss die Versorgung stärker an den tatsächlichen Patientenflüssen in Metropolregionen ausgerichtet werden und nicht strikt an der Grenze des jeweiligen Bundeslandes enden. Wachsende Gesundheitsmetropolen dürfen nicht durch finanzielle Sanktionen in ihrer Entwicklung behindert werden, zumal, wenn sie einen wesentlichen Beitrag an der Mitversorgung umliegender Regionen leisten. Im Gegenteil: sektorenübergreifende, neue Versorgungsmodelle Stadt / Land, möglichst



Quelle: Jonas Schreyögg, www.hche.de



Quelle: Jonas Schreyögg, www.hche.de

unter Einbezug neuer Technologien, müssen dringend gefördert werden. Hamburg ist als Zentrum der hochspezialisierten Versorgung gut gerüstet. Schon heute kommt ein Drittel der Patientinnen und Patienten der Hamburger Krankenhäuser aus dem Hamburger Umland und profitiert von den spezialisierten Angeboten der Metropole, Tendenz steigend.



Durch die Informationsveranstaltungen der HKG und durch die regelmäßigen Seminare, beispielsweise über Änderungen der Abrechnung und Codierung, zu den Budgetverhandlungen oder zu Themen des Beschwerdemanagements sind wir mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern immer auf dem Laufenden.

Christoph Schmitz, Kaufmännischer Direktor des Kath. Marienkrankenhauses

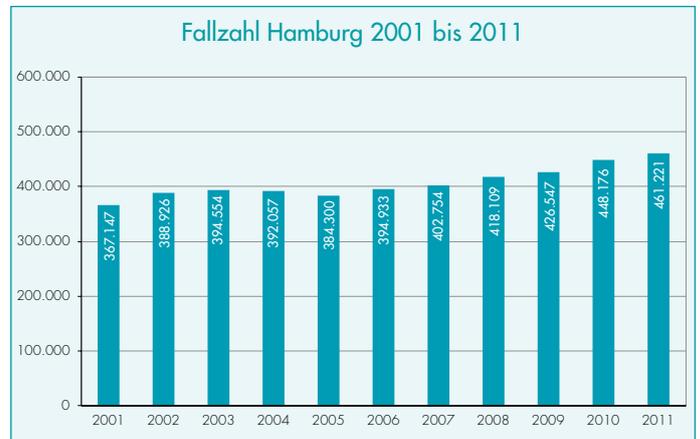


Krankenhäuser sind eine starke Wirtschaftskraft

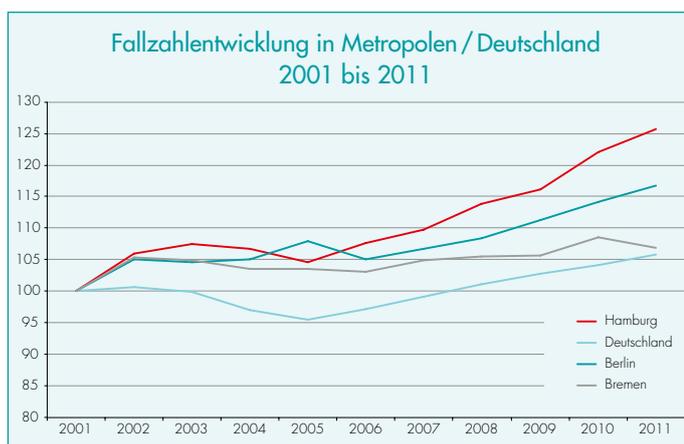
Hamburger Krankenhäuser in Zahlen

Hamburg ist das Zentrum einer wachsenden Metropolregion. Die in diesem Zentrum konzentrierten Versorgungsangebote stellen die Versorgung der Bevölkerung auch in den umliegenden Gebieten sicher. Die Krankenhäuser in Hamburg und in weiteren Metropolen, wie Berlin und Bremen, sind attraktive Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen. Dies spiegelt die Entwicklung der Fallzahlen der letzten Jahre wider, die alle ein stärkeres Wachstum als der Bundesdurchschnitt aufweisen. Krankenhäuser passen ihre medizinischen Leistungsangebote fortlaufend an den wissenschaftlichen Fortschritt an. Oftmals sind sie Initiatoren und Entwickler von neuen medizinischen Verfahren. Krankenhäuser sind eine starke Wirtschaftskraft und in Hamburg krisenfeste Arbeitgeber für fast 30.000 Menschen.

Die Leistungs- und Personalentwicklung der Krankenhäuser in Hamburg ist durch Dynamik gekennzeichnet. In den zehn Jahren von 2001 bis 2011 nahm die Zahl der stationär behandelten Patienten in Hamburg um rund 94.000 (26 %) zu.



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Indexberechnung HKG

Neben der überdurchschnittlichen Zunahme der Fallzahl werden in Hamburgs Krankenhäusern aber auch ein hoher Anteil schwer erkrankter Patienten behandelt. Im Bereich der Somatik wird dies an der höchsten durchschnittlichen Fallschwere (Case-Mix-Index, CMI) aller Bundesländer sichtbar.

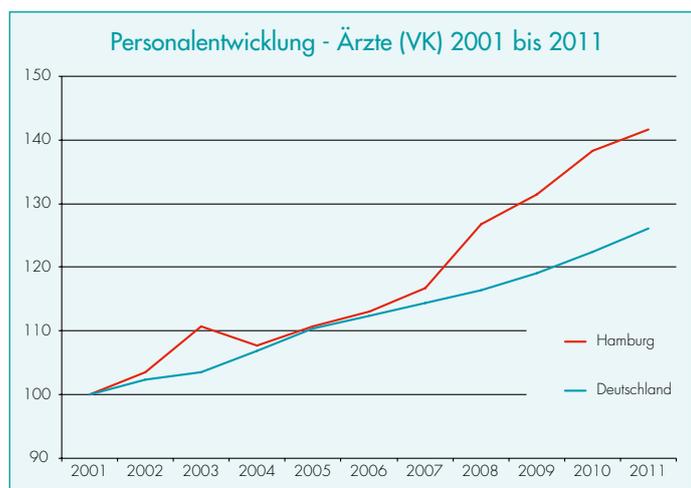
Land	2010	2011
Deutschland	1,079	1,080
Hamburg	1,237	1,237
Berlin	1,213	1,219
Thüringen	1,102	1,114
Sachsen	1,110	1,108
Baden-Württemberg	1,093	1,097
Bremen	1,083	1,087
Saarland	1,086	1,084
Nordrhein-Westfalen	1,073	1,076
Hessen	1,073	1,074
Brandenburg	1,070	1,073
Schleswig-Holstein	1,087	1,072
Mecklenburg-Vorpommern	1,065	1,067
Niedersachsen	1,061	1,057
Sachsen-Anhalt	1,049	1,055
Bayern	1,047	1,046
Rheinland-Pfalz	1,005	1,001

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.4 Tabelle 5.2.1

Beide Faktoren, Fallzahlwachstum und höchster Schweregrad, führen zu einem überdurchschnittlichen Wachstum der Behandlungsleistung, ausgedrückt in Case-Mix-Punkten.

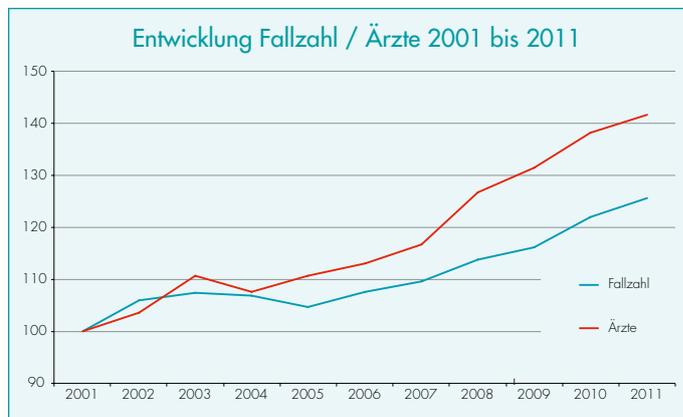
Mehr Ärzte und Pflege

Die Leistungsentwicklung war nur mit einer verbesserten Personalausstattung bei Ärzten und in der Pflege zu bewältigen. Im Zeitraum 2001 bis 2011 ist die Zahl der Vollkräfte im Ärztlichen Dienst um rund 42 % gestiegen, seit Einführung des Landesbasisfallwertes im Jahre 2005 um rund 28 %, im Pflege- und Funktionsdienst um rund 11 %. Diese Spitzenwerte weist kein anderes Bundesland auf.



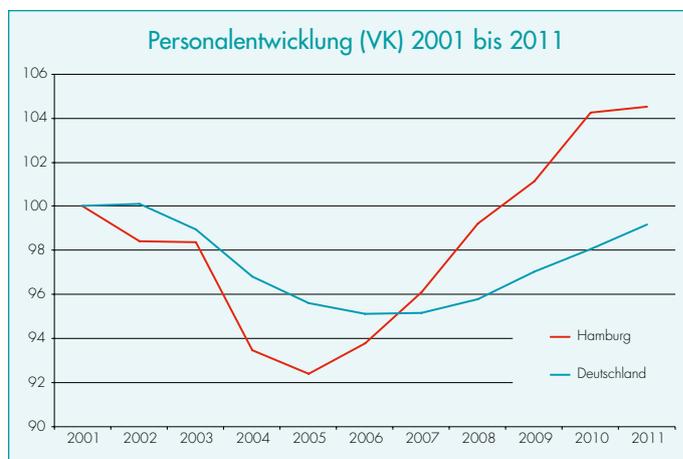
Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Indexberechnung HKG

Seit 2007 liegt die Zunahme des ärztlichen Personals deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Sie liegt auch über dem Anstieg der Fallzahlen und belegt die verbesserte Versorgungssituation und Arbeitsbedingungen.



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Indexberechnung HKG

Die Beschäftigung im Krankenhaus ist auch insgesamt deutlich angestiegen. Gegenüber 2005 sind 13 % mehr Vollkräfte zu verzeichnen. Der entsprechende Wert für Deutschland beträgt dagegen nur 3,7 %.



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Indexberechnung HKG

Die Zunahme der Beschäftigten sowie die Tarifentwicklung, insbesondere im ärztlichen Bereich, führen zu einem entsprechend hohen Kostenanstieg.



Die seelischen Krankheiten in der Bevölkerung bringen die medizinische Versorgung zunehmend an ihre Kapazitätsgrenzen. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft tritt für adäquate Versorgungsangebote und eine Spezialisierung in den Bereichen Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik ein, so dass sinnvolle und innovative Lösungen für die Bevölkerung der Metropolregion Hamburg entstehen können.

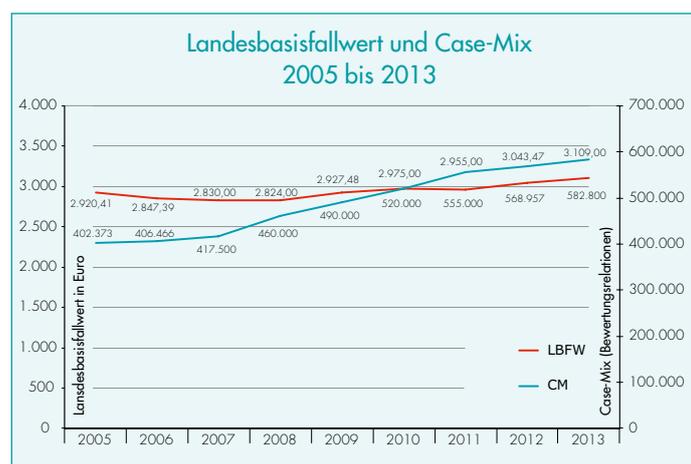
Dr. Michael Knapp, Klinikgeschäftsführer Schön Klinik Hamburg Eilbek

Metropolen brauchen leistungsfreundliche Finanzierungsregeln und Planungssicherheit

Krankenhausfinanzierung für die Metropole

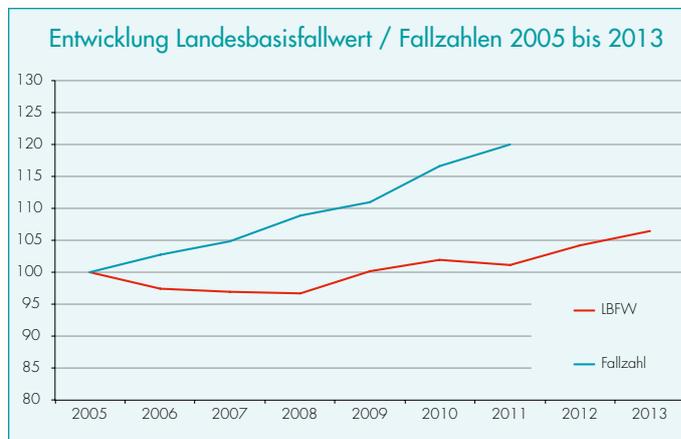
In Hamburg werden über 461.000 Patienten pro Jahr in 34 Krankenhäusern mit einem Umsatz von über 2 Mrd. Euro behandelt. Leistungssteigerungen müssen auch zu proportionalen Vergütungssteigerungen führen. Guter Leistung, einer Erhöhung der Produktivität und dem Erfolg eines Unternehmens am Markt muss auch ein Umsatzwachstum folgen. Erfolg ist der Ansporn für Weiterentwicklung und Innovation. Wachstum muss erlaubt und möglich sein und darf nicht willkürlich begrenzt oder beschnitten werden. Planwirtschaftliche Beschränkungen, wie bspw. Budgets und Erlösausgleiche, sind ebenso wie politisch motivierte Zwangsabgaben leistungsfeindlich und konterkarieren unternehmerischen Erfolg.

Die Zunahme der Leistungen und die Tarifentwicklung, insbesondere im ärztlichen Bereich, führen zu einem entsprechend hohen Kostenanstieg. Diese Entwicklung vollzieht der Landesbasisfallwert nicht nach. Seit seiner Einführung im Jahr 2005 bis zum Jahr 2013 ist der Landesbasisfallwert angesichts der Fallzahlentwicklung von über 20 % lediglich um 6,5 % angestiegen.



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

Die Ursachen liegen in der politisch gewollten und gesetzlich festgeschriebenen sog. Deckelung und den gesetzlichen Mechanismen, nach denen zusätzliche Leistungen gegenüber dem Vorjahr eine absenkende Wirkung haben müssen.



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 und Vereinbarungen Hamburg

Seit über 20 Jahren sind die Zuwächse der Budgets und Entgelte auf eine Rate begrenzt, die sich an der Entwicklung der Beitragseinnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung orientiert („Grundlohnrate“). Der Zuwachs des im Jahr 2005 eingeführten Landesbasisfallwerts wurde auf niedrige Werte zwischen 0,28 % und 2 % begrenzt. Der Wert des erstmals für 2013 eingeführten sog. Kostenorientierungswertes (2 %) und die Systematik seiner Ermittlung durch das Statistische Bundesamt lassen nichts Besseres erwarten.

Eine Finanzierung der durch Tarifverträge verursachten Mehrkosten für das Personal ist durch diese Werte bisher nicht vollständig möglich gewesen.

Ähnliches gilt auch für die Sachkosten des Krankenhauses. Hier ist die begrenzende Veränderungsrate bis auf zwei Jahre niedriger als der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Verbraucherpreisindex für die Lebenshaltung. Und dieser Index kann aufgrund seiner abweichenden Zusammensetzung die Preisentwicklung im Krankenhaus nicht sachgerecht abbilden.

Angesichts der Leistungsentwicklung in Metropolen muss daher eine vollständige Finanzierung der zusätzlichen Personal- und Sachkosten gewährleistet werden, auf deren Entstehung das Krankenhaus keinen Einfluss hat. Hierzu gehören insbesondere Mehrkosten aufgrund von

Tarifverträgen, Sozialversicherungsbeiträgen und vom Gesetzgeber verursachte Sachkostenerhöhungen, wie zum Beispiel die unlängst beschlossene EEG-Umlage auf die Strompreise.



Quelle: Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Gesundheit

Aber auch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verursachten Mehrkosten sind hier zuzuordnen. In diesem untergesetzlichen Gremium werden zunehmend strukturbestimmende Beschlüsse für Leistungsbereiche gefasst, die zu zusätzlichen Kosten führen, da verbindliche Vorgaben zur (Mindest-)Personalbesetzung und/oder Qualifikation des Personals festgelegt werden. Hiervon sind Krankenhäuser in Metropolen besonders betroffen, da diese Leistungsbereiche hier konzentriert auftreten - wie zum Beispiel neonatologische Intensivbehandlungen. Eine Finanzierung dieser G-BA-Vorgaben ist aufgrund der Zuwachsbegrenzung durch die gesetzliche Veränderungsrate nicht gewährleistet.

Krankenhäuser brauchen stabile Rahmenbedingungen, um den staatlichen Versorgungsauftrag erfüllen zu können und im Qualitätswettbewerb bestehen zu können. Dazu gehört eine nicht nur teilweise Finanzierung der Personal- und Sachkostenentwicklung. Periodisch wiederkehrende Notmaßnahmen in Form von Tarifizuschlägen mildern zwar die Symptome, beheben aber nicht deren Ursachen: Budgetierung der Erlöse und Deckelung der Entgelte.

Leistungsfeindliches Finanzierungssystem

Die Krankenhäuser in Metropolen werden überdurchschnittlich und zunehmend in Anspruch genommen. Die derzeitigen gesetzlichen Regeln im Finanzierungsrecht „bestrafen“ aber Krankenhäuser in mehrfacher Hinsicht: Zusätzliche Leistungen müssen im Landesbasisfallwert absenkend berücksichtigt werden. Für diese leistungsfeindliche Bestimmung findet sich keine überzeugende Begründung, denn mit der DRG-Fallpauschale wird die Behandlungsleistung des einzelnen Falles vergütet.

Durch die Absenkung sind auch die Krankenhäuser nachteilig betroffen, die keine Leistungssteigerungen oder einen Rückgang der Leistung zu verzeichnen haben. Sie „haften“ für die Leistungssteigerungen mit.

Zu dieser Absenkung auf der Landesebene kommt als zusätzlicher Sparbeitrag zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung (von der allerdings auch alle übrigen Nutzer des Krankenhauses profitieren) ein weiterer Abschlag für die Krankenhäuser zur Anwendung, die zusätzliche Leistungen erbringen. Dieser Abschlag, oder besser gesagt Rabatt, wurde vom Gesetzgeber zunächst auf 30 % festgesetzt. Dann freigegeben, was in den meisten Bundesländern zu ähnlich hohen Abschlägen führte, worauf der Gesetzgeber wieder tätig wurde mit einer Absenkung auf 25 % in 2013; nur gilt dieser Abschlag dann aber auch noch in 2014, was praktisch eine Abschlagshöhe von 50 % für Mehrleistungen in 2013 bedeutet. Für die Zeit ab 2015 stehen noch keine Bestrafungsmaßnahmen fest. Es steht zu befürchten, dass diese dann noch im Schnellverfahren eingeführt werden.

Diese doppelte Absenkung der Vergütung bei Mehrleistungen, sowohl auf Landesebene als auch auf Krankenhausebene (sog. doppelte Degression), ist leistungsfeindlich und betrifft in besonderem Maße Metropolen wie Hamburg. Sie negiert die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt, der auch älter werdenden Patienten noch Behandlungsmöglichkeiten bietet. Solche Angebote sind in Metropolen wie Hamburg konzentriert.

Vergütung der Leistung folgen lassen

Das Krankenhausfinanzierungssystem ist derzeit nicht darauf angelegt, dass Erfolg sich für Krankenhäuser auch finanziell adäquat auszahlt. Die strittige Mehrleistungsfinanzierung sowie ein Budgetsystem mit leistungsfeindlichen Mehrerlösausgleichen sind der Beweis dafür. Mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems wurde der erste Schritt für ein leistungsorientiertes Vergütungssystem gemacht: Das Geld sollte der Leistung folgen. In einem marktwirtschaftlich organisierten System ein ganz normaler Vorgang. Leider hat man den zweiten Schritt (bisher) nicht gemacht: Die Abschaffung des Krankenhausbudgets. Damit folgt das Geld nicht der Leistung, sondern einem mit der GKV vereinbarten Betrag oder der Entscheidung einer Schiedsstelle. Denn Mehrerlöse müssen zu einem hohen Anteil an die Kostenträger zurückgezahlt werden. Damit und durch die doppelte Degression bei zusätzlichen Leistungen verlagert sich das Morbiditätsrisiko von den Kostenträgern auf die Krankenhäuser. Die Risikoübernahme ist allerdings Aufgabe der GKV - denn dafür erhalten die Versicherungen ihre Beiträge.

Rahmenbedingungen für Innovationen vereinfachen

Innovationskraft ist ein wesentlicher Faktor für das Wachstum und das Zukunftspotential einer Branche. Innovationen sind auch ein wichtiger Faktor für die Wettbewerbsfähigkeit von Krankenhäusern und haben starken Einfluss auf die Patientenauswahlentscheidung. Sie müssen daher schneller Eingang in die medizinische Versorgung finden.

Die Rahmenbedingungen müssen so gestaltet werden, dass Wachstum stattfinden kann und befördert wird. Spitzenmedizin auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand erfordert finanzstarke Krankenhäuser. Die Finanzierung muss unbürokratisch und gesichert sein. Derzeit sind die rechtlichen Regelungen aber zu bürokratisch, zu langsam und können zu Therapiebrüchen führen. Für eine Stärkung der Innovationen könnte eine separate Innovationsfinanzierung oder alternativ eine ungekürzte Vergütung aller Krankenhausleistungen infrage kommen. Anstelle der bürokratieintensiven Vereinbarung von Entgelten nach

§ 6 Abs. 2 und 2a KHEntgG (NUB-Entgelte) könnten 5 % des Erlösbudgets zusätzlich als pauschales Innovationsbudget vereinbart werden.

Wenn Krankenhäuser in einem System arbeiten, in dem Leistung voll bezahlt wird, ist auch eine Innovationsfinanzierung aus eigener Kraft vorstellbar. Heute ginge es nur einfacher und gerechter durch den Innovationszuschlag. Die leistungsfeindliche Budgetdeckelung durch begrenzte Veränderungsrate wirkt sich innovations- und wachstumsfeindlich aus und sollte entfallen. Das Gleiche gilt für die Mehr- und Mindererlösausgleiche. Die aktuelle Entwicklung der nur noch teilweisen Finanzierung von Mehrleistungen schwächt die Wirtschaftskraft und damit direkt die Innovationskraft der Krankenhäuser.

Sparen ist kein Wert an sich

Sparkonzepte sind der falsche Weg und werden diese Branche mit hohem Wachstumspotential künstlich klein halten und aushungern. Die Finanzierung, sowohl der Betriebsmittel als auch der Investitionen, in Krankenhäusern muss langfristig gesichert sein. Der gesellschaftlichen Entwicklung der Alterung und Morbiditätsentwicklung muss durch ausreichende Finanzierung Rechnung getragen werden. Dazu gehört auch, die Krankenhäuser durch entsprechende Finanzierungsregelungen in die Lage zu versetzen, die benötigten Fachkräfte - angesichts des inzwischen nicht mehr nur drohenden Fachkräftemangels - auszubilden und zu marktgerechten Konditionen vergüten zu können.

Krankenhäuser brauchen Planungssicherheit für unternehmerische Entscheidungen. Ob es sich um Investitionsentscheidungen handelt, den Aufbau neuer Leistungsangebote, die Einführung eines neuen Ausbildungsganges oder eine mittel- und langfristige Finanzplanung: Diese und viele weitere Bereiche benötigen eine Planungssicherheit, die weiter trägt als bis zur nächsten Gesetzesnovelle oder Bundestagswahl. Die Krankenhausbranche wird ihr Potential nur voll entfalten können, wenn die Rahmenbedingungen langfristig tragen.

Früchte der verbandspolitischen Arbeit

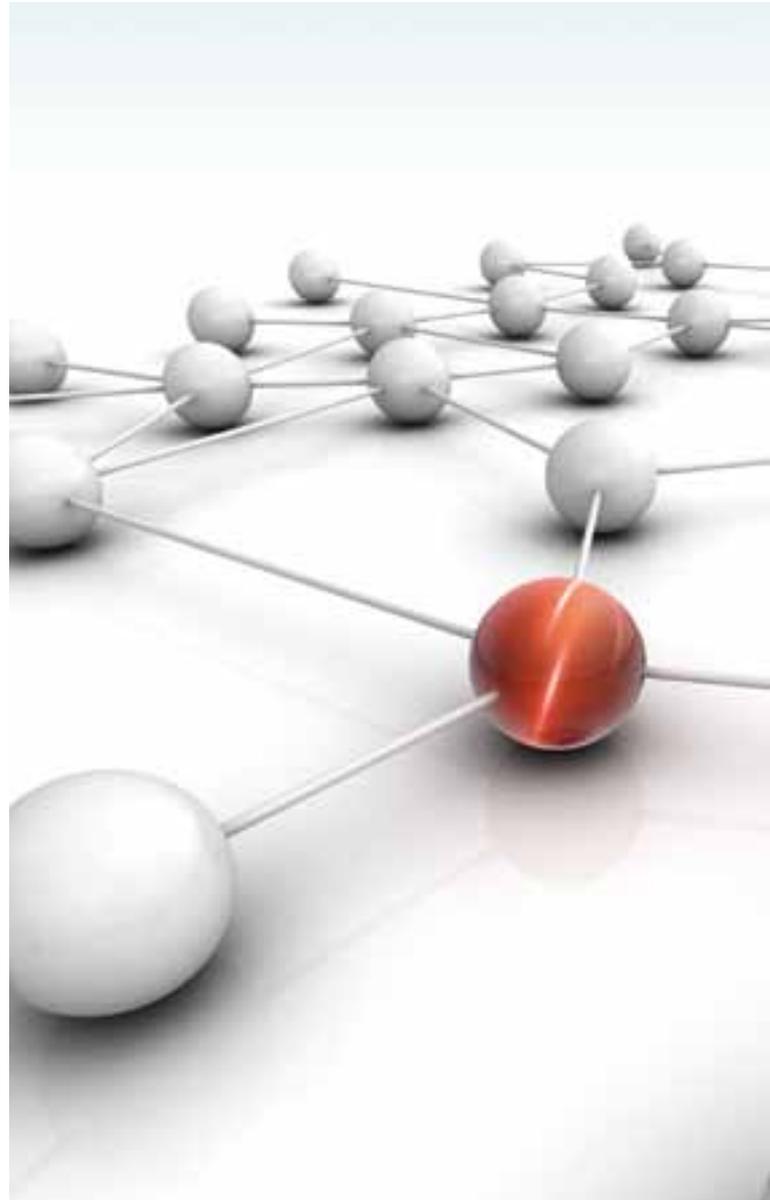
Engagement für Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten

Für die Krankenhäuser in Hamburg ist es eine gute Tradition, mit niedergelassenen Ärzten eng zusammenzuarbeiten. Der entscheidende Meilenstein für die Förderung der Kooperationen wurde durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bereits 2007 gelegt. Einer besseren Verzahnung der Sektoren standen dennoch weitere Rechtsunsicherheiten entgegen.

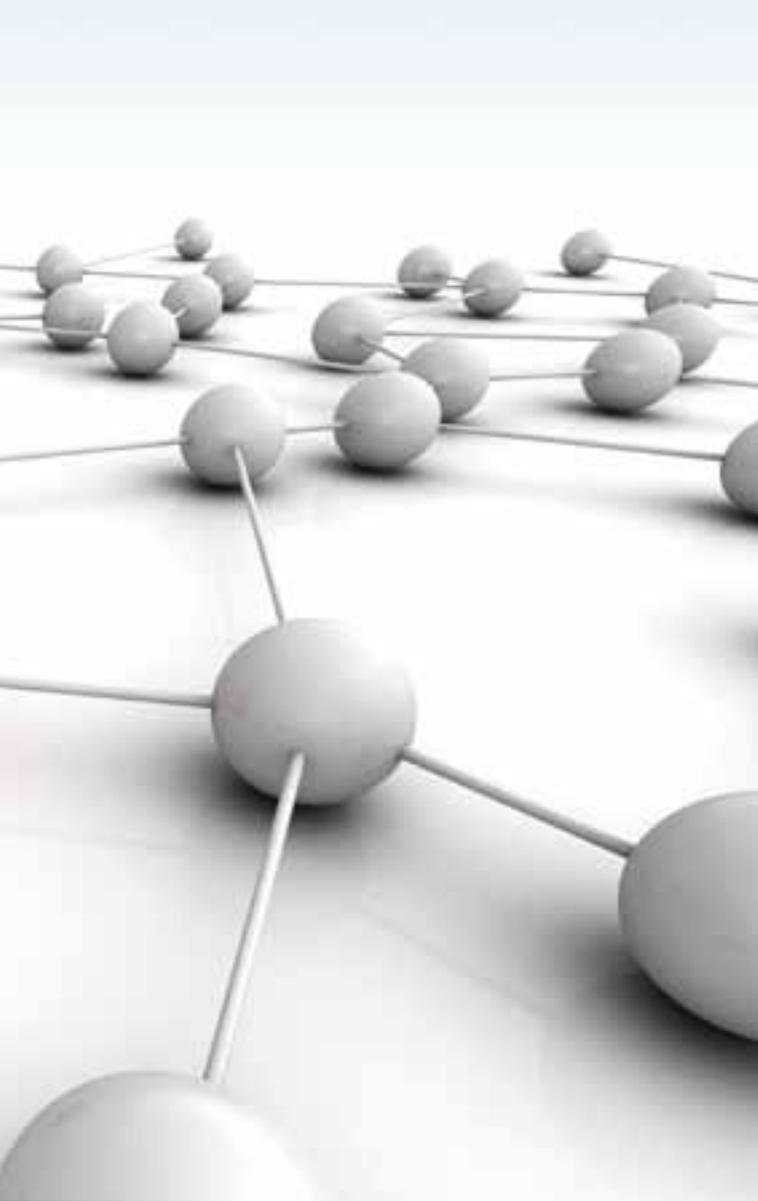
Entscheidender Vorteil einer kooperativen Versorgung ist die bessere Versorgungsqualität der Patienten über die Grenzen des Krankenhauses hinweg. Mit mehr Flexibilität bei der ambulanten und stationären Versorgung lässt sich eine abgestimmte und durchgängige Behandlung verwirklichen. Daher hat die Hamburgische Krankenhausgesellschaft sich für rechtlich sichere Kooperationsmöglichkeiten zwischen ambulant tätigen Ärzten und Krankenhäusern ausgesprochen und sich insbesondere für die Legalisierung der durch Kooperationsärzte im Krankenhaus erbrachten Hauptleistung eingesetzt; in der Vergangenheit auch ein beliebter Streitpunkt zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Auch bei der Einbindung von Vertragsärzten in die vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a SGB V) und beim Ambulanten Operieren (§ 115b SGB V) bestand Bedarf für eine gesetzgeberische Klarstellung. Trotz überzeugender versorgungspolitischer Argumente aller Beteiligten und dem Nutzen für die Patienten hing über allen Modellen das Damoklesschwert der rechtlichen Bewertung. Die Ungewissheit durch fehlende Gesetzesvorgaben verunsicherte Krankenhäuser und Kooperationsärzte. Diese wurde durch zahlreiche Urteile geschürt, die stets ausführlich die rechtlichen Grenzen aufzeigten, aber im Ergebnis doch kein klares Bild über zulässige Gestaltungen lieferten.

Hand-in-Hand beim Ambulanten Operieren

Handlungsbedarf der Selbstverwaltung entstand im Bereich des Ambulanten Operierens durch eine gesetzliche Änderung des § 115b Abs. 1 Satz 4 SGB V. Das Bundessozialgericht hatte mit Urteil vom 23. März 2011 festgestellt, dass es zur Einbeziehung von Vertragsärzten



in die ambulanten Operationen des Krankenhauses einer Rechtsgrundlage bedürfe. Da eine einvernehmliche Änderung des AOP-Vertrages nicht in Aussicht stand, waren weitere verbandspolitische Aktivitäten erforderlich. Im Ergebnis konnte erreicht werden, dass die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes die Verpflichtung durch den Gesetzgeber erhielten, eine entsprechende Regelung in den AOP-Vertrag aufzunehmen. Zum 1. Juni 2012 konnte



Richtschnur für Kooperationen im Bereich der vor- und nachstationären Behandlung

Im Zuge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes hat der Gesetzgeber auch den Weg für Kooperationen bei der vor- und nachstationären Behandlung der Patienten geebnet. In § 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V wurde klargestellt, dass das Krankenhaus die Behandlung auch durch ausdrücklich beauftragte Vertragsärzte erbringen kann. Die gemeinsame Clearingstelle der Ärztekammer Hamburg, der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft hat sich aus diesem Anlass zu Beginn des Jahres 2012 mit den Rahmenbedingungen für diese Kooperationen befasst und Hinweise erarbeitet. Diese wurden im Hamburger Ärzteblatt (Ausgabe 04/2012) veröffentlicht.

Rechtssicherheit für die Einbindung von Honorarärzten

Ein besonders wichtiges Anliegen für die Krankenhäuser war es, auch bei der Erbringung stationärer Leistungen auf sicherer gesetzlicher Grundlage mit Vertragsärzten zusammenzuarbeiten. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft hatte sich daher auf Bundesebene für eine gesetzliche Klarstellung eingesetzt. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum PsychEntgG konnten die Vorschläge erfolgreich eingebracht werden. Die Früchte dieser verbandspolitischen Arbeit finden sich seit Juli 2012 in den Regelungen des § 2 Abs. 3 KHEntgG und § 2 Abs. 3 BpflV wieder. Dort ist nunmehr klargestellt, dass allgemeine Krankenhausleistungen auch durch nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte erbracht werden können.

der überarbeitete Vertrag in Kraft treten. Er enthält in § 7 Abs. 4 Satz 3 die Klarstellung, dass Krankenhäuser die Leistungen auch auf Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit mit niedergelassenen Vertragsärzten erbringen können.

Das Engagement der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft und der weiteren Krankenhausverbände hat die Klärung und Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen für Kooperationen ein großes Stück voran gebracht. Der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten konnte der weitere Weg geebnet werden.



Krankenhausplanung ist unter den heutigen gesetzlichen Rahmenbedingungen eine wesentliche Voraussetzung für Planungssicherheit und Wachstum. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft setzt sich für eine Krankenhausplanung ein, die sowohl zu unserem Entgeltsystem als auch zu den besonderen Anforderungen an unsere Krankenhäuser als Metropolenversorger passt.

Dr. Christoph Mahnke, Geschäftsführung der Asklepios Kliniken Hamburg



Sektorenübergreifender Ansatz notwendig

Krankenhaushygiene und Infektionsprophylaxe

Hygienemängel können – nicht nur im Krankenhaus - zu schwerwiegenden und möglicherweise tödlich verlaufenden Erkrankungen führen, insbesondere wenn es um die Versorgung von Früh- und Neugeborenen oder von geschwächten, multimorbiden und hochbetagten Patienten geht. Um Hygienemängeln vorzubeugen, wurden in den letzten Jahren verschiedene Empfehlungen und Gesetzesvorhaben auf Bundes- und auf Landesebene auf den Weg gebracht. So auch in Hamburg.

Hamburger Hygieneverordnung verabschiedet

Vor dem Hintergrund des im Jahre 2011 geänderten Infektionsschutzgesetzes waren die Bundesländer aufgefordert, jeweils bis zum 31. März 2012 eine Landesverordnung zur Hygiene zu erlassen. Eine wesentliche Grundlage für diese Verordnung ist die auch im Gesetz zitierte Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch Institut (KRINKO) „personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ aus dem Jahr 2009.

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz hatte uns Anfang 2012 ihren Entwurf für eine Hamburgische Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HmbMedHygVO) zugeleitet, so dass wir unsere Forderungen in das Verfahren einbringen konnten. Die Verordnung wurde Ende März 2012 vom Senat beschlossen und ist seitdem in Kraft. Die Hamburger Hygieneverordnung gilt für Krankenhäuser, Einrichtungen für Ambulantes Operieren, Dialyseinrichtungen und Tageskliniken, Rehabilitationseinrichtungen sowie Arzt- und Zahnarztpraxen.

Für ein lückenloses Hygienemanagement fehlen aus unserer Sicht die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen als wichtiger Teilbereich in der Versorgung. Da im Infektionsschutzgesetz jedoch dafür keine Grundlage gelegt wurde, konnten die Pflegeeinrichtungen bislang nicht einbezogen werden.

Detaillierte Anforderungen

Viele Inhalte der Hamburger Hygieneverordnung sind nicht neu, sondern waren schon zuvor als Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anzusehen und wurden daher von den Krankenhäusern umgesetzt, so etwa die speziellen Aufgaben des Hygienemanagements und das hierfür qualifizierte ärztliche und pflegerische Personal, die Berücksichtigung von Hygieneaspekten bei Baumaßnahmen oder die Hygienekommission, die sich mit dem Hygienemanagement im Krankenhaus, mit nosokomialen Infektionen oder Maßnahmen zum rationalen Antibiotikaeinsatz beschäftigt. Die Vorgaben sind jedoch nun noch detaillierter als zuvor. Ein Engpass bei der Umsetzung der Hygieneverordnung ist der geforderte Umfang und die Qualifikation zusätzlichen Fachpersonals, wie ihn die Verordnung auf der Basis der KRINKO-Empfehlung je nach Risikosituation des Krankenhauses einfordert. In der Regel muss das vorhandene Fachpersonal noch aufgestockt werden. Dies betrifft zum einen ärztliche Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragte Ärzte, zum anderen Hygienefachkräfte und hygienebeauftragte in der Pflege.

Einrichtungen mit mehr als 400 Betten müssen einen Krankenhaushygieniker vorhalten, jede Einrichtung mindestens einen hygienebeauftragten Arzt. Für ein 250-Betten-Haus können es in Abhängigkeit vom Risiko schon zwei Hygienefachkräfte sein und für jede Station und jeden Funktionsbereich soll ein/e Hygienebeauftragte/r in der Pflege benannt werden. Kleinere Einrichtungen haben die Möglichkeit, externe Krankenhaushygieniker zu verpflichten. Um die Krankenhäuser nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ mit ausreichend Fachpersonal ausstatten zu können, haben wir uns für die letztendlich in der Verordnung aufgenommene Übergangsfrist zur Aufstockung des Personals und der Qualifikation bis Ende Dezember 2016 nachhaltig eingesetzt.

Mehr Fachexperten für das Hygienemanagement

In Hamburg gibt es mehrere Aktivitäten, um die Vorgaben der Hygieneverordnung bezüglich Anzahl und Qualifikation des Hygienepersonals zu erfüllen: So baut die Hamburger Ärztekammer in Zusammenhang mit den Ärztekammern Schleswig-Holstein und Bremen für 2013 eine curriculare Fortbildung zum Krankenhaushygieniker auf, das Institut für Hygiene und Umwelt hat die Ausbildungskapazitäten für Hygienefachkräfte aufgestockt und den Lehrplan gestrafft und zusätzlich zum Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf bilden auch die Asklepios Kliniken Hamburg hygienebeauftragte Ärzte aus.

Hygienebericht in Arbeit

Die Hamburger Hygieneverordnung schreibt einen jährlichen Bericht der adressierten Einrichtungen über die Erfassung, Bewertung und Dokumentation von nosokomialen Infektionen, Antibiotikaresistenzen und Antibiotikaverbrauch vor, der bei der zuständigen Behörde abzugeben ist und veröffentlicht werden soll. Die Abstimmung über die Anforderungen für den

ersten Hygienebericht ist noch in Arbeit. Die Hamburger Krankenhäuser haben anlässlich der Veröffentlichung der Daten des Jahres 2011 im Hamburger Krankenhausspiegel darauf hingewiesen, dass für die Krankenhäuser

bereits valide und gute etablierte Qualitätsindikatoren vorliegen, die Aussagen über die Ergebnisqualität des Hygienemanagements und der Infektionsprophylaxe in ausgewählten Bereichen ermöglichen und damit als Einstieg in den geforderten Hygienebericht herangezogen werden können.



Hamburger Kliniken erfolgreich bei der Verhütung von Krankenhausinfektionen
Bessere Qualitätsdaten als im Bundesdurchschnitt – Hamburger Krankenhausspiegel veröffentlicht neueste Ergebnisse – Erster Schritt in eine umfassende Hygieneberichterstattung

(Hamburg, 16.01.2013) Immer mehr Krankheitserreger sind resistent gegen Antibiotika. Dadurch werden Infektionen bei Patienten, die durch Operationen oder schwere Erkrankungen geschwächt sind, schwieriger zu bekämpfen. Die heute im Hamburger Krankenhausspiegel veröffentlichten aktuellen Qualitätsdaten zeigen in ausgewählten Bereichen die Hygienequalität und den Erfolg der Infektionsprophylaxe. Hamburgs Kliniken schneiden in fast allen Bereichen besser ab, als der Bundesdurchschnitt. Diese Daten sind zugleich ein Einstieg in eine umfassende Hygieneberichterstattung, die in den kommenden Jahren schrittweise ausgeweitet werden soll.

Jedes Jahr erkranken in Deutschland 400.000 bis 600.000 Menschen an nosokomialen Infektionen – Infektionen, die sie sich in geschwächtem Zustand bei einem Krankenhausaufenthalt zuziehen. Zwischen 7.500 und 15.000 Patienten sterben jährlich daran. Die häufigsten Krankenhausinfektionen sind Lungenentzündung, Blutvergiftung, Harnwegsinfektionen und Wundinfektionen während oder nach einer Operation. Mit besonderen medizinischen und hygienischen Maßnahmen können solche Infektionen aber oftmals verhindert werden.

Bei künstlichen Hüftgelenken Infektionsrate fünfmal niedriger als bundesweit
Beispiel Gelenkprothetik: Alle Krankenhäuser sind verpflichtet, hier bestimmte Qualitätsdaten zu dokumentieren – unter anderem die Anzahl der aufgetretenen Wundinfektionen. Wie der Hamburger Krankenhausspiegel zeigt, beträgt beim Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks die Infektionsrate in Hamburger Kliniken lediglich 0,1 Prozent (5 von über 4.500 Patienten). Bundesweit liegt sie fünf Mal so hoch. Ähnlich günstig sind die Zahlen bei künstlichen Kniegelenken, Oberschenkelhalsbruch-Operationen und beim Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks. Die guten Hamburger Ergebnisse sind auf viele verschiedene Maßnahmen zurückzuführen – so etwa auf die gezielte Gabe von Antibiotika vor der Operation, wie es von Fachexperten empfohlen wird. In Hamburg erhielten 99,8 Prozent der Patienten, die an einem Oberschenkelhalsbruch operiert wurden, vorbeugend Antibiotika, ähnlich viele auch beim Einsatz künstlicher Knie- oder Hüftgelenke.

Hygieneexperten begleiten die Umsetzung aktueller Hygienemaßnahmen
Die Antibiotika-Prophylaxe ist nur eine von vielen Maßnahmen, mit denen Krankenhäuser nosokomialen Infektionen vorbeugen. Kliniken beschäftigen zum Beispiel speziell weitergebildete Hygienefachkräfte und Krankenhaushygieniker, die Maßnahmen zur Infektionsvermeidung in allen Bereichen koordinieren. Sie werden von hygienebeauftragten Ärzten und Pflegekräften in den Fachabteilungen unterstützt. Entscheidend für den Erfolg ist, dass das Thema Hygiene im Krankenhausalltag stets präsent ist. So darf beispielsweise die konsequente Desinfektion der Hände vor und nach jedem Patientenkontakt niemals unterbleiben,



weil Hände die Hauptüberträger von Krankheitserregern sind. Ferner müssen Venen- oder Harnkatheter unter strengen hygienischen Vorgaben angelegt und überwacht werden. Die hygienisch sachgerechte Haarentfernung und die korrekte Hautdesinfektion vor einer Operation sind weitere wichtige Beispiele für gute Hygiene.

Hamburgweiter Schulterschluss gegen Ausbreitung multiresistenter Keime nötig

„Zunehmende Antibiotikaresistenzen können wir nur mit allen Beteiligten zusammen in den Griff bekommen. Aufgrund der kurzen Wege ist Hamburg besonders geeignet als Pilotregion. Gesundheitsbehörde, Krankenkassen, Krankenhäuser, niedergelassene Ärzten und Pflegeeinrichtungen sollten über ein Hamburger Modell für ein abgestimmtes Screening auf multiresistente Erreger ins Gespräch kommen“, erläutert Dr. Claudia Brase, Geschäftsführerin der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft. Ein Großteil der Patienten kommt heute ohne ein aktuelles Screening ins Krankenhaus. Im Krankenhaus vergeht unnötige Zeit, in der auf den Screeningbefund gewartet werden muss, bevor für einen Patienten „Entwarnung“ gegeben werden kann. Mit multiresistenten Erregern besiedelte Patienten müssen oft isoliert werden und können nur unter strengsten Schutzmaßnahmen für andere Patienten und Personal behandelt werden.

Weitere Informationen unter: www.hamburger-krankenhausspiegel.de

Pressekontakt:

Henry Meyer

Tel.: 040 – 31 78 64 27

E-Mail: meyer@hamburger-krankenhausspiegel.de

2

Hygienemanagement bereits 2011 begonnen. Aus unserer Sicht sollten sich alle an der Versorgung von Patienten Beteiligten in die Netzwerkarbeit einbringen. Deshalb begrüßen wir die über die Hamburger Hygieneverordnung hinausgehenden Pläne des Gesundheitsamtes Nord, neben den Arztpraxen auch die Pflegeeinrichtungen in das MRE-Netzwerk zu integrieren.

Darüber hinaus setzen wir uns dafür ein, in Hamburg ein Pilotprojekt zu etablieren, das sektorenübergreifend Maßnahmen gegen die Ausbreitung multiresistenter Keime ergreift.

Ein wichtiger Baustein sollte ein erweitertes MRE-Screening vor Krankenhausaufnahme sein, in welchem regional sektorenübergreifend abgestimmte Risikogruppen definiert werden, für die verlässlich ein Screening auf multiresistente Erreger veranlasst wird. Als Voraussetzung für dieses Screening ist eine regionale Finanzierung erforderlich. Die aktuell im vertragsärztlichen Bereich sehr eingegrenzt vorhandene Möglichkeit für ein Screening nur für MRSA reicht

nicht aus, um die im Krankenhausalltag vorhandenen Problemkeime und Risikogruppen abzudecken.

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit wichtig

Mit dem MRE-Netzwerk, welches unter Federführung des Gesundheitsamtes Nord gemeinsam mit den Krankenhäusern bereits Aufgaben und Ziele entwickelt hat, hat der in der Hamburger Hygieneverordnung vorgesehene sektorenübergreifende Informationsaustausch zum

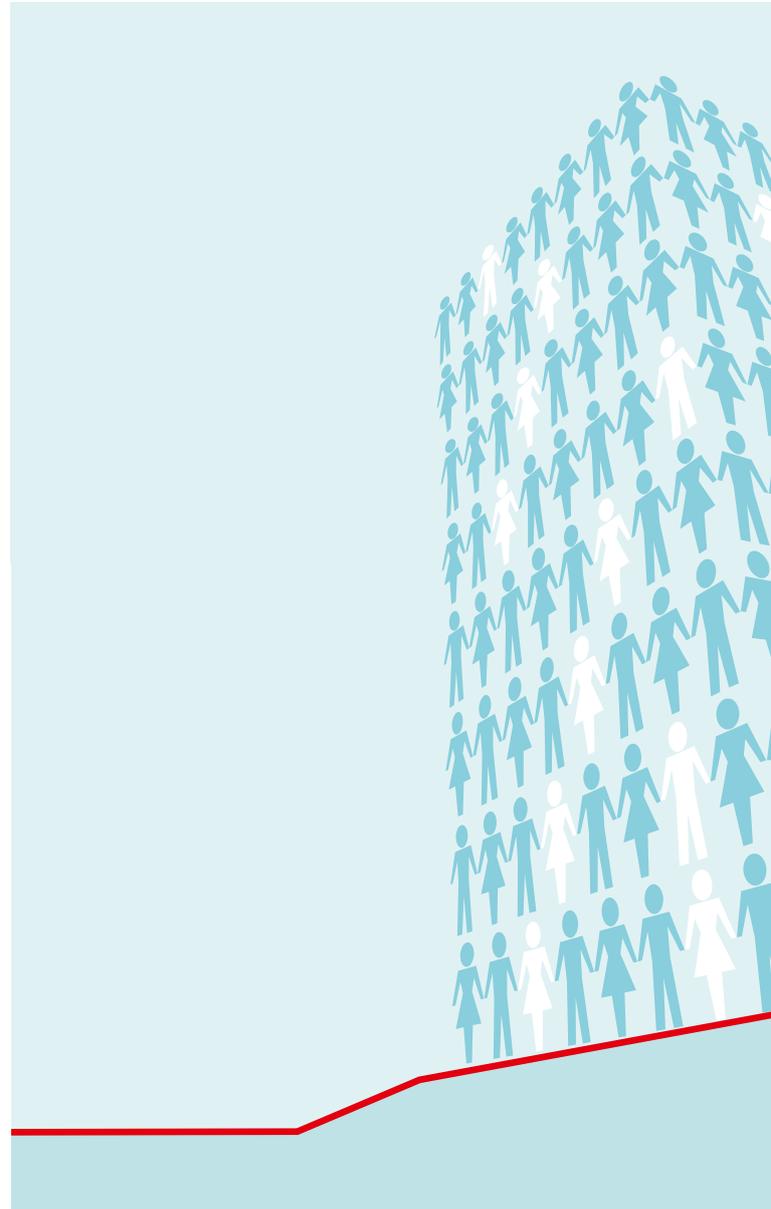
Zeit zu handeln

Fachkräftemangel in der Pflege

Mehr als 1,1 Mio. Pflegekräfte arbeiten in Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens, davon 360.000 in Krankenhäusern. 34.000 Pflegekräfte fehlen bereits heute – in Krankenhäusern vor allem auf den Intensivstationen. Das Institut der deutschen Wirtschaft, Köln, schätzt einen zusätzlichen Bedarf von 220.000 Pflegekräften bis 2020. Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes zeigen, dass in Hamburg, gegenläufig zum Bundestrend und zu anderen Metropolen, seit 2005 ein kontinuierlicher Aufbau von Pflegepersonal in den Krankenhäusern von 7.408 Pflegekräften auf 8.434 stattgefunden hat. Dies liegt überwiegend darin begründet, dass Hamburg im Vergleich zu anderen Bundesländern im Krankenhausbereich einen überproportionalen Leistungszuwachs zu verzeichnen hatte, der ohne Personal-aufbau nicht hätte bewältigt werden können. Hamburg ist von dem zunehmenden Fachkräftemangel in der Pflege noch relativ wenig betroffen. Glücklicherweise ist es attraktiv, in Hamburg zu wohnen und zu arbeiten. Limitierend sind für Pflegekräfte jedoch oftmals die hohen Lebenshaltungskosten in Hamburg, vor allem bedingt durch knappen Wohnraum und hohe Mietkosten. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird der Bedarf an Pflegekräften weiter steigen. Die Pflegeberufe konkurrieren bei den Schulabsolventen mit zahlreichen anderen attraktiven Berufen. Daher kann Hamburg hier keinesfalls die Hände in den Schoß legen.

Grundlegender Reformbedarf bei der Ausbildung

Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel in der Pflege müssen bei der Berufswahl ansetzen. Hier ist die Ausbildungssituation ein kritischer Entscheidungsfaktor für die Schulabgänger, der maßgeblich zu der Berufswahl beiträgt. Bei einer grundlegenden Reform der Ausbildungsgänge setzen daher die gesundheitspolitischen Pläne für ein Gesundheitsberufegesetz an. Das seit März 2012 vorliegende Eckpunktepapier einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe greift zahlreiche Überlegungen auf, die die Hamburgische Krankenhausgesellschaft bereits 2009 in die gesundheitspolitischen Diskussionen eingebracht hatte: Eine generalisierte und modularisierte Pflegeausbildung sollte die Ausbildung attraktiver, durchlässiger und kürzer



gestalten. Die Anerkennung von Teilabschlüssen sowie Quereinstiege sollten möglich sein. Bereits innerhalb der Ausbildung sollten die Auszubildenden die Möglichkeit erhalten, sich durch Wahlfächer, Projekte und klinische Einsätze auf eine Spezialisierung auszurichten. Eine Verknüpfung mit einer akademischen Ausbildung sollte die Attraktivität erhöhen, eine Durchlässigkeit zwischen Ausbildung und akademischem Zweig mit gegenseitiger Anerkennung von Inhalten sollte Anreize für eine akademische Ausbildung derjenigen setzen, die eine weitergehende akademische Qualifikation für zukünftige Füh-



rungsaufgaben anstreben. Für einen dualen Studiengang gibt es in Hamburg inzwischen mehrere erfolgreiche Modellprojekte.

Das Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sieht vor, die Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in einer generalisierten Ausbildung zusammenzuführen und durch einen akademischen Zweig zu ergänzen. Der akademische Abschluss würde als Novum zur selbständigen Ausübung eines Heilberufes nach § 63 Abs. 3c SGB V berechtigen.

Eine Zusammenführung der Ausbildung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegern sowie Altenpflegern ist, wie die Evaluationsergebnisse bundesweiter Modellversuche zeigen, aus inhaltlicher Sicht relativ unproblematisch, da große Teile der Ausbildungsinhalte ähnlich oder deckungsgleich sind. Aus organisatorisch-rechtlicher und finanzieller Sicht sind allerdings aufgrund der bestehenden Unterschiede zwischen Alten- sowie Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeausbildung noch Fragen offen, die es zu regeln gilt. Dies betrifft beispielsweise die Frage, ob die zusammengeführte Pflegeausbildung einem Bundesgesetz analog der Krankenpflegeausbildung oder dem Berufsbildungsgesetz bzw. Schulrecht der Länder unterliegen soll.

Prüfstein Finanzierungsreform der Ausbildung

Die heute heterogene Finanzierung der Ausbildungen zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und zur Altenpflege muss vereinheitlicht und über einen Fonds neu geregelt werden. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) regelt bundesweit die Finanzierung für die Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Die Ausbildungskosten werden refinanziert, die Ausbildungsvergütung ist im Tarifvertrag geregelt und wird ebenfalls über das KHG finanziert. Über einen Fonds werden die Ausbildungskosten und die sogenannten Mehrkosten der Ausbildungsvergütung aus der Summe der krankhausindividuellen Ausbildungsbudgets pauschaliert und über landeseinheitliche Zuschläge je Fall finanziert, die auch die nicht-ausbildenden Krankenhäuser erheben. Die Finanzierung wird in einem zweiten Schritt auf die ausbildenden Krankenhäuser umverteilt. Kostenträger sind die Krankenkassen. Kommt ein Fonds nicht zustande (wie in Hamburg) sieht das Gesetz Regelungen zum Ausgleich der hausindividuellen Ausbildungszuschläge vor.

In der Altenpflegeausbildung ist dies nicht der Fall. Die Altenpflegeausbildung findet in den meisten Bundesländern an Berufsfachschulen statt, die im Schulrecht verortet sind. Größtenteils finanzieren die Länder bzw. Kommunen die schulische Ausbildung, eine Ausbildungsvergütung wird nicht regelhaft gezahlt. Die nicht-ausbildenden

Einrichtungen werden nicht an der Finanzierung der Ausbildung beteiligt, so dass es bereits in mehreren Bundesländern Initiativen für eine Ausbildungumlage gibt. In einer Vereinheitlichung und Neuregelung der Ausbildungsfinanzierung über alle Bundesländer hinweg liegt eine große Hürde für die Zusammenführung der verschiedenen Ausbildungsgänge. Diese Hürde muss genommen werden, um die Pflegeausbildung attraktiver und zukunftsfähig gestalten zu können.

Neue Berufsbilder und Assistenzberufe fördern

Den politischen Fokus allein auf die Pflege zu legen, wäre zu kurz gesprungen. In den Krankenhäusern werden zunehmend qualifizierte Pflegehilfskräfte benötigt, die unter Anleitung und Verantwortung der Pflegefachkräfte Aufgaben übernehmen, die nicht den persönlichen Einsatz einer examinierten Pflegefachkraft erfordern. Eine modularisierte Pflegeausbildung mit einer Abschlussoption in zweijährig ausgebildeter Krankenpflegehilfe kann unkompliziert Abhilfe schaffen.

Ausgelöst durch Prozessoptimierung und Qualitätsoffensive haben sich in den letzten Jahren viele neue Gesundheitsberufe in den Krankenhäusern entwickelt. Diese hochqualifizierten Berufsbilder, die eine spezialisierte Tätigkeit mit hoher Verantwortung beinhalten, könnten durch eine dreijährige Ausbildung erlangt werden und wären damit oftmals attraktiver als eine traditionelle Pflegeausbildung mit anschließender Berufspraxis und nachfolgender zweijähriger Fachweiterbildung. Leider verfügen diese neuen Berufsbilder noch nicht über eine staatliche Anerkennung und eine der Gesundheits- und Krankenpflege gleichgestellte Finanzierung. Beides ist dringend erforderlich, um eine Ausbildungsoffensive für diese neuen Gesundheitsberufe starten zu können. Sicherlich können diese neuen Gesundheitsberufe zusätzliche Auszubildende motivieren, ihre berufliche Zukunft im Gesundheitswesen zu verwirklichen. Anerkannte Berufsabschlüsse als operationstechnische Assistenz, chirurgisch-technische Assistenz, anästhesietechnische Assistenz, Dokumentationsassistenz, Kodierassistenz und viele mehr können

dazu beitragen, die Attraktivität der Arbeit im Krankenhaus weiter zu erhöhen.

Zeit zu handeln

2012 veröffentlichte das Internationale Health Care Management Institut der Universität Trier die Ergebnisse einer Umfrage zur aktuellen Situation und den Präferenzen von Fachkräften in der Pflege. Die Ergebnisse geben zu Besorgnis Anlass: So würden nur 55 % der Pflegekräfte sich heute wieder für den Beruf entscheiden. 47 % sind mit ihrer Arbeit unzufrieden und 46 % fühlen sich bei ihrer Arbeit oft überfordert.

Ausschlaggebend für die Berufswahl war der Wunsch, am Menschen arbeiten zu wollen. Die Aufgabenvielfalt des Berufes, Weiterbildungsmöglichkeiten, das Interesse an der Medizin, Arbeitsplatzsicherheit, soziale Aspekte und Verantwortungsübernahme waren weitere wichtige Entscheidungsgründe für den Pflegeberuf. Als wichtige Stellgrößen für die Arbeitszufriedenheit wurden die Arbeitsbelastung, die Vereinbarkeit der Arbeit mit Familie und Freizeit und das Gehalt herausgearbeitet.

Neben der Umstrukturierung der Pflegeausbildung und Maßnahmen zur Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufes darf ein weiteres wichtiges Handlungsfeld gegen den Fachkräftemangel nicht unberücksichtigt bleiben: ausgebildete Fachkräfte sollten möglichst lange im Beruf verbleiben können. Viele Fachkräfte üben ihren Beruf erst gar nicht aus, geben ihn zu oft vorzeitig wieder auf oder arbeiten nur in Teilzeit, so dass vorhandene Kapazitäten nicht immer effizient zum Einsatz gebracht werden. Lösungsmöglichkeiten für die zentrale Frage der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, ein stärkerer Einsatz technischer Hilfsmittel, betriebliche Präventionsangebote und Jobrotation können dazu beitragen, Pflegekräfte lange im Beruf zu halten. Es gibt viel zu tun, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Hamburg sollte seinem Status als Gesundheitsmetropole Rechnung tragen und Impulse setzen.



Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft ist ein zuverlässiger Ansprechpartner im Alltagsgeschäft. Mit ihren fast 500 Rundschreiben im Jahr informiert sie insgesamt 800 Krankenhausmitarbeiter täglich schnell und umfassend über Änderungen im Gesundheitswesen und gibt bei Einzelfragen fachkundig und detailliert Auskunft.

Mike Koldeweyh, Geschäftsführer der Praxis-Klinik Bergedorf

Krankenhäuser in Aktion

Aktivitäten der Hamburger Krankenhäuser

9. Januar 2012

Erweiterung des Altonaer Kinderkrankenhauses



Im Januar 2012 konnte die Erweiterung des I-Hauses, ein Anbau am Ostflügel, fertig gestellt werden. In 18 neuen Patientenzimmern können Mütter zusammen mit ihren stationär aufgenommenen Kindern untergebracht werden.

22. Mai 2012

Neue Parkpalette am Krankenhaus Reinbek mit 123 Stellplätzen eröffnet



Architekt Thomas Jansen, der Reinbeker Bürgermeister Axel Barendorf und der Kaufmännische Direktor des Krankenhauses Reinbek, Lothar Obst, eröffneten die Parkpalette an der Loddentallee mit dem Durchschneiden eines symbolischen Bandes.

6. Juni 2012

Einweihung eines Neubaus - Auftakt zur umfangreichen Neugestaltung des Heinrich Sengelmann Krankenhauses



(v.l.) Prof. Dr. Matthias R. Lemke, Äztl. Direktor, Ulrich Scheibel, Vorstand Ev. Stiftung Alsterdorf, Andrea Nielsen, Geschäftsführung HSK, Prof. Dr. Hanns-Stephan Haas, Vorstandsvorsitzender Ev. Stiftung Alsterdorf, Silke Seemann, Gesundheitsministerium Kiel

8. Juni 2012

Richtfest am Ev. Krankenhaus Alsterdorf



Mit dem Neubau entsteht Deutschlands größtes Epilepsiezentrum. Bei der Besichtigung des Rohbaus: Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks, Ulrich Scheibel und Thomas Eisenreich, Vorstände der Ev. Stiftung Alsterdorf, der Stiftungsratsvorsitzende Uwe Kruschinski, die Ärztliche Direktorin Dr. Gabriele Garz und Geschäftsführer Michael Schmitz.

20. Juni 2012

Schlüsselübergabe des Hauses 4B im Asklepios Westklinikum Hamburg



Das moderne Haus bietet Platz für das Gefäßzentrum, die Privatstation Somatik und die Physiotherapie.

20. Juni 2012

Neueröffnung der Frauenklinik in der Asklepios Klinik Nord - Heideberg



Dank umfangreicher Modernisierungsmaßnahmen können werdende Eltern in komfortabler Wohlfühlumgebung die Geburt ihres Kindes erleben und gemeinsam in eine neue Lebensphase starten.

21. Juni 2012

Grundsteinlegung Klinikneubau Asklepios Klinik Harburg



(v.l.) Wolfgang Völsch, Bezirksamtsleiter Harburg, Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks; Dr. Christoph Mahnke, Geschäftsführer Asklepios Kliniken Hamburg GmbH

1. September 2012

Neuer Untersuchungs- und Wartebereich der Septische Unfallchirurgie und Orthopädie am Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Hamburg



Aufgrund der steigenden Zahl von Patienten mit Knochen- und Gelenkinfektionen wurde ein separater Bereich für die Sprechstunden unter Leitung des Chefarztes Dr. Ulf-Joachim Gerlach gestaltet und eröffnet.

17. September 2012

Neubau inklusive Intermediate-Care-Bereich der erfolgreich rezertifizierten überregionalen Stroke Unit in der Asklepios Klinik Altona



Die besondere Behandlungsqualität wurde im Auftrag der Deutschen Schlaganfallgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie durch das Institut LGAintercert der TÜV Rheinland Group bescheinigt.

27. September 2012

Baustart für das Gesundheitszentrum am UKE



So wird das Gesundheitszentrum aussehen. Auf fünf Etagen und rund 11.000 Quadratmetern gibt es Praxen, Büros und Läden für Patienten, Besucher und Mitarbeiter. Das Zentrum soll 2014 eröffnet werden.

24. Oktober 2012

Eröffnung des modernisierten Hermann-Holthusen-Instituts für Strahlentherapie der Asklepios Klinik St. Georg



Mit der baulichen Erweiterung der Strahlentherapie und dem neuen hochpräzisen Linearbeschleuniger wird die Therapie von Tumorkranken erheblich verbessert. Zwei weitere Hightech-Geräte mit IGRT-/VMAT-Technik folgen.

31. Oktober 2012

Einweihung der neuen Notfallambulanz und der neuen Eingangshalle des Kath. Kinderkrankenhauses Wilhelmstift



Der neuerbaute Eingangsbereich mit Notfallambulanz des Kath. Kinderkrankenhauses Wilhelmstift

28. November 2012

Richtfest Neubau Funktionstrakt Albertinen-Krankenhaus



(v. l.) Dipl.-Ing. Alexander Naujoks, Vorstand der BAM Deutschland AG, Polier Harry Fürtig, Vorstandsvorsitzender Albertinen-Diakoniewerk e.V. (ADW) Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks, ADW-Vorstand Pastor Dr. Stefan Stiegler, ADW-Hauptgeschäftsführer Cord Meyer, Eimsbüttler Bezirksamtsleiter Dr. Torsten Sevecke

17. Dezember 2012

Abschluss der Modernisierung des Aufnahme- und Diagnostikzentrums im Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus



(v. l.) Dr. Matthias Gasthaus, Chefarzt Klinik für Innere Medizin - Kardiologie und Geschäftsführer Hans-Peter Beuthien im neuen Herzkatheterlabor mit zweitem Linksherzkathetermessplatz zur Durchführung von Untersuchungen des Herzens sowie elektrophysiologischer Behandlungen



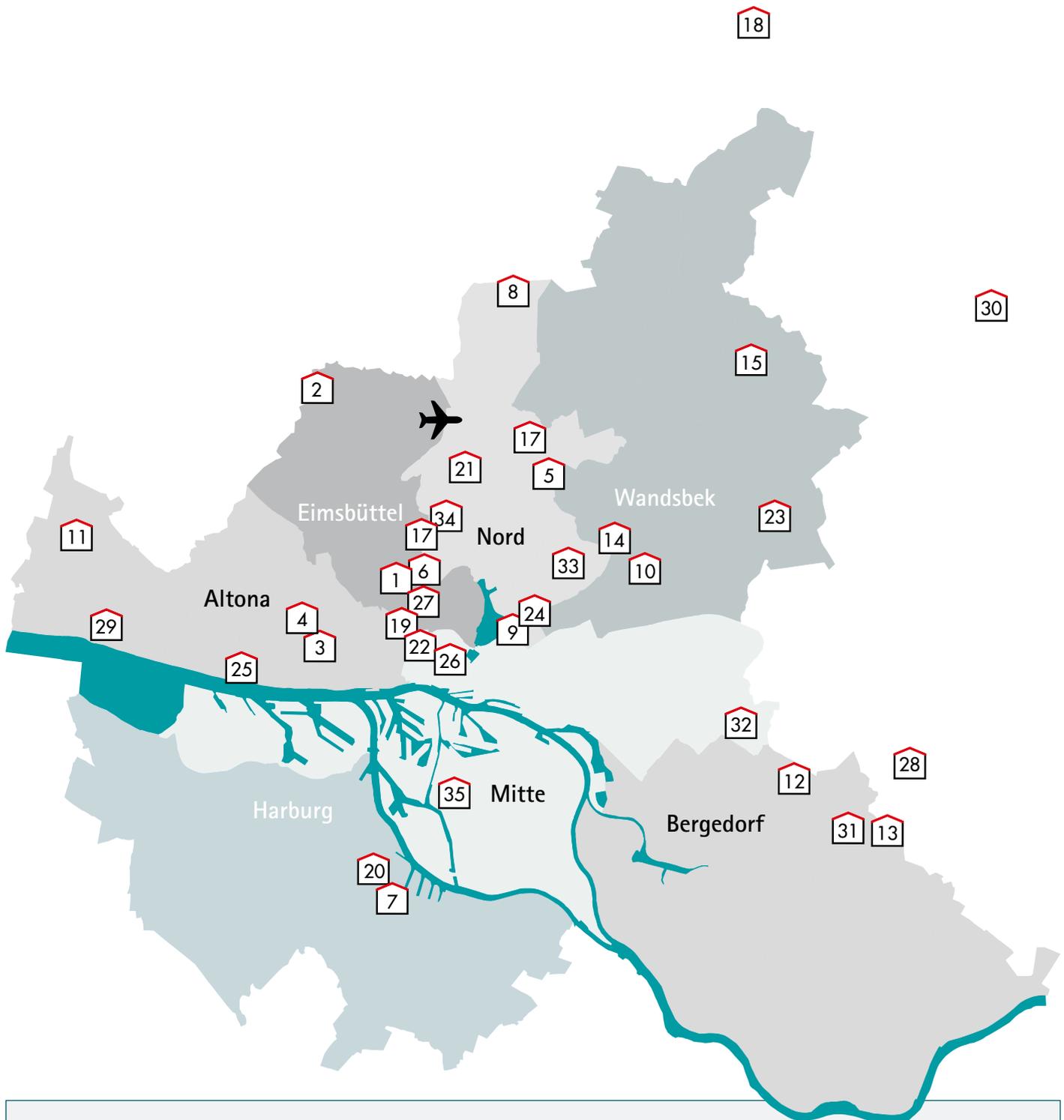
Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft ist für uns eine wichtige Verbindung in die Krankenhauslandschaft der Gesundheitsmetropole. Wir schätzen die Möglichkeit der Netzwerkpflge mit den Kolleginnen und Kollegen und den anderen Akteuren im Gesundheitswesen, beispielsweise beim Hamburger Krankentag, dem gesundheitspolitischen Jahresauftakt und beim Sommerfest.

*Generalarzt Dr. Joachim Hoitz,
Chefarzt des Bundeswehrkrankenhauses Hamburg*

Der Verband

Die Mitgliedskrankenhäuser und ihre Spitzenverbände

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

Der Paritätische 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

Für die Asklepios Kliniken Hamburg GmbH:

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

Vertreter

Joachim Gemmel
Ingo Breitmeier
Dr. Christoph Mahnke
Dr. Sebastian Wirtz

Für das UKE:

Prof. Dr. Martin Zeitz

Dr. Mathis Terrahe

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

Werner Koch
Dr. Gabriele Garz
Prof. Dr. Fokko ter Haseborg
Jörn Wessel

Marcus Jahn
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
Prof. Dr. Martin Zeitz

Stand April 2013

Gremien

Mitarbeit der HKG in DKG-Gremien

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
Dr. Susanne Huggett

Kommission Krankenhaus-Psychiatrie Peter Heimscheid
Dr. Karsten Schwalbe

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 2013

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. Stefan Neumann [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)

Hans-Jürgen Thomsen [HKG](#)
(UKE)

Marco Tergau [HKG](#)
(MEDILYS)

Dr. Gerian Grönefeld [HKG](#)
(Asklepios Klinik Barmbek)

Dr. Sebastian Wirtz [HKG](#)
(Asklepios Klinik Altona)

Kathrin Herbst [vdek](#)

Thomas Schulte [vdek](#)

Matthias Mohrmann [AOK](#)

Markus Feger [AOK](#)

Anne Busemeyer [AOK](#)

Claudia W. Osten [IKK](#)

Bernd Krause [IKK](#)

Sven Trabe [IKK](#)

Gabriel Zahn [BKK](#)

Dr. Ralf Krämer [BKK](#)

Matthias Ritter [BKK](#)

Dr. Jörg Schneiderei [MDK](#)

Dr. Andreas Krokotsch [MDK](#)

Dr. Holger Bebensee [PKV](#)

Prof. Dr. Jürgen Fritze [PKV](#)

Barbara Schmitz [PKV](#)

Dr. Frank-Ulrich Montgomery
Ärztchamber Hamburg

Dr. Annemarie Jungbluth
Ärztchamber Hamburg

Dr. 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 April 2013

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. Martin Holder 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 Verwaltung)

Michaela Müller HKG (Klinik Dr. Guth)

Dr. Mani Rafii HKG (Schön Klinik Verwaltung)

Günther Wältermann AOK

Holger Isecke AOK

Manfred Seiffert AOK

Dr. Ralf Krämer BKK

Jörn Reichenberg BKK

Gabriel Zahn BKK

Claudia W. Osten IKK

Bernd Krause IKK

Sigrid Loycke IKK

André Kohl vdek

Wolfgang Kirmse Barmer GEK

Thomas Noll TK

Barbara Schmitz PKV

Isabell Machill PKV

Prof. Dr. Lothar Feige PKV

Geschäftsstelle

HKG

Stand April 2013

Gremien auf Landesebene

Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung

Vorsitzende

Hildegard Esser BGV

Stv. Vorsitzende

Elke Huster-Nowack BGV

Mitglieder

Ute Banse BGV

Ersatzmitglieder

Dagmar Jensen BGV

Ersatzmitglieder

Sabine Lindenberg BGV

Dr. Claudia Brase HKG

Angelika Bredehorst-Witkowski HKG

Horst Judaschke HKG

Peter Oberreuter HKG
(Asklepios Kliniken Hamburg)

Torge Koop HKG
(Asklepios Kliniken Hamburg)

Dr. Christoph Mahnke HKG
(Asklepios Kliniken Hamburg)

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

Werner Koch HKG
(Kath. Marienkrankenhaus)

Jörn Wessel HKG
(AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM)

Dr. Mathis Terrahe HKG
(UKE)

Christiane Dienhold HKG
(Altonaer Kinderkrankenhaus)

Dr. Mani Rafii HKG
(Schön Klinik Verwaltung)

Mathias Jaster HKG
(Klinikgruppe Dr. Guth)

André Kohl vdek

Christine Goewe vdek

Susanne Riebow vdek

Dr. Ralf Krämer BKK

Gabriel Zahn BKK

Jörn Reichenberg BKK

Matthias Mohrmann AOK

Holger Isecke AOK

Katja Thiel AOK

Claudia W. Osten IKK

Bernd Krause IKK

Petra Hese IKK

Barbara Schmitz PKV

Claudia Reuter PKV

Isabel Machill PKV

Geschäftsführung

Steffen Ries BGV

Stand April 2013



Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft informiert ihre Krankenhäuser frühzeitig über neue Gesetze und Verordnungen. So ist die Umsetzung der Hamburgischen Hygieneverordnung aktuell ein wichtiges Thema, an dem die Krankenhäuser arbeiten. Hervorragende Hygiene ist für jedes Krankenhaus ein zentrales Ziel. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft hilft uns dabei, die Hygiene in Hamburg als sektorenübergreifende Aufgabe zu definieren, die nur durch gemeinsame Anstrengungen aller Akteure vorangebracht werden kann.

Dr. Michael Heiermann, Kaufmännischer Direktor des Israelitischen Krankenhauses in Hamburg

Geschäftsstelle



Geschäftsführerin
Dr. Claudia Brase

040/25 17 36-11
brase@hkgev.de



**Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit**
Ulrike Jaenicke

040/25 17 36-29
presse@hkgev.de



**Krankenhausentgelte
und Statistik**
Horst Judaschke
(Stv. Geschäftsführer)

040/25 17 36-23
judaschke@hkgev.de



**Rechnungs- und
Personalwesen**
Jana Altmann

040/25 17 36-13
altmann@hkgev.de



**Krankenhausplanung und
Investitionsfinanzierung**
Angelika Bredehorst-Witkowski

040/25 17 36-20
bredehorst-witkowski@hkgev.de



EDV
Karin Metzner

040/25 17 36-14
metzner@hkgev.de



**Rechts- und
Vertragsangelegenheiten**
Maybritt C. Havixbeck

040/25 17 36-26
havixbeck@hkgev.de



**Assistenz der Geschäftsführung
Health Services**
Janna Lena Reckschwardt

040/25 17 36-11
healthservices@hkgev.de



Die medizinische Versorgung in unserer Gesundheitsmetropole ist durch einen stetigen Qualitätswettbewerb gekennzeichnet. Krankenhäuser verbessern ihre Leistungen kontinuierlich und treiben medizinische Innovationen. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft unterstützt diese Entwicklung nachdrücklich. Sie ist unsere politische Stimme, die Forderungen unserer pluralistischen und wettbewerblich geprägten Krankenhauslandschaft artikuliert.

Roswitha Dethlefs, Geschäftsführerin der Klinik Fleetinsel Hamburg

Impressum

Herausgeber

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.
Geschäftsführerin Dr. Claudia Brase
Burchardstraße 19, 20095 Hamburg, www.hkgev.de

Redaktion

Ulrike Jaenicke, v.i.S.d.P.
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Fotos

HKG
Gerd Grossmann, HANSEFOTO
istockphoto, shutterstock, thinkstock
Frank Wolf

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 2013*

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