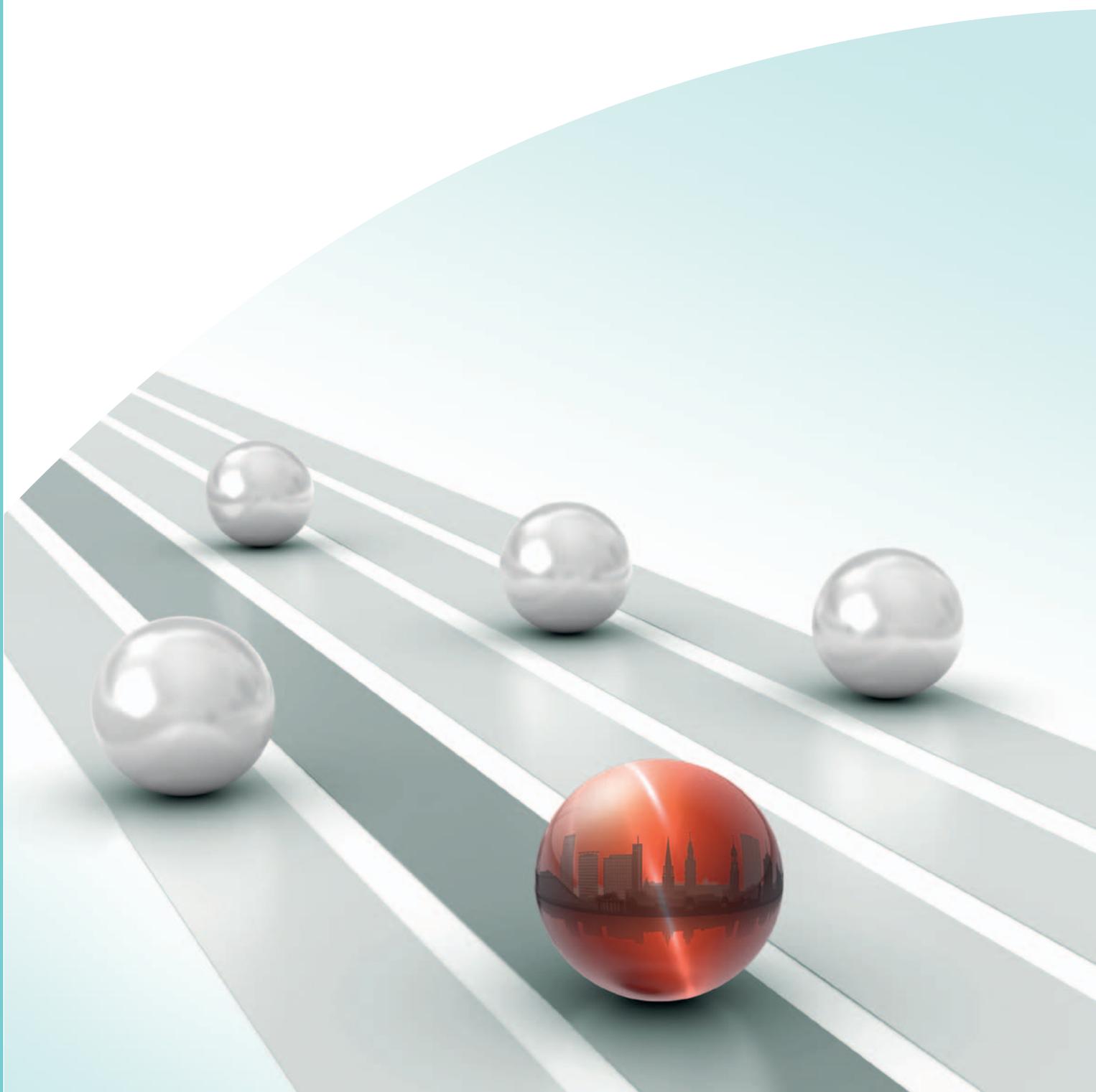
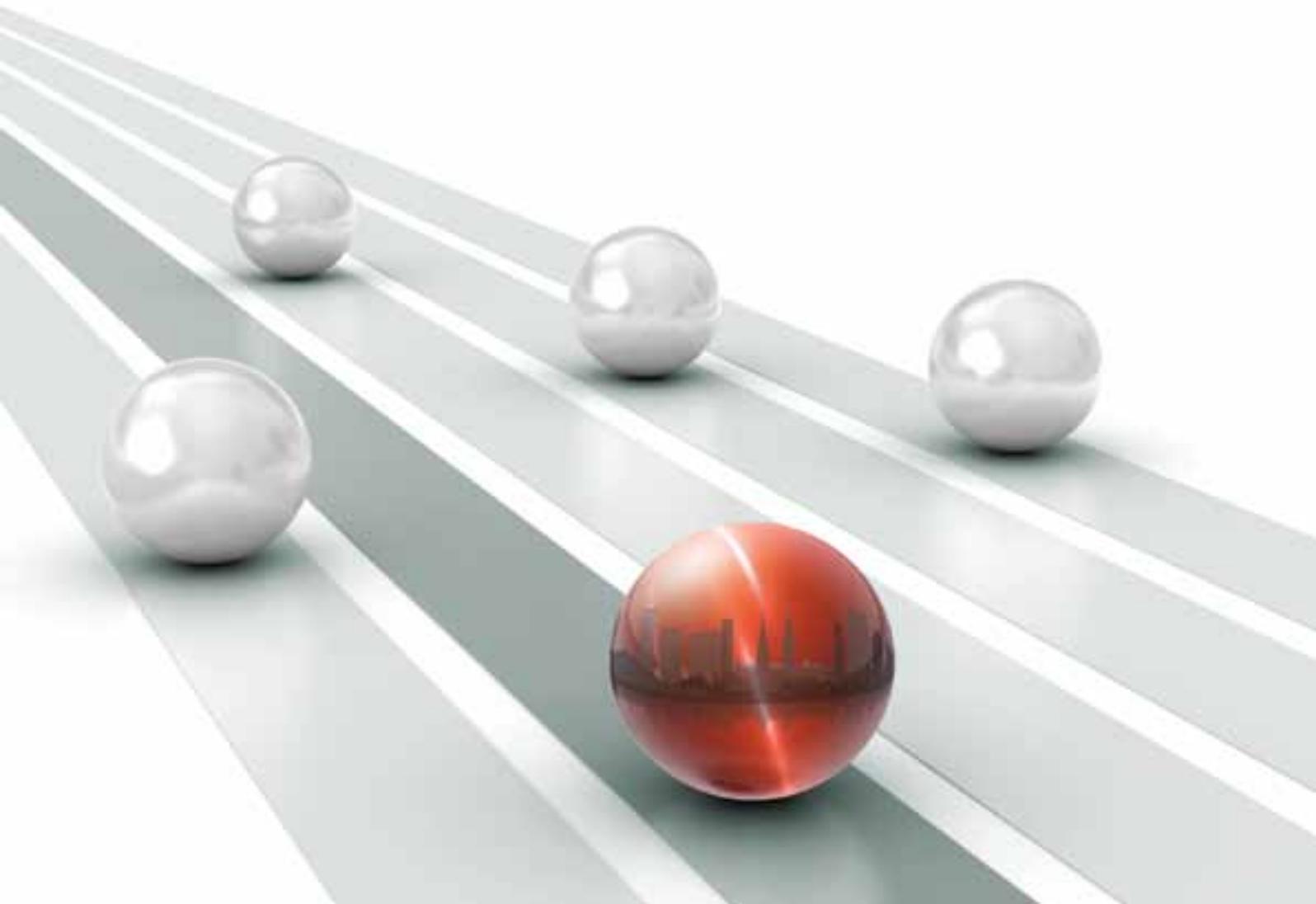
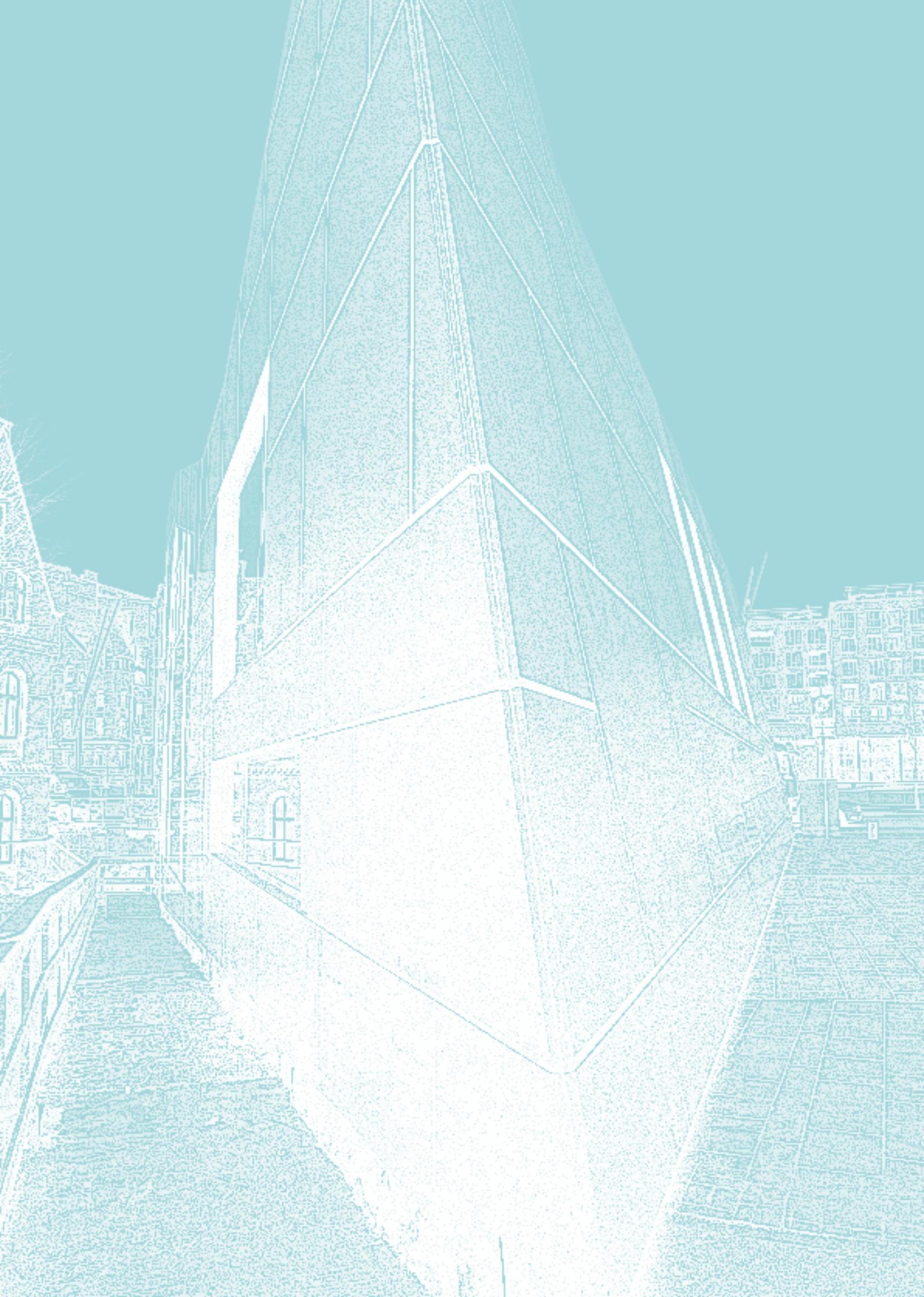


JAHRESBERICHT 2013



JAHRESBERICHT 2013





Inhalt

Editorial	
Dr. Christoph Mahnke und Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, Vorstandsvorsitzende	7
Grußwort	
Cornelia Prüfer-Storcks, Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz	9
Baustellen der Krankenhausfinanzierung	
Krankenhausfinanzierung muss Metropolen unterstützen	11
Qualität, Hygiene und Transparenz	
Jahresrückblick 2013	16
Das Jahr im Überblick	
Wichtige Ereignisse im Berichtsjahr	21
Krankenhausplanung zwischen Qualität, Wettbewerb und Regulierung	
Rückblick Hamburger Krankenhaustag 2013	24
Qualität – das Maß aller Dinge	
Qualitätssteuerung in der medizinischen Versorgung	28
Was lange währt, wird endlich gut?	
Die Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	31
Hygienemanagement transparent gemacht	
Erster Gemeinsamer Hygienebericht der Hamburger Krankenhäuser 2012	34
Krankenhäuser in Aktion	
Aktivitäten der Hamburger Krankenhäuser	38
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
Landeskonzferenz Versorgung	51
Geschäftsstelle	52

Editorial

Sehr geehrte Leserinnen, sehr geehrte Leser,



Dr. Christoph Mahnke

die Diskussion um Qualität in der medizinischen Versorgung hat mit Antritt der neuen Bundesregierung deutlich Auftrieb bekommen. Qualität soll künftig verstärkt zum Maßstab von Vergütung und Planung werden. Ein neues „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ befindet sich in Gründung und soll dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit eigenen Daten zuarbeiten.



Prof. Dr. Fokko ter Haseborg

Grundsätzlich begrüßen es die Hamburger Krankenhäuser, wenn die medizinische Qualität verstärkt in den Fokus rückt, ihr eine größere Bedeutung beigemessen wird. Wir haben uns schon seit vielen Jahren erfolgreich dem Qualitätswettbewerb gestellt und sind davon

überzeugt, dass die Hamburger Kliniken im bundesweiten Vergleich bereits jetzt gut dastehen.

Doch wie ist die von der Politik angekündigte, große Qualitätsoffensive zu bewerten, wenn zentrale Fragen nach der Finanzierung unbeantwortet bleiben? Qualitätsanforderungen sind berechtigt. Die Entwicklung von

Qualitätsindikatoren zu beauftragen und höhere Anforderungen zu definieren, ist sicherlich auch Aufgabe der Politik. Dann aber muss die Finanzierung der Kliniken so gestaltet werden, dass die geforderte Qualität auch erbracht werden kann. Anders formuliert: Die jahrzehntelange Unterfinanzierung der Krankenhäuser muss erst korrigiert werden, bevor neue Anforderungen diese Unterfinanzierung weiter verschärfen und der intendierte Qualitätsgewinn ausbleibt. So banal es klingt: Qualität hat ihren Preis.

Eine gute Qualität im Krankenhaus gibt es nicht ohne gut qualifiziertes und hoch motiviertes Personal. Personalkosten sind aber die wesentlichen Kosten im Krankenhaus. Daran zu sparen, ist kontraproduktiv. Das weiß im Grunde auch die Politik, aber sie handelt nicht entsprechend. Wir wissen, was wir unseren engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angesichts der schwierigen Rahmenbedingungen verdanken. Unser großer Dank gilt unseren Beschäftigten in den Hamburger Krankenhäusern für ihren täglichen Einsatz!

Wir wünschen Ihnen beim Lesen des Jahresberichts 2013 interessante Erkenntnisse.

Die Vorstandsvorsitzenden

Dr. Christoph Mahnke

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg



Grüßwort



Liebe Leserin, lieber Leser,

wir haben 2013 die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Hamburger Krankenhäusern weiter verbessert – durch Investitionen in die Bausubstanz auf hohem Niveau und bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur.

Es wurde eine Reihe von neuen tagesklinischen, psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsangeboten geschaffen und der wichtige Bereich der frührehabilitativen Angebote wurde ausgeweitet. Außerdem sind auch im Jahr 2013 wieder eine Vielzahl von Baumaßnahmen begonnen, fortgesetzt oder abgeschlossen worden, da die Stadt in großem Umfang Mittel für Investitionen in die Krankenhäuser zur Verfügung stellt.

Die bundesweite Diskussion wird derzeit vom Thema „Qualität im Krankenhaus“ beherrscht.

Eine große Herausforderung wird sein, die Qualität für Patientinnen und Patienten transparent und nachvollziehbar zu machen. Die Hamburger Kliniken sind hier bereits auf einem guten Weg. Die gemeinsame Präsentation der Ergebnisqualität in der Schlaganfallversorgung und ihre Veröffentlichung im Hamburger Krankenhausspiegel zeigt, wie sich die Hamburger Krankenhäuser um Transparenz bemühen. Auch der erste gemeinsame Hygienebericht der Hamburger Kliniken, der unter anderem Auskunft über den Stand der Hygieneorganisation gibt, ist ein wichtiges Signal für gelebte Offenheit.

Qualität wird in Zukunft relevant für die Krankenhausplanung und Vergütung sein. Gute Qualität soll sich für die Krankenhäuser lohnen. Dies werden wir auch bei der Novellierung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes berücksichtigen.

Ein neues, unabhängiges Qualitätsinstitut, das kontinuierlich alle relevanten Daten auswertet und an Qualitätskriterien arbeitet, ist schon auf den Gesetzesweg gebracht worden. Die Qualität soll risikoadjustiert und anhand wesentlicher Indikatoren gemessen werden.

Die im Koalitionsvertrag festgelegte Krankenhausreform soll bereits bis Ende 2014 durch eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorbereitet werden. Die Komplexität der in dieser Arbeitsgruppe zu erarbeitenden Eckpunkte – Inhalte der Qualität, der Planung, des Leistungsgeschehens und der Finanzierung – macht dieses Vorhaben zu einem ehrgeizigen Ziel. Ich freue mich, diese Herausforderungen gemeinsam im konstruktiven Dialog mit allen Beteiligten anzugehen.

Cornelia Prüfer-Storcks
Präsidentin der Behörde für Gesundheit
und Verbraucherschutz

Baustellen der Krankenhausfinanzierung

Krankenhausfinanzierung muss Metropolen unterstützen

Die Rahmenbedingungen der Krankenhäuser haben sich durch die neuen Entgeltsysteme erheblich verändert und es ist erkennbar, dass das Ende der Veränderungen noch nicht erreicht ist. Eine Reihe von Baustellen steht an, die zum einen von den Krankenhäusern politisch gefordert, zum anderen im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD neu umrissen werden. Krankenhäuser in Metropolen drängen darauf, dass ihr besonderer Status in der Versorgungslandschaft in der Krankenhausfinanzierung besser abgebildet wird.

Krankenhausfinanzierung ist ein existentielles Thema und betrifft die Versorgungssicherheit der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. In Metropolen wie Hamburg trifft dies nicht nur für die Bevölkerung innerhalb der Stadtgrenzen zu, sondern für die Menschen in einer gesamten Metropolregion. In Hamburgs Krankenhäusern kommt inzwischen jeder dritte Patient, jede dritte Patientin, aus dem näheren und fernerem Umland. Krankenhäuser brauchen deshalb dauerhaft verlässliche Regelungen, die eine solide Grundlage für den täglichen Betrieb geben. Für Metropolenkrankenhäuser sind die Umlandversorgung, überproportionales Wachstum und Spezialisierung die Themen, die derzeit in der Krankenhausfinanzierung nicht angemessen berücksichtigt werden.

Dauerbaustelle zusätzliche Leistungen

Hamburg hat sich in den vergangenen Jahren durch ein stärkeres Leistungswachstum ausgezeichnet als andere Bundesländer. Das Wachstum hat sich zwar etwas abgeschwächt, schreitet jedoch kontinuierlich fort. Dies spiegelt die qualifizierten und spezialisierten Angebote wider, welche Patienten über die Stadtgrenzen Hamburgs hinaus anziehen. Das Leistungswachstum zeigt auch, dass der intensive Wettbewerbsdruck, mit dem Hamburger Krankenhäuser untereinander umgehen, zu einer hohen Professionalisierung einhergehend mit einem hohen Qualitätsanspruch führt. Mehr Patienten orientieren sich in Richtung Metropole. Bedauerlicherweise wird diese Situation konterkariert durch Maßnahmen auf Bundesebene, die die Krankenhäuser in der Metropolregion besonders treffen: Die mit dem Gesetz zur Einführung eines

pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG) getroffenen Regelungen für die Finanzierung der Somatik blieben unbefriedigend. Das PsychEntgG beendete zwar ab dem Jahr 2015 die Mehrleistungsabschläge, dafür wurden für das Jahr 2013 die Mehrleistungsabschläge auf zwei Jahre á 25 % ausgedehnt, faktisch also auf 50 % erhöht. Für die Mehrleistungsfinanzierung muss eine Folgeverordnung gefunden werden, die sowohl methodische Mängel, so die doppelte Degression, beseitigt als auch für leistungsstarke Krankenhäuser einer Metropolregion eine gerechtere Finanzierung zusätzlicher Krankenhausleistungen zusichert.

So könnten Mehrleistungen in elektive, also steuerbare, Leistungen und Notfallleistungen differenziert werden. Mehrleistungen im Notfallbereich müssten abschlagsfrei gestellt werden, da sie per definitionem unvermeidlich sind. Im elektiven Bereich kann ein Krankenhaus durchaus steuernd eingreifen. Das Thema Mehrleistungen muss sachlich und ernsthaft sowie um Qualität bemüht diskutiert werden. Auf Basis der Erfahrung mit täglich hunderten von Fällen ist sehr stark zu vermuten, dass es gute Gründe gibt, die zu einer steigenden Nachfrage von Krankenhausbehandlungen führen. Demographie und medizinischer Fortschritt, gerade bei spezialisierten Leistungen in einer Metropole, werden den Großteil des Wachstums erklären können. Hierzu könnte der Bericht zur Mengenentwicklung im stationären Bereich, den Krankenkassen und Krankenhäuser gemeinsam in Auftrag gegeben haben, mehr Fakten für eine sachlich fundierte Diskussion zum Thema Mengenentwicklung liefern. Mitte 2014 soll dieser erscheinen. Die derzeitigen Regelungen dienen einzig dem ordnungspolitischen Wunsch, einen Teil des demografischen Risikos auf die Leistungserbringer zu verlagern und die Ausgaben der Kostenträger zu verringern.

Übergangslösung Versorgungszuschlag

Mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung hatte der Deutsche Bundestag im Juni 2013 Neuregelungen zu Krankenhaushilfen verabschiedet. Neben dem Ver-

sorgungszuschlag und dem Tarifzuschlag wurde als weitere Regelung ein Hygieneförderprogramm beschlossen. Krankenhäuser, die in den Jahren 2013 und 2014 zusätzliche Leistungen vereinbaren, haben den Krankenkassen weiterhin einen Mehrleistungsabschlag gutzubringen. Das Gesamtvolumen dieser Mehrleistungsabschläge soll jedoch über den so genannten Versorgungszuschlag auf alle Krankenhäuser umverteilt werden. Damit soll die zweifache Absenkung des Landesbasisfallwertes, die so genannte doppelte Degression, abgemildert werden. Neben dem Abschlag für zusätzliche Leistungen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes findet derzeit ein zweiter Abschlag auf der Ebene des Krankenhauses statt. Der Versorgungszuschlag wurde so ausgestaltet, dass ab August 2013 ein prozentualer Zuschlag zu den Entgelten aus DRG-Fallpauschalen in Höhe von 1 % abgerechnet werden konnte. Seit Januar 2014 beträgt der Versorgungszuschlag 0,8 % und wird nach dem Jahr 2014 ersatzlos entfallen. Mit dem Versorgungszuschlag wurde zwar eine Erleichterung geschaffen, eine grundsätzliche Neuordnung der Degressionsvorschrift auf Landesebene aber vorerst weiter vermieden. Nach wie vor wirken sich Leistungssteigerungen einzelner Krankenhäuser im Landesbasisfallwert absenkend auf alle Krankenhäuser aus. Die Krankenhäuser sprechen sich für eine Abschaffung dieser Regelung und stattdessen für eine verursachergerechte Ausgestaltung auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses aus.

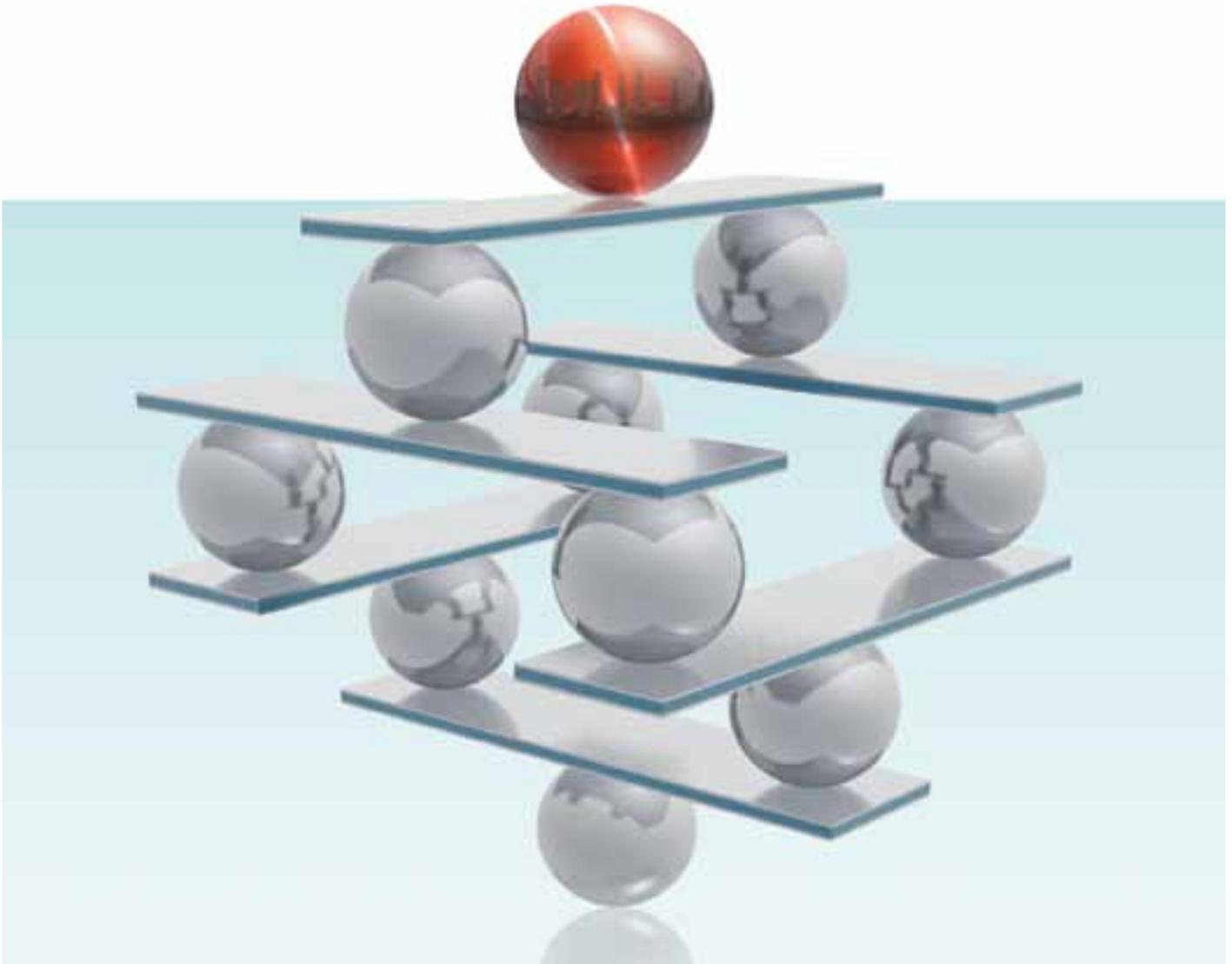
Finanzierung der Personalkostensteigerung schwierig

Es ist eigentlich ganz einfach: Ohne Personal – kein Krankenhaus. Krankenhäuser müssen in der Lage sein und bleiben, das immer knapper werdende Fachpersonal zu binden. Deshalb müssen Krankenhäuser ihr Personal entsprechend der allgemeinen tariflichen Entwicklung entlohnen können. Unentwegt an der Schraube der Arbeitsverdichtung zu drehen, hat seine Grenzen. Der chronischen Unterfinanzierung, bedingt durch die jahrzehntelange Budgetdeckelung, konnte bislang noch nicht befriedigend abgeholfen werden. Der Kostenorientierungswert, der im Zusammenspiel mit dem Veränderungswert den neuen Budgetdeckel bildet, blieb mit 2 %

für 2013 und 2,02 % für 2014 deutlich hinter den Erwartungen an einen neuen Branchenkostenindex zurück. Die vom Statistischen Bundesamt angewandte Methodik muss noch einmal kritisch durchleuchtet werden. Der Versuch, in den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert eine prospektive Veränderung der Personalkostenentwicklung abzuschätzen, wird durch die rückwärtsbezogene Systematik des Statistischen Bundesamtes argumentativ deutlich erschwert. Die zusätzliche Tarifraten für 2013 von 0,21 % als anteilige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen wirkt in diesem Zusammenhang nur als symptomatischer Therapieversuch der chronischen Unterfinanzierung. Angesichts der Tarifentwicklung für 2014 dürfte sich die Lage weiter verschärfen. Wie bereits im Vorjahr wurden auch 2013 die oberhalb der gesetzlichen Obergrenze (2013: 2,00 %) liegenden durchschnittlichen Tarifsteigerungen nur anteilig finanziert.

Leider lässt der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD in diesen wesentlichen Fragen für die Krankenhäuser wenig Gutes erwarten. Die Degression des Landesbasisfallwertes bei landesweiten Mengensteigerungen soll nur vermindert statt aufgehoben werden. Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität sollen von Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden können und für besonders gute Qualität sollen sogar Zuschläge möglich sein. Umgekehrt sollen bei unterdurchschnittlicher Qualität für einzelne Leistungen auch höhere Abschläge möglich sein. Wer die Realität in den Budgetverhandlungen kennt, wird wissen, dass die Vereinbarung von Zuschlägen wohl nur unter Beteiligung der Schiedsstelle möglich sein dürfte. Die Möglichkeit zur Vereinbarung von höheren Abschlägen wird für die Kostenträger ein starker Anreiz sein, weitere Ausgaben einzusparen und entsprechend zu agieren. In Verbindung mit der geplanten Nachweispflicht für ärztliches und pflegerisches Personal und daran anknüpfenden Sanktionen können gefährliche Situationen entstehen. Hier wird nach dem Motto gehandelt: Erlöse vermindern und dafür mehr Personal einstellen.

In diesem Zusammenhang muss vor Eingriffen des Gesetzgebers in die Kalkulationsmechanik des Instituts für



das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), dem gemeinsamen Institut der Selbstverwaltung, gewarnt werden. Der DRG-Katalog bildet die Leistungen auf der Basis der tatsächlichen Kosten der Kalkulationskrankenhäuser ab. Eine Veränderung einzelner Kalkulationsbestandteile, wie Ärztlicher Dienst und Pflegedienst zugunsten einer vermeintlich besseren Gewichtung dieser Berufsgruppen, wird der Manipulation des DRG-Kataloges Tür und Tor öffnen. Nicht nur, dass andere Berufsgruppen ebenfalls eine bessere Berücksichtigung fordern würden. Je nach Entwicklung einzelner Leistungen würde deren Abwertung gefordert werden. Der DRG-Katalog würde zum Spielball von Einzelinteressen verkommen, die gemeinsame Selbstverwaltung geschwächt.

Regionale Kosten und Strukturen müssen berücksichtigt werden

Der aktuelle Koalitionsvertrag sieht eine Beseitigung „bestimmter Unterschiede“ in den Landesbasisfallwerten vor.

Der Landesbasisfallwert bildet die Grundlage für die Vergütung der Krankenhausleistungen. Er bezeichnet den Betrag, der bei der Berechnung der DRG-Preise für die Krankenhausbehandlung zugrunde gelegt wird. Seit dem Jahr 2005 wird für jedes Bundesland ein einheitlicher Landesbasisfallwert vereinbart, der wiederum Grundlage für die Leistungsplanung einzelner Krankenhäuser mit den Kostenträgern ist. Die Höhe der jeweiligen Landesbasisfallwerte ist bundesweit unterschiedlich. Aber nicht nur das. Auch die Kosten- und die Leistungssituation ist in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich und rechtfertigt damit die Unterschiede bei den Landesbasisfallwerten. Im Dezember 2013 hatte das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) eine Untersuchung zu den Ursachen der Unterschiede der Landesbasisfallwerte veröffentlicht, in Auftrag gegeben durch das Bundesgesundheitsministerium. Wesentliches Ergebnis der Untersuchung war die Aussage, dass sich die Variation der Landesbasisfallwerte (des Jahres 2007)

nur zu 19,5 % mit Kostenunterschieden erklären ließe. Durch Berücksichtigung der weiteren Faktoren ändere sich die erklärable Variation praktisch nicht. Sie stiege lediglich auf 21,7 %. Durch zusätzliche Berücksichtigung der Höhe der Investitionsfördermittel ließen sich 32 % der Variation der beobachteten Unterschiede in den Landesbasisfallwerten erklären. Insofern sei davon auszugehen, dass mindestens zwei Drittel der Variationen der Landesbasisfallwerte auf historisch vorhandene – jedoch ökonomisch nicht begründbare – Unterschiede zurückzuführen sein müssen. Der Landesbasisfallwert bildet gleichwohl in Summe die Strukturen der Krankenhausversorgung in den einzelnen Bundesländern ab. Im Jahr seiner erstmaligen Anwendung (2005) wurden die Basisfallwerte auf der Basis der Budgetdaten der Krankenhäuser und ihrer Leistungen spezifisch für einzelne Bundesländer vereinbart, inzwischen hat es zwar durch die Konvergenzphase eine Angleichung der Krankenhausbudgets durch die einheitliche Leistungsbewertung des DRG-Kataloges gegeben. Die Kostensituation wird dabei aber durch den Landesbasisfallwert widergespiegelt. Die Kostensituation ist in den einzelnen Bundesländern immer noch sehr unterschiedlich. Dies führt zu einer starken Spreizung der Fallkosten der einzelnen Bundesländer. Diese Unterschiede verändern sich kaum. Betrag der Abstand zwischen den minimalen und maximalen Fallkosten im Jahr 2005 1.123 Euro, so betrug er 2012 immer noch 1.087 Euro. Dies ist das führende Argument dafür, dass regionale Unterschiede in den Kostenstrukturen sich in unterschiedlichen landesweiten Basisfallwerten widerspiegeln können sollten. Ein einheitlicher Basisfallwert auf der Erlösseite würde die heterogene Kostenstruktur in den Ländern nicht beeinflussen, aber zu regional neuen, unterschiedlichen Deckungslücken führen.

Metropolen sind in vielen Bereichen (Tarifentwicklung, Energie, Mieten, Gebühren) von höheren Preisen und damit von einem höheren Kostendruck betroffen. Dieser Situation kann nur eine landesbezogene Vergütungskomponente gerecht werden. Eine ähnliche Verfahrensweise besteht auch in der Vergütung für den vertragsärztlichen Bereich (§ 87 Abs. 2f SGB V). Dort wird der besonderen

Situation der Länder Rechnung getragen, indem Zuschläge zum bundeseinheitlichen Orientierungswert vereinbart werden können. Dies ist gerade in Hamburg im letzten Jahr geschehen. Ein weiteres Argument für regionale Preise lässt sich aus den bestehenden strukturellen Unterschieden zwischen den einzelnen Bundesländern ableiten. Die systemtheoretisch richtige Forderung „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ zur Begründung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes trifft in der Praxis so nicht zu, da nicht von gleichen Leistungen gesprochen werden kann. So liegt die durchschnittliche Fallschwere (CMI) in den einzelnen Bundesländern zwischen 1,0 (Rheinland-Pfalz) und 1,25 (Hamburg). Die durchschnittliche Fallschwere liegt in Hamburg also 25 % (!) über der von Rheinland-Pfalz und noch rund 15 % über dem Bundesdurchschnitt (CMI 1,08). Aus der Höhe des CMI kann der durchschnittliche Behandlungsaufwand und letztlich auch die Patientenstruktur abgeleitet werden. Ein Bundesland hat eine gleiche Leistung im Vergleich zu den übrigen Bundesländern, wenn auch der CMI dieser Bundesländer gleich ist. Nur wenn dies der Fall wäre, wären Krankenhaus- und Patientenstrukturen gleich. Bei Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes wäre Hamburg deutlich im Nachteil, da ein bundeseinheitlicher Wert, der mit bundesweiten Daten kalkuliert und vereinbart würde, eben auch nur eine bundesdurchschnittliche und damit niedrigere Fallschwere berücksichtigen würde.

Kritisiert wird auch die unzureichende Abbildung von Extremkostenfällen, die vorrangig in Universitätskliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung behandelt werden. Auch hier ist das Bundesland Hamburg mit einem Universitätsklinikum und drei Maximalversorgern neben den anderen Stadtstaaten besonders betroffen. Ein regional höherer Landesbasisfallwert muss also auch der besonderen Leistungsstruktur eines Bundeslands gerecht werden.

Für die neue Bundesregierung sind viele für die Krankenhäuser existentielle Finanzierungsfragen zu lösen. Die Hamburger Krankenhäuser fordern, die besonderen Belange von Metropolenkrankenhäusern besser zu berücksichtigen.



Mit der „Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen“ hat der Gemeinsame Bundesausschuss weitreichende Vorgaben in der Strukturqualität der neonatologischen Intensivseinheiten beschlossen. Hochqualifiziertes Fachpersonal muss zusätzlich gewonnen werden, um die Teams auf den Intensivstationen zu verstärken. Eine Finanzierung ist nicht vorgesehen. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft kämpft gegenüber den Krankenkassen und der Politik für eine krankenhausbazogene Finanzierungsregelung für die Perinatalzentren. Hier muss der Gesetzgeber dringend nachbessern!

Christiane Dienhold, Geschäftsführerin des Altonaer Kinderkrankenhauses

Qualität, Hygiene und Transparenz Jahresrückblick 2013

Das Jahr 2013 war durch die Bundestagswahl gekennzeichnet. Das letzte Gesetzgebungsverfahren der alten Bundesregierung, das „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“, brachte den Krankenhäusern kurzfristig finanzielle Nachbesserungen. Der langfristige Reformbedarf wurde dann bereits thematisch umrissen: die Tarifraten als anteilige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen und das Hygieneprogramm.



Beide Bereiche zeigen deutlich, wo der Regelungsbedarf für die nächste Krankenhausfinanzierungsreform zu finden ist: Einerseits in einer Lösung, die dauerhaft die Tariflohnentwicklung ohne Kappung mit in die Finanzierung der Krankenhäuser einfließen lässt und die Personalkostenentwicklung nicht nur anteilig, sondern vollständig refinanziert. Zum anderen bedarf es einer Regelung, die Strukturvorgaben aus Gesetzen und gesetzesgleichen Normen, insbesondere des Gemeinsamen Bundesausschusses, in ihren finanziellen Auswirkungen bewertet und diese zusätzlich verursachten Kosten für die Krankenhäuser in einen regelhaften Finanzierungsmodus, in einen krankhausindividuellen Zuschlag, überführt. Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung wurde im November 2013 ein weiterer Regelungsbereich umrissen: Qualität als zusätzlicher Parameter für Vergütung, Selektivverträge und für die Krankenhausplanung der Länder. Zukunftsfähige Vergütungslösungen für die Mengenentwicklung wurden bisher von der neuen Bundesregierung nicht thematisiert.

Qualität in der Krankenhausplanung

In der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft haben wir uns 2013 intensiv mit dem Thema Qualität in der Krankenhausplanung auseinandergesetzt. Wir haben den Vorschlag unterbreitet, die Ergebnisse der externen



Qualitätssicherung für die Krankenhausplanung nutzbar zu machen. Da das Qualitätsniveau in den Hamburger Krankenhäusern sehr gut ist und es daher wenig Auffälligkeiten in der externen Qualitätssicherung gibt, würde eine solche Verknüpfung zu relativ geringen Auswirkungen auf die Krankenhausplanung führen – aus der Sicht der Krankenhäuser erfreulich, denn das Ziel der vergangenen Jahre und Jahrzehnte war es, in Hamburg flächendeckend über das Instrument des Qualitätswettbewerbs eine hervorragende Qualität in der Krankenhausmedizin zu gewährleisten. Die Erkenntnisse aus unserem Vorschlag, sich die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung für die Krankenhausplanung zunutze zu machen, brachten jedoch verschiedene zusätzliche Schwierigkeiten an den Tag. Zum einen die Frage nach der Validität der Qualitätsaussagen, zum anderen die Frage der Auswirkungen. Überwiegend sind die Qualitätskriterien der externen Qualitätssicherung nicht mit den Leistungen einer Fachabteilung als krankhausplanerische Größe in Übereinstimmung zu bringen. Zudem sind oftmals die Fallzahlen pro Krankenhaus für eine auswertbare Grundgesamtheit zu gering. Für eine belastbare Qualitätsaussage werden Indikatoren benötigt, die valide sind, eine Aussage über Fachgebiete oder deren Teilgebiete pro Krankenhaus ermöglichen und statistischen Anforderungen genügen.

Erstmals Hamburger Hygienebericht erstellt

Nachdem wir anlässlich des Relaunches des Hamburger Krankenhausspiegels im Januar 2013 bereits die

13

Indikatoren aus der gesetzlichen Qualitätssicherung vorgestellt hatten, die Aussagen über die Hygienequalität ermöglichen, erarbeiteten wir im Verlauf des Herbstes für unsere Mitgliedskrankenhäuser den ersten Hamburger Hygienebericht. Auf der Grundlage der Hamburgischen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HmbMedHygVO) werteten wir die Erhebungsbögen der einzelnen Krankenhäuser aus und erstellten einen Überblick über die Strukturen und den Stand der Hygieneorganisation sowie Maßnahmen zur Bekämpfung nosokomialer Infektionen und Antibiotikaresistenzen. Der Hygienebericht wird zukünftig jährlich erscheinen.

Transparenz weiter entwickeln

Die langjährige Transparenzinitiative der Hamburger Krankenhäuser wurde durch einen Beschluss der Mitgliederversammlung im Juni 2013 um einen weiteren Schritt vorangebracht. Die Krankenhäuser beschlossen, in 2014 erstmals eine hamburgweite Patientenbefragung zur allgemeinen Zufriedenheit durchzuführen und die Ergebnisse zu veröffentlichen. Dies stellt für viele Krankenhäuser eine zusätzliche Belastung dar und ist mit Kosten verbunden, da das hamburgweite Befragungsinstrument in vielen Krankenhäusern aus Gründen der Vergleichbarkeit zusätzlich zu den bereits etablierten Fragebögen eingesetzt werden muss. Die Vorbereitung dieses Beschlusses brachte die Erkenntnis an den Tag, dass Patientenbefragungen praktisch flächendeckend in allen

Hamburger Krankenhäusern durchgeführt und die daraus abgeleiteten Erkenntnisse bereits zur Weiterentwicklung der Qualität genutzt werden.

Die gut eingeführte und konstruktive Zusammenarbeit mit den Beschwerdebeauftragten unserer Mitgliedshäuser konnten wir auch im letzten Jahr fortsetzen sowie den jährlichen gemeinsamen Bericht zum Beschwerdemanagement erarbeiten und veröffentlichen.

Erweiterter Landesausschuss konstituiert

Die Trägerorganisationen des Erweiterten Landesausschusses nach § 116b SGB V, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und die Hamburgische Krankenhausgesellschaft, bereiteten die Konstitution des Erweiterten Landesausschusses vor und erarbeiteten eine Geschäftsordnung. Diese wurde in der konstituierenden Sitzung im August 2013 beschlossen. Im Zusammenhang mit der neuen, uns gesetzlich zugewiesenen Aufgabe waren zahlreiche interne rechtliche Fragen, insbesondere hinsichtlich der Haftung, zu klären, da der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft bislang keine hoheitlichen Aufgaben übertragen worden waren.

Schlichtungsausschuss noch nicht gebildet

Die zweite, neu auf uns übertragene Aufgabe, der Schlichtungsausschuss nach § 17c KHG, konnte bislang nicht gleichermaßen reibungslos mit Leben erfüllt werden. Trotz vieler Verhandlungen mit den Krankenkassen ließ sich im Jahresverlauf noch keine Struktur und Vergütungsregelung für die Einrichtung eines Schlichtungsausschusses in Hamburg konsentieren. Für die Krankenhäuser eine missliche Lage, da seit dem 1. August 2013 der Weg zu den Sozialgerichten bei strittigen Abrechnungsfällen mit den Krankenkassen verwehrt ist. Der Schlichtungsausschuss, der nach dem Willen des Gesetzgebers die Sozialgerichte entlasten sollte, entwickelte sich selbst zum Hindernis, indem die Bearbeitung der rund 2.500 Streitfälle zwischen Hamburger Krankenhäusern und Krankenkassen derzeit vollständig zum Erliegen gekommen ist. Hier verbleibt uns nur, neben unseren fortgesetzten Bemühungen um eine schlanke und handlungsfähige



Einrichtung eines Schlichtungsausschusses zu verhandeln, auf eine bundesgesetzliche Nachbesserung der Regelung zu drängen.

Der Landesbasisfallwert 2013 konnte auf dem Vereinbarungswege konsentiert werden; ein erfreuliches Signal in einer für die Vertragsparteien nicht einfachen Zeit.

Neugeborenen-Hörscreening

Gegen Ende des Jahres 2013 erreichte uns ein Hilferuf des Hamburger Arbeitskreises für Hörscreening Neugeborener e.V., der seit 2002 die Qualitätssicherung des Neugeborenen-Hörscreenings durchführt. Die rein durch Spenden und ehrenamtliche Tätigkeit getragene Arbeit des Vereins war an eine finanzielle Grenze gestoßen, die nach einer neuen Lösung verlangte. Kurzfristig traf die Mitgliederversammlung der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft im Dezember 2013 den Beschluss, die Qualitätssicherung des Neugeborenen-Hörscreenings in die HKG Health Services GmbH zu übernehmen und zukünftig über eine Nutzerfinanzierung je Fall abzusichern. Die HKG Health Services GmbH startet nach intensiven Vorarbeiten zum 1. Juli 2014 mit der Qualitätssicherung des Neugeborenen-Hörscreenings in einem neuen, elektronischen Verfahren, das den Krankenhäusern die Arbeit

der manuellen Erfassung auf Dokumentationsbögen abnimmt und den Prozess vereinfacht.

Dank für gute Zusammenarbeit

Alles in allem war 2013 ein arbeitsreiches Jahr mit vielen Herausforderungen. Im neuen Jahr setzt sich der Zuwachs an Aufgaben und Themen weiter fort. Dies ist für die Hamburgische Krankenhausgesellschaft nur durch den stetigen und engagierten Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Geschäftsstelle der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft zu bewältigen, für den ich mich sehr bedanke. Desgleichen gilt mein Dank auch allen ehrenamtlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unserer Mitgliedskrankenhäuser, die die Gremien, die Verhandlungskommission für den Landesbasisfallwert und themenbezogene Arbeitsgruppen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft tatkräftig und sachverständig neben ihren hauptamtlichen Aufgaben in ihren Krankenhäusern unterstützen – dafür ganz herzlichen Dank, ganz besonders an unsere Vorsitzenden und Mitglieder des Vorstands!

Dr. Claudia Brase

Dr. Claudia Brase, Geschäftsführerin



Die tragende Säule eines Krankenhauses sind unsere Pflegekräfte. Ohne sie ist ein Krankenhausbetrieb nicht vorstellbar. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft setzt sich für eine Weiterentwicklung des Pflegeberufes und für Rahmenbedingungen ein, die es auch zukünftig attraktiv machen, im Krankenhaus zu arbeiten.

*Burkhard Göbel, Pflegedirektor a. D. der
Asklepios Klinik Wandsbek*



Mit der Gemeinsamen Orientierungshilfe für die Zuordnung von Patientinnen und Patienten in die neurologisch-neurochirurgische oder geriatrische Frührehabilitation ist es der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft gelungen, zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu mehr Transparenz in der Versorgung beizutragen. Die in der externen Qualitätssicherung durch die Hamburgische Krankenhausgesellschaft initiierte Entwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation wird ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung Qualitätstransparenz sein. Unsere Krankenhäuser können stolz auf ihre Qualität sein und diese auch zeigen.

Dr. Jens Göring, Kaufmännischer Direktor des Wilhelmsburger Krankenhauses Groß-Sand

Das Jahr im Überblick

Wichtige Ereignisse im Berichtsjahr



10. Januar 2013
Gesundheitspolitischer Jahresauftakt

16. Januar 2013
Relaunch des Hamburger Krankenhausspiegels

30. Januar 2013

Seminar „Abrechnung ambulanter Leistungen in Krankenhäusern“

30. Januar 2013

Seminar „Kommunikation im Beschwerdemanagement II“

25. Februar 2013

Anhörung der Verbände zum Entwurf für ein Gesetz zur Änderung des Hamburgischen Maßregelvollzugsgesetzes (HmbMVollzG), des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) und des Hamburgischen Gesetzes zur Ausführung des Betreuungsgesetzes (HmbAGBtG)

12. März 2013

6. Treffen der Umweltexperten der Krankenhäuser

21. März 2013

Seminar „Vorbereitung der Budget- und Entgeltverhandlungen 2013“





10. Mai 2013

Grüßwort Dr. Claudia Brase zum Senatsempfang „Hamburg Pflege-Ausbildungsbeste 2012“

14. Mai 2013

Seminar „Antwortschreiben im Beschwerdemanagement“

12. Juni 2013

Hamburger Krankenhaustag „Krankenhausplanung – Chancen, Risiken und Nebenwirkungen“

20. Juni 2013

Mitgliederversammlung

10. September 2013

7. Treffen der Umweltexperten

11. September 2013

Sommerfest

19. September 2013

Tag der Beschwerdebeauftragten

31. Oktober 2013

Vortrag Dr. Claudia Brase „Investition in moderne Versorgung mit Technologien: Was brauchen wir dafür?“ im Rahmen der Veranstaltung „Krankenhausfinanzierung 2014 mit Medizinprodukten“ des BVMed

20. November 2013

Dr. Claudia Brase Podiumsgast des 4. Hamburger Gesundheitstreffs des vdek Hamburg zum Thema „Krankenhausfinanzierung in Hamburg: Quo vadis?“

28. November 2013

Seminar DRG-Update 2014

12. Dezember 2013

Mitgliederversammlung mit Neuwahl der Vorsitzenden 2014/2015



Das patientenorientierte Beschwerdemanagement für Krankenhäuser wurde mit dem Patientenrechtegesetz bundesweit in der Gesetzgebung verankert. Durch das jahrelange Engagement der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft haben die Hamburger Krankenhäuser mit der Umsetzung der Hamburger Erklärung dieses Gesetz schon lange vor seinem Entstehen übererfüllt. Ihr Beschwerdemanagement ist patientenorientiert, transparent und strukturell in den Organisationsabläufen verankert. Durch die trägerübergreifende Vernetzung wird es gemeinsam weiterentwickelt.

Marcus Jahn, Direktor kaufmännischer/pflegerischer Bereich des Israelitischen Krankenhauses in Hamburg



Krankenhausplanung zwischen Qualität, Wettbewerb und Regulierung

Rückblick Hamburger Krankenhaustag 2013

Die Landeskrankenhausplanung ist einer der wenigen Bereiche in unserem überwiegend zentralistisch gesteuerten Gesundheitssystem, in dem die regionalen Entscheidungsträger, die die Strukturen vor Ort kennen, gestalten können. Die Krankenhausplanung soll die stationäre Versorgung eines Landes sicherstellen. Sie bildet die Grundlage, um gesetzlich Versicherte versorgen zu können. Die Aufnahme in den Krankenhausplan ist die Voraussetzung für ein Krankenhaus, um an der Investitionsförderung eines Landes teilhaben zu können. Der Feststellungsbescheid der Landesbehörde definiert den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses, auf dessen Basis die Budgetvereinbarungen der Krankenhäuser mit den Krankenkassen getroffen werden. Mit dem nahenden Ende der Planungsperiode des Krankenhausplans 2015 hat sich die Hamburgische Krankenhausgesellschaft das Thema Krankenhausplanung zum Jahresthema 2013 gewählt, um frühzeitig neue methodische Entwicklungen, wie die Berücksichtigung von Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung, diskutieren und bewerten zu können. Daher stand der Hamburger Krankenhaustag unter dem Thema „Krankenhausplanung zwischen Qualität, Wettbewerb und Regulierung“, das dort unter verschiedenen Blickwinkeln intensiv beleuchtet und diskutiert wurde.

Spezialisierung, Innovationen und Wachstum zulassen

2015 endet der aktuelle Hamburger Krankenhausplan. In den vergangenen Jahren zeichnete sich unsere Krankenhausplanung durch flexible Elemente und eine Nachjustierung während der Planungsperiode aus. Insbesondere die nur nachrichtliche Darstellung der Fünfjahresprognose konnte in der Versorgung Freiräume schaffen für neue Leistungsangebote und Wachstum. Der Dynamik der letzten zehn Jahre ist die Krankenhausplanung im Kompromisswege stets durch eine Zwischenfortschreibung nachgekommen. Seit 2009 haben wir in Hamburg wieder kontinuierlich Planbetten und teilstationäre Plätze aufgebaut, begründet in dem starken Wachstum der Krankenhäuser mit Metropolfunktion und in dem hohen Spezialisierungsgrad der Versorgungsangebote. Spezialisierung, Innovation, Wachstum und gleiche Rah-

HKG Hamburgische Krankenhausgesellschaft

HAMBURGER KRANKENHAUSTAG 2013
Krankenhausplanung –
Chancen, Risiken und Nebenwirkungen

Mittwoch, 12. Juni 2013
9.00 bis 14.00 Uhr
Hotel Hafen Hamburg

HAMBURGER KRANKENHAUSTAG 2013

Krankenhausplanung – Chancen, Risiken und Nebenwirkungen

Zehn Jahre DRG haben die Krankenhausplanung transparenter und wettbewerbsfähiger gemacht. Die Metropolregion Hamburg durch die steigende Nachfrage nach stationärer Versorgung aus dem Umland ist ein Beispiel dafür, was zusätzlich voran.

Die Krankenhausplanung, die in den letzten Jahren „in Fünfjahres-Schritten“ in diesem veränderten Umfeld auf die Landesplanung ist Ländersache. Freiheitsgrade in der Ausgestaltung der Versorgung und können gemeinsam mit den Krankenhäusern Zeichen setzen. Die Versorgungsstrukturen, die auch in der Zukunft gewachsen sind.

Dabei stellen sich grundsätzlich folgende Fragen:

- Wie unterscheidet sich ein Krankenhaus von der Bedarfsermittlung in der Versorgung?
- Welche Kriterien kann Krankenhausplanung heute sinnvoll zu Eigen machen?
- Wie schnell kann Krankenhausplanung Erkenntnisse, wie neue wissenschaftliche Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in die aktuelle Rechtsprechung aufnehmen?
- In welchem Planungsrhythmus sollte die Versorgung oder neue Versorgungsleistungen reagiert werden?

Die Zeit ist da, über Krankenhausplanung in den veränderten Rahmenbedingungen nachzudenken.

Kontakt: Ulrike Jaenicke, Hamburgische Krankenhausgesellschaft

menbedingungen für alle Krankenhäuser im Wettbewerb sollten in einer wachsenden Metropolregion durch die Krankenhausplanung auch weiterhin ermöglicht werden.

Gesetzlicher Auftrag

Nach dem Grundsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist Ziel der Krankenhausplanung, die bedarfsgerechte Versorgung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen zu gewährleisten. In einer Metropolregion wie Hamburg liegt der Fokus der Krankenhausplanung naturgemäß weniger auf dem Aspekt der Sicherstellung, der in den Flächenländern immer stärker in den Vordergrund rückt. In Hamburg muss die Krankenhausplanung

KONFERENZTAG 2013

Nebenwirkungen

Krankenhauslandschaft
licher, aber auch deutlich
oolfunktion Hamburgs treibt
je nach medizinischer
diese Entwicklung noch

sich nach wie vor „tradi-
onbewegt, muss sich mit
auseinander setzen. Kranken-
Die Länder haben hohe
ltung des Krankenhausplans
en Krankenkassen und den
n für innovative, regionale
h den Veränderungen der

the Fragen:

Bedarf in einer Metropole
in einem Flächenstaat?

kenhausplanung sich
schen?

ausplanung sich an aktuelle
wissenschaftliche Erkenntnisse,
en Bundesausschusses und
passen?

us kann auf Entwicklungen
e Qualitätsergebnisse

ausplanung unter ver-
n neu zu diskutieren.

e Krankenhausgesellschaft, Telefon 040 / 25 17 36-29, E-Mail: presse@hkgv.de

Tagungsprogramm

- 9.00 Empfang mit Kaffee und Tee**
- 9.30 Begrüßung**
Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, 1. Vorsitzender der HKG
- 9.40 Grußwort**
Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg
- 9.50 Methodische Ansätze der Krankenhausplanung aus juristischer Perspektive**
Dr. Christoph Seiler, Seniorpartner Seufert Rechtsanwälte München
- 10.20 Krankenhausplanung in NRW – was lange währt, wird endlich gut?**
Matthias Blum, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
- 10.50 Kaffeepause**
- 11.20 Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung**
Dr. Stefan Loos, IGES Institut
- 11.50 Diskussion „Krankenhausplanung in der Gesundheitsmetropole“**
Dr. Claudia Brase, Geschäftsführerin der HKG
Dr. Matthias Gruhl, Leiter des Amtes für Gesundheit Hamburg
Matthias Mohrmann, Vorstand der AOK Rheinland/Hamburg
Dr. Stefan Loos, IGES Institut
- 13.00 Gemeinsames Mittagessen**
- Moderation:**
Dr. Claudia Brase, Geschäftsführerin der HKG

der daraus resultierende Handlungsbedarf ist jedoch das Thema für das Jahr 2014.

Berücksichtigung von Qualität in der Krankenhausplanung wünschenswert

Qualitätsanforderungen in der Krankenhausplanung zu verankern und zu nutzen, ist dem Grunde nach möglich und aus der Sicht der Hamburger Krankenhäuser wünschenswert. Die Qualität der Hamburger Krankenhäuser ist sehr gut, wie die jahrzehntelange Erfahrung mit der externen Qualitätssicherung zeigt. Die Verknüpfung von validen Qualitätsmessungen mit krankenhauserischen Entscheidungen kann den Qualitätswettbewerb und die Spezialisierung fördern. Qualitätskriterien können jedoch nur mit Augenmaß in die Krankenhausplanung Eingang finden, sie können nur ergänzend zu den bundesgesetzlichen Vorgaben sein. Zusätzlich sind Qualitätsanforderungen daraufhin zu überprüfen, ob sie sinnvoll und notwendig sind. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist ebenso zu wahren wie der Grundsatz der eigenverantwortlich handelnden Krankenhäuser. Es muss daher ein in die vielfältigen geltenden bundesgesetzlichen Normen passendes Konzept für die Nutzung von Qualitätskriterien entwickelt werden. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft hat vorgeschlagen, die vorhandenen Ergebnisse der externen Qualitätssicherung zu nutzen und krankenhauserische Entscheidungen an die Kriterien zu koppeln, die eine Aussage über ein Planungsgebiet ermöglichen. Krankenhäuser unterliegen bereits vielfältigen Qualitätsanforderungen: externe Qualitätssicherung, internes Qualitätsmanagement, Vorgaben aus Abrechnungsbestimmungen, Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aus Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, Anforderungen an die Hygieneorganisation, Mindestmengen für planbare Leistungen und strukturierte Qualitätsberichte. Deswegen dürfen zusätzliche landesspezifische Vorgaben keine Konflikte mit bestehenden Regeln und keine Synchronisierungsprobleme im zeitlichen Verlauf erzeugen. Die Hamburger Krankenhäuser sind mit ihrem Bekenntnis zum Qualitätswettbewerb prädestiniert für eine Qualitätsdimension in der Krankenhausplanung. Die derzeit

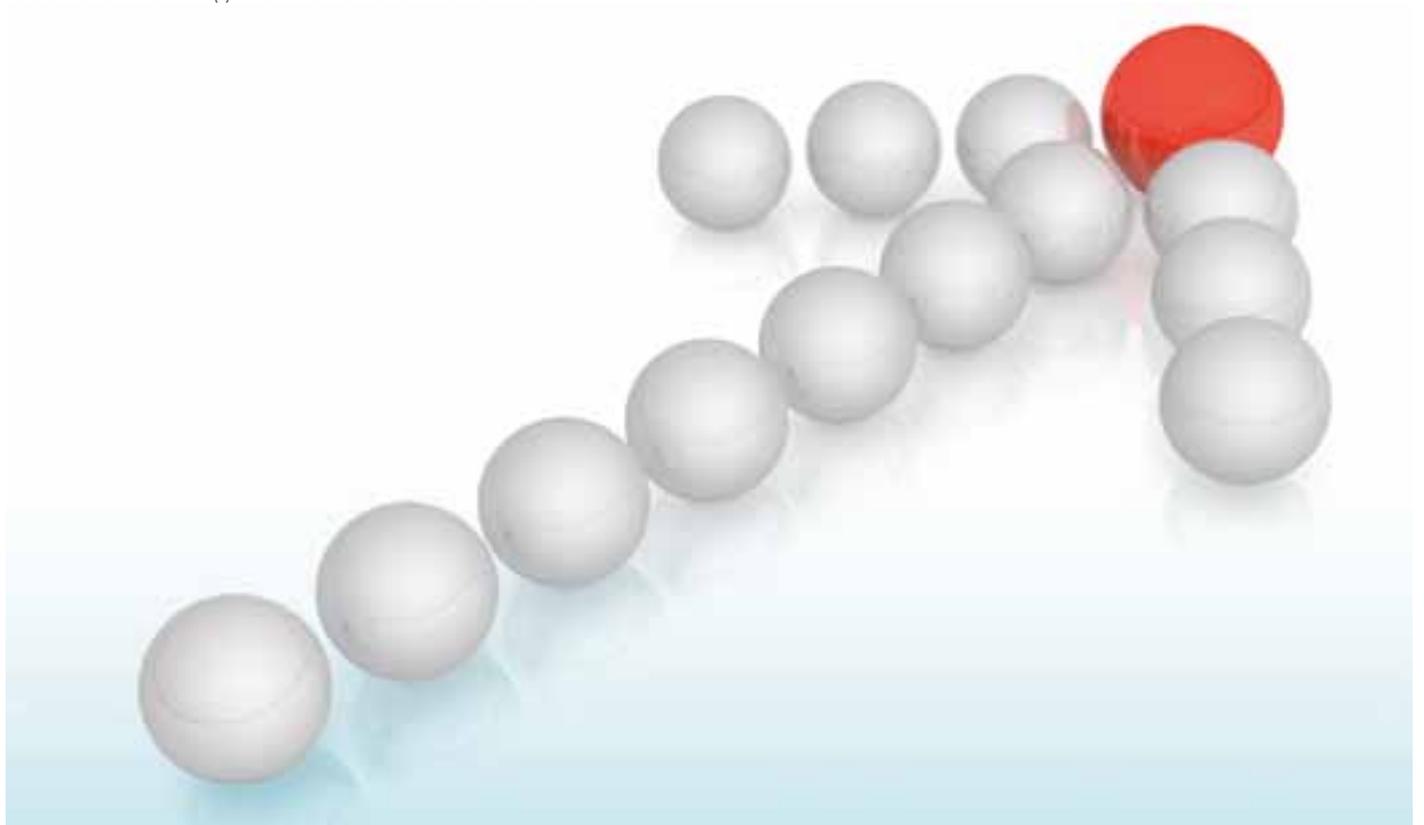
Spezialisierung, Differenzierung und Bildung von „Leuchttürmen“ ermöglichen und fördern. Dabei gehört der Nachweis herausragender Qualität selbstverständlich zum Profil der Krankenhäuser einer Gesundheitsmetropole. Vor diesem Hintergrund hat die Hamburgische Krankenhausgesellschaft einen Vorschlag für die Nutzung vorhandener Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung unterbreitet und zur Diskussion gestellt, der auf dem grundlegenden Bekenntnis des Qualitätswettbewerbs aufbaut. Die gesetzliche Vorgabe an die Krankenhausplanung, leistungsfähige, eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser im Land vorzuhalten, wird durch die langjährig defizitäre Krankenhausfinanzierung von Jahr zu Jahr immer mehr ad absurdum geführt. Dies und

einzig verfügbare, valide Datenquelle ist jedoch die gesetzliche Qualitätssicherung. Sie gilt bundesweit für alle Krankenhäuser. Und auch wenn zurzeit nur für einen Teil von Krankenhausleistungen und -teilleistungen belastbare Ergebnisse vorliegen, sind diese die einzige bislang verfügbare Quelle für eine Qualitätsmessung. In der Diskussion des Hamburger Krankentages ergab sich, dass die Mehrzahl der Indikatoren zu kleinteilige Prozesse und Teileleistungen eines Krankenhauses misst, um planerische Entscheidungen eines gesamten Fachgebietes daran zu koppeln. Die Methodik der Qualitätsmessungen muss daher noch weiter entwickelt werden, um planerische Schritte daran koppeln zu können.

Zielsetzung der Krankenhausplanung

Die Diskussion des Jahres 2013 und des Hamburger Krankentages brachte für die Hamburger Krankenhäuser die Erkenntnis, dass es unbedingt notwendig ist, über die grundsätzlichen Ziele der Krankenhausplanung Einigkeit mit den übrigen Beteiligten anzustreben. Gerade die Nutzung von Qualitätskriterien kann nur funk-

tionieren und akzeptiert werden, wenn sie nicht mit der Absicht erfolgt, die Versorgung zu beschneiden und künstlich klein zu halten. Der Maßstab für Hamburger Krankenhäuser muss selbstverständlich der Qualitätsstandard sein, der bundesweit von Krankenhäusern gefordert wird. Ein Metropolenstandort wie Hamburg mag insgesamt weit oberhalb eines solchen Qualitätsstandards liegen. Dann kann es keinesfalls die Konsequenz sein, dass, was andernorts gute Qualität ist, in Hamburg als schlecht betrachtet wird. Die überdurchschnittlich gute Qualität Hamburger Krankenhäuser muss honoriert werden und zum Strahlen unseres Gesundheitsstandorts beitragen dürfen. Die große Chance für Hamburg besteht darin, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Wachstum gewollt und Spezialisierung und Differenzierung wünschenswert und möglich sind. Alles Übrige wird durch den Qualitätswettbewerb besser bewirkt, als eine planerische Vorgabe es jemals hervorbringen könnte.





Als Klinikgruppe haben wir einen besonderen Qualitätsanspruch. Deshalb messen wir seit vielen Jahren unsere Therapie- und Behandlungsergebnisse, um sie gemeinsam mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Sinne unserer Patienten noch weiter zu verbessern. So freuen wir uns über das Ziel der Hamburgischen Krankenhausesellschaft, die Qualität zu fördern, und unterstützen sie darin, diese, z. B. mit dem Hamburger Krankenhausspiegel, für Patienten, Leistungserbringer und Politik auch transparent zu machen.

Dr. Ulrich Knopp, Geschäftsführer der Schön Klinik Hamburg Eilbek

Qualität – das Maß aller Dinge

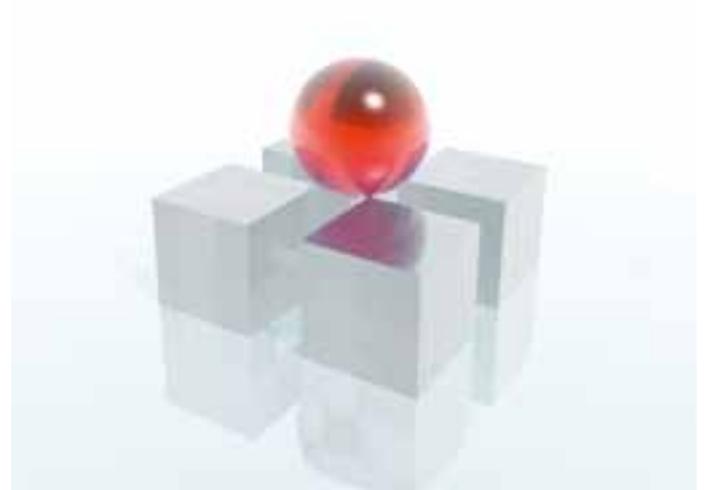
Qualitätssteuerung in der medizinischen Versorgung

Die neue Bundesregierung hat bereits im Koalitionsvertrag weitreichende Weichenstellungen für das Gesundheitswesen vorgenommen. Die Qualität soll mehr denn je zum Maß aller Dinge werden. Aus der Sicht der Krankenhäuser ist das Bemühen um ständige Qualitätsverbesserung bei weitem kein Novum. Nun sollen erstmals auch Selektivverträge, die Vergütung und die Krankenhausplanung an Qualitätsergebnisse gekoppelt werden.

Hamburgs Krankenhäuser pflegen eine jahrzehntelange Tradition der Qualitätssicherung und eine nunmehr achtjährige Tradition der Veröffentlichung ihrer Qualitätsergebnisse im Hamburger Krankenhausspiegel. Weitere Qualitätstransparenzprojekte, wie beispielsweise Qualitätskliniken.de, die Initiative Qualitätsmedizin IQM und andere, sind in der Zwischenzeit noch hinzugekommen. Die Qualitätstransparenz ist wesentlicher Treiber des Qualitätswettbewerbs, den die Hamburger Krankenhäuser täglich für ihre Verbesserung und Weiterentwicklung nutzen. Nun machen Krankenhäuser die Erfahrung, dass die mit viel Aufwand hergestellte Qualitätstransparenz auf der Grundlage der Methodik der externen Qualitätssicherung, die für den Krankenhaussektor in Deutschland einzigartig ist, schnell für selbstverständlich genommen wird. Anstelle einer systematischen Weiterentwicklung dieser akzeptierten Methodik wenden sich die Interessen der Gesundheitspolitik neuen Methoden zu, deren Validität und Eignung für die Ergebnismessung noch infrage steht.

Qualität soll Einzug in die Krankenhausfinanzierung halten. Voraussetzung ist jedoch, dass Qualitätsvergleiche und die Bewertung von Krankenhäusern auf eine objektive Grundlage gestellt werden. Die für Qualitätsvergleiche heranzuziehenden Indikatoren müssen für diesen Zweck geeignet sein, wissenschaftlichen Standards und den Regeln der Statistik genügen und das messen, was sie messen sollen. In vielen Bereichen ist die Risikoadjustierung unterschiedlicher Patientengruppen in verschiedenen Krankenhäusern eine methodisch sehr anspruchsvolle Aufgabe, die oftmals klinischer Parameter bedarf.

Gerade diese sind beispielsweise in Abrechnungsdaten nicht enthalten. Viele Qualitätsmessungen scheitern bei krankenhausbefugten Aussagen an den statistisch zu geringen Fallzahlen. Für belastbare Aussagen, beispielsweise zu der im Methodenkreis der Qualitätsmessung aus Routinedaten beliebten Mortalität, sind vielfach Fallzahlen pro Krankenhaus erforderlich, die in der Versorgung deutschlandweit nur von wenigen Krankenhäusern – wenn überhaupt – erreicht werden. Indikatoren bedür-



fen eines wissenschaftlichen Entwicklungsprozesses unter Einbezug der medizinischen Fachgesellschaften. Keinesfalls dürfen sie einseitig festgelegt werden. Im Weiteren müssen sich Bestandteile des Vergütungssystems bei häufig hochkomplexen, patientenabhängigen Krankenhausleistungen mit den Qualitätsergebnissen koppeln lassen.

Was ist medizinische Qualität?

Zuvor ist jedoch von Wissenschaftlern noch eingehender als bislang die Frage zu beantworten: Was ist eigentlich Qualität im Krankenhaus? Heute, nach langjähriger Tradition der externen Qualitätssicherung, wissen wir über die Qualität von Endoprothesen an Hüft- und Kniegelenken einiges; über die Qualität einer Krankenhausbehandlung bei einer multimorbiden geriatrischen Patientin nach Sturz mit cerebralen Durchblutungsstörungen und Diabetes mellitus wenig. Wenn finanzielle Anreize mit Qualitätsergebnissen verknüpft werden sollen, dann erscheint es wenig einleuchtend, dass dies aus methodischen Gründen der-

zeit allein bei industriell orientierten, auf einzelne Prozeduren beschränkte Krankenhausleistungen erfolgen soll. Geht nicht die Herausforderung in der Krankenhausmedizin viel mehr hin zu Versorgung von hochaltrigen und multimorbiden Menschen? Wir wissen, dass Vergütungsanreize Auswirkungen auf die Versorgung haben. Wollen wir wirklich einen finanziellen Anreiz auf singuläre Eingriffe bei ansonsten risikoarmen und unkomplizierten Patientengruppen legen?

Surrogatparameter Strukturqualität

Unter dem Stichwort Strukturqualität greifen sowohl der Gemeinsame Bundesausschuss, zunehmend auch die Länder in der Krankenhausplanung, als auch die Regierungskoalition per Absichtserklärung in den Krankenhausbetrieb ein. Mit Vorgaben zur Personalbesetzung, baulichen sowie apparativen Ausstattung werden in den Krankenhäusern Kosten verursacht, deren Refinanzierung, vorsichtig ausgedrückt, derzeit nicht geklärt ist. Ein schlüssiger Nachweis, dass Strukturqualitätsanforderungen zu besseren Qualitätsergebnissen führen, steht noch aus. Selbstverständlich ist eine ausreichende Personalausstattung die Grundvoraussetzung für einen regulären Krankenhausbetrieb. Die organisatorische Freiheit jedoch, mit welchen Berufsgruppen, Qualifikationen, Weiterbildungen und Organisationskonzepten die Krankenhausleistungen erbracht werden, sollte der jeweiligen Krankenhausleitung überlassen werden. Sie trägt die Verantwortung für die medizinische Qualität und das betriebswirtschaftliche Ergebnis. Einseitige Vorgaben für Strukturqualität ohne eine direkte Refinanzierungsmöglichkeit bringen die Krankenhäuser in eine prekäre Lage. Detaillierte Strukturvorgaben schränken die Handlungsspielräume der Krankenhäuser erheblich ein, damit auch die Möglichkeiten, ein wirtschaftliches Ergebnis zu erzielen. Auf der Strecke bleiben dabei auch innovative Projekte, die Weiterentwicklung der Versorgung bottom-up sowie regionale Versorgungskonzepte. Der aktuelle Koalitionsvertrag zielt darauf ab, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die Personalkosten, insbesondere die der Pflege, in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden. Anhand welchen Maßstabes sollen die Bewer-

tungsrelationen für die Personalkosten verändert werden und was heißt „ausreichend“ konkret? Die Erhöhung der Bewertungsrelationen führt noch nicht zu mehr Finanzmitteln bei den Krankenhäusern. Nach der Systematik des Landesbasisfallwertes würden zusätzliche Bewertungsrelationen zunächst zu dessen Absenkung führen: positiver Katalogeffekt; die Leistung des Vorjahres ist nach dem Katalog des folgenden Jahres mehr wert. Die Absenkung müsste durch Hinzurechnung entsprechender Finanzmittel neutralisiert werden. Ob die Kostenträger diesen Schritt mitmachen würden, erscheint aufgrund der Milliardenüberschüsse beitragsatzneutral zwar möglich, aber angesichts fehlender expliziter gesetzlicher Regelungen hierfür mehr als fraglich. Eine Sollpersonalvorschrift funktioniert nur dann, wenn die finanziellen Ressourcen vorhanden sind, um das Sollpersonal auch zu finanzieren. Wenn aber das InEK auf Grundlage der Mangel leidenden Kalkulationskrankenhäuser rechnet, dann wird dieser mangelhafte Ist-Zustand in eine Sollvorschrift für alle überführt – dies kann doch keine ernst gemeinte Lösung sein! Die Sinnhaftigkeit solcher Personalbemessungsvorschriften ist auch grundsätzlich in Abrede zu stellen. Eine solche Vorgabe passt nicht zur Funktionsweise eines fallpauschalierten Entgeltsystems. Ein Qualitätsgewinn durch eine Sollpersonalvorschrift ist weder wissenschaftlich nachgewiesen noch als Automatismus anzusehen. Sie ist eine symptomatische Maßnahme, um dem zugrunde liegenden Missstand zu knappen Personals aufgrund jahrzehntelanger Unterfinanzierung nicht abzuhelpfen. Andersherum wird ein Schuh daraus.



Die Verhandlung des Landesbasisfallwertes ist eine der Kernaufgaben der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft. Mit Ausdauer und Durchsetzungskraft schafft sie die wirtschaftliche Grundlage für die alltägliche Arbeit der Hamburger Krankenhäuser. Der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft ist es in den vergangenen Jahren immer wieder gelungen, in dem stark wachsenden Krankenhausmarkt Hamburgs die Kosten der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen wirkungsvoll zu argumentieren.

Ulrike Kömpe, Geschäftsführerin der HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg

Was lange währt, wird endlich gut?

Die Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) wurden die bisherigen Regelungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus durch die neuen Regelungen ersetzt. Die damit einhergehende Änderung des Zulassungsverfahrens und die Abstimmungen in dem neu gebildeten Gremium des Erweiterten Landesausschusses führen dazu, dass Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen und Hamburgische Krankenhausgesellschaft in Zukunft intensiv zusammenarbeiten.

Bisherige Regelung

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) ist zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Damit wurden die bisherigen Regelungen der ambulanten Behandlung im

Krankenhaus gemäß § 116b SGB V durch neue Regelungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ersetzt. Bis dahin waren zugelassene Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung der in dem gesetzlich festgelegten Katalog seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie hochspezialisierter Leistungen berechtigt, wenn sie im Rahmen der Krankenhausplanung dazu bestimmt wurden. Die Anforderungen an die Krankenhäuser wurden in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt. Krankenhäuser mussten für die Teilnahme an der ambulanten Behandlung einen Antrag bei der zuständigen Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz stellen, die den Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung damit befasste. Bis zum Ende des Jahres 2011 wurden in Hamburg über 60 Bestimmungen zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V (alt) erteilt.



Zulassungsverfahren geändert

Mit der Neuregelung ab dem Jahr 2012 wurde das Zulassungsverfahren grundlegend geändert. Nunmehr können neben Krankenhäusern auch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer (niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Medizinische Versorgungszentren) Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erbringen. Voraussetzung für die Teilnahme ist nach § 116b Abs. 2 SGB V, dass die Leistungserbringer die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Anforderungen für den jeweiligen Leistungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfüllen und dies gegenüber dem Erweiterten Landesausschuss anzeigen. Die Anzeigeverfahren werden damit von einem neu zu gründenden Gremium bearbeitet.

Neues Gremium konstituiert

Hierfür musste der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß der gesetzlichen Vorgabe um Vertreter der Krankenhäuser erweitert werden. Wir standen damit vor der Herausforderung, uns mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen zunächst auf die vertraglichen Grundlagen und die Besetzung des Gremiums zu einigen. Nachdem die Geschäftsordnung abgestimmt und die unparteiischen Vorsitzenden sowie weitere Mitglieder gefunden worden waren, konnte sich der Erweiterte Landesausschuss am 14. August 2013 konstituieren.

Erste Umsetzungsschritte erarbeitet

Mit der Konstitution des Erweiterten Landesausschusses war der erste Meilenstein auf dem Weg zur Umsetzung der neuen Regelung erreicht. Es folgten weitere Umsetzungsschritte, wobei die nach und nach vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen berücksichtigt werden mussten. Entscheidende Vorgaben für die Anzeigenprüfung werden durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gesetzt. Nachdem zunächst im Juli 2013 eine Richtlinie mit allgemeinen Regelungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versor-

gung, der so genannte Paragraphenteil, in Kraft getreten ist, wurde im Dezember 2013 die erste Richtlinie für einen Indikationsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beschlossen. Die Richtlinie Tuberkulose und atypische Mykobakteriose soll im April 2014 in Kraft treten. Da ab diesem Zeitpunkt mit Anzeigen durch Leistungserbringer zu rechnen ist, wurde mit inhaltlichen und organisatorischen Vorbereitungen für das Anzeigeverfahren begonnen. Das Hauptaugenmerk liegt hierbei auf der Auslegung und Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität. Um die Anforderungen für die anzeigenden Leistungserbringer und den Erweiterten Landesausschuss handhabbar zu machen, werden diese in den Anzeigeformularen und Checklisten umgesetzt.

Nicht zuletzt wegen der zahlreichen Interpretationsspielräume wird eine intensive Abstimmung zwischen den beteiligten Vertretern der Trägerorganisationen notwendig sein, damit der Erweiterte Landesausschuss eine einheitliche Rechtsauffassung entwickeln kann und handlungsfähig wird. Die Versorgungsangebote für die in § 116b SGB V genannten seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie hochspezialisierte Leistungen werden sowohl die Vertragsärzte und Krankenhäuser als auch den Erweiterten Landesausschuss in den nächsten Jahren intensiv beschäftigen.



Eine kontinuierliche, tagesaktuelle und transparente Informationspolitik zeichnet die Arbeit der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft aus. Sie informiert mit fast 500 Rundschreiben im Jahr mehr als 1.000 Personen täglich über aktuelle Änderungen im Gesundheitswesen, führt Seminare und Veranstaltungen durch und berät in themenspezifischen Arbeitsgruppen gemeinsam mit den Hamburger Krankenhäusern die Umsetzung landespolitischer Anforderungen.

Uwe Lauer, Geschäftsführer der Klinikgruppe Dr. Guth

Hygienemanagement transparent gemacht

Erster Gemeinsamer Hygienebericht der Hamburger Krankenhäuser 2012

Einhergehend mit dem im Jahr 2011 geänderten Infektionsschutzgesetz waren alle Bundesländer aufgefordert, eine Landesverordnung zur Hygiene zu erlassen. Die Hamburger Hygieneverordnung (HmbMedHygVO), die daraufhin im März 2012 vom Senat beschlossen wurde, sieht neben zahlreichen detaillierten Vorgaben zum Hygienemanagement, zur Personalausstattung und -qualifizierung und zum rationalen Antibiotikaeinsatz einen jährlichen Hygienebericht der Hamburger Krankenhäuser sowie der Einrichtungen für ambulantes Operieren vor, der veröffentlicht werden soll.

Viele Inhalte der Hamburger Hygieneverordnung waren für die Hamburger Krankenhäuser nicht neu, da sie dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und bereits umgesetzt werden. Der Aufforderung, mit einem jährlichen Hygienebericht den Stand der Umsetzung sichtbar und transparent zu machen, sind die Hamburger Krankenhäuser gerne nachgekommen. Als Einstieg in eine transparente Hygieneberichterstattung hatten wir bereits im Januar 2013 den jährlichen Relaunch des Hamburger Krankenhausspiegels genutzt, um die Indikatoren vorzustellen, die einen Bezug zur Hygienequalität haben. Grundlage für die Inhalte des Berichts bildet der von den Gesundheitsämtern verwendete Erhebungsbogen, den diese für die regelmäßigen Begleichen in den Krankenhäusern verwenden. Die Abstimmung über den Erhebungsbogen und die Inhalte des ersten Hygieneberichts fand in Zusammenarbeit mit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz statt.

Der Hygienebericht umfasst folgende Themenbereiche:

- 1 Größenordnung und Risikostruktur der Krankenhäuser
- 2 Hygienemanagement / Hygienepläne
- 3 Hygienefachpersonal
- 4 Surveillance nosokomialer Infektionen
- 5 Surveillance von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen
- 6 Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs
- 7 Schulung des Personals

Der erste Hygienebericht diente dazu, Erfahrungen mit den Erhebungsbögen für 2012 zu sammeln, um die Be-



richterstattung in der Folge in einem jährlichen Turnus verstetigen zu können. Neben der Veröffentlichung für unsere Mitgliedskrankenhäuser hatten wir angeboten, die Daten weiterer Krankenhäuser, die durch die Hamburger Hygieneverordnung ebenfalls zu einem Hygienebericht verpflichtet sind, kostenpflichtig zu übernehmen. Dieses Angebot haben drei private Kliniken in Anspruch genommen.

Krankenhaushygiene greift auf langjährige Erfahrung zurück

Krankenhaushygiene hatte für die Hamburger Krankenhäuser schon immer einen hohen Stellenwert. Der Hygienebericht 2012 zeigt, dass das Hygienemanagement in Hamburger Krankenhäusern eine langjährige Tradition hat und es Krankenhäuser gibt, die sich bereits seit bis zu 20 Jahren intensiv mit der Überwachung nosokomialer Infektionen und dem Antibiotikaverbrauch auseinandersetzen. Dies hat dazu geführt, dass bereits im ersten



Jahr der Umsetzung der Hamburger Hygieneverordnung die strukturellen Vorgaben in weiten Teilen als erfüllt angesehen werden können, wenngleich bei der Umsetzung der personellen Voraussetzungen noch weitere Anstrengungen erforderlich sind. Die Übergangsfrist in der HmbMedHygVO gibt den Krankenhäusern bis Ende Dezember 2016 Zeit für den Aufbau zusätzlichen und die Qualifikation bereits vorhandenen Fachpersonals.

Für die Anforderungen an die Hygiene und die Bemessung des erforderlichen Personals ist die Zuordnung der Bettenkapazitäten in die vom Robert-Koch-Institut vorgegebenen Risikogruppen erforderlich. Über die Krankenhäuser insgesamt ergibt sich, dass rund 50 % der Betten dem mittleren Risiko zuzuordnen sind, lediglich 10 % der höchsten Risikostufe und gut 40 % zur geringsten Risikostufe. In den einzelnen Krankenhäusern kann dies jedoch ganz unterschiedlich aufgeteilt sein.

Beim Hygienemanagement zeigt sich, dass alle Krankenhäuser betriebsorganisatorische Regelungen vereinbart und Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen entwickelt haben. In allen Krankenhäusern gibt es eine Hygienekommission mit einer eigenen Geschäftsordnung, die mehrheitlich wie vorgeschrieben zwei Mal pro Jahr tagt.

Entscheidend für die Umsetzung der Hygienevorgaben in den Krankenhäusern ist das ausreichende und ausreichend qualifizierte Personal. Die Hamburger Hygieneverordnung hat die von der Kommission Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) erarbeiteten Vorgaben übernommen. Der Hamburger Hygienebericht 2012 zeigt, wie weit die Krankenhäuser die Vorgaben bislang umsetzen konnten.

Zuständig für die Hygiene im Krankenhaus ist der Ärztliche Direktor, die Umsetzung der Hygienevorschriften erfolgt durch unterschiedlich ausgebildete Fachkräfte. Von diesen waren in den Hamburger Krankenhäusern zum 31. Dezember 2012 folgende Personengruppen beschäftigt:

- 43 Hygienefachkräfte (Krankenpflegekräfte mit einer speziellen Weiterbildung), von denen 27 die entsprechende Weiterbildung bereits abgeschlossen haben. Zur vollständigen Umsetzung der KRINKO-Empfehlung wären 57 Vollkräfte erforderlich.
- 239 als Hygienebeauftragte Ärzte (speziell fortgebildete Fachärzte), von denen 228 Fachärzte sind und 192 bereits an einer Fortbildung teilgenommen haben.
- Krankenhaushygieniker (Fachärzte mit spezieller Weiterbildung, wie Hygiene und Umweltmedizin oder Virologie und Infektionsepidemiologie).

Hygienebeauftragte Pflegekräfte (examinierte Pflegekräfte mit mehrjähriger Berufserfahrung) haben fast alle Krankenhäuser bestellt.



Eine Universitätsklinik ist ein zentraler Faktor für die Strahlkraft einer Gesundheitsregion wie Hamburg. Eine Universitätsklinik zieht international renommierte Experten an und bildet die Experten von morgen aus. Davon profitiert eine Gesundheitsmetropole. Mit ihrem Engagement für eine wettbewerbsorientierte Krankenhausfinanzierung, die auch die Kosten der Hochleistungsmedizin immer wieder in die Diskussion einbringt, schafft die Hamburgische Krankenhausgesellschaft gute Rahmenbedingungen für das Zusammenwirken von medizinischer Exzellenz in Versorgung und Wissenschaft.

Rainer Schoppik, Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Die klinisch-mikrobiologische und klinisch-pharmakologische Beratung erfolgt ebenfalls an fast allen Krankenhäusern.

Zur Schulung des Personals in den Krankenhäusern werden in den Hygienekommissionen Fortbildungspläne festgelegt, mit denen sichergestellt ist, dass das Hygienepersonal mindestens im Abstand von zwei Jahren an einer Fortbildungsveranstaltung teilnimmt. Auch die Fortbildung des sonstigen Personals ist gewährleistet.

Zur Finanzierung des Mehraufwandes für das entsprechende Fachpersonal hat die Bundesregierung im Juni 2013 mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung ein Hilfspaket für die Krankenhäuser verabschiedet. Dieses finanziert jedoch nur einen Teil des Mehraufwandes, zudem ist das erforderliche Fachpersonal derzeit nicht auf dem Arbeitsmarkt verfügbar. Vorhandenes Personal wird zurzeit mit Hochdruck nachgeschult.

Die Überwachung und Auswertung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen gehört in allen Hamburger Krankenhäusern zum täglichen Handwerk, oftmals unter Einbeziehung der Hygienekommission. Einzelne Krankenhäuser weisen darin sogar eine Tradition von bis zu 20 Jahren auf. Die Hamburger Krankenhäuser erfüllen damit auch hier die gesetzlichen Vorgaben.

Mit dem risikobasierten Aufnahmescreening auf Methicillinresistenten Staphylokokkus aureus (MRSA), welches von fast allen Hamburger Krankenhäusern routinemäßig durchgeführt wird, überwachen die Hamburger Krankenhäuser die von außen hereingetragenen Problemkeime. Das Hygienemanagement bei Erregernachweis ist in den Krankenhäusern schriftlich festgelegt und das Personal entsprechend geschult.

Zwischenzeitlich haben sich alle Hamburger Krankenhäuser dem sektorenübergreifenden MRE-Netzwerk angeschlossen, welches 2011 auf Initiative des Ge-

sundheitsamts Nord aufgebaut wurde. Alle an der Versorgung von Patienten beteiligten Organisationen und Einrichtungen sollen sukzessive einbezogen werden und daran arbeiten, sektorenübergreifend Standards zu entwickeln, durch die die Belastung mit resistenten Erregern und deren Verbreitung zwischen den Einrichtungen reduziert wird.

Hygiene und Hygienemanagement sollen auch dazu beitragen, die Entwicklung neuer Antibiotikaresistenzen zu vermindern. Mit diesem Ziel erfassen alle Hamburger Krankenhäuser ihre Antibiotikaverbräuche und werten diese aus. Die Mehrzahl der Krankenhäuser hat darüber hinaus Antibiotikatherapieleitlinien entwickelt, die einen Antibiotikaeinsatz auf dem bestverfügbaren wissenschaftlichen Stand sicherstellen sollen.

Anfang Februar 2014 haben wir den Gemeinsamen Hygienebericht der Hamburger Krankenhäuser 2012 veröffentlicht. Er ist auf der Internetseite der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft unter www.hkgev.de/hygiene eingestellt. Eine jährlich aktualisierte Berichterstattung ist vorgesehen.

Pilotprojekt MRGN-Screening

In 2013 haben wir uns gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz und den Krankenkassen für ein Pilotprojekt eingesetzt. Es beinhaltet, bei – gemäß der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert-Koch-Instituts – definierten Risikogruppen sieben bis 14 Tage vor der stationären Aufnahme ein Screening auf multi-resistente gramnegative Erreger (MRGN) durchzuführen. Ein solches Screening kann für betroffene Patientinnen und Patienten das Risiko minimieren, an einer Komplikation mit dem resistenten Erreger zu erkranken. Bei einer Erkrankung kann sofort die Therapie mit noch wirksamen Antibiotika eingeleitet und die Ausbreitung auf Dritte besser verhindert werden. Das Pilotprojekt stellt einen wichtigen Baustein in einer regionalen Hygieneoffensive dar.

Krankenhäuser in Aktion

Aktivitäten der Hamburger Krankenhäuser

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

22. Januar 2013

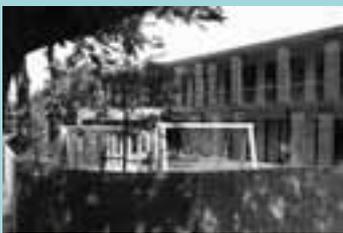
Gesundheitszentrum „Spectrum am UKE“ öffnet im Herbst 2014



Beim Richtfest des 11.000 m² großen, sechsgeschossigen Komplexes (v. l.): Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus, Dekan und UKE-Vorstand; Investor Klaus-Jürgen Sontowski; Dr. Dorothee Stapelfeldt, Wissenschaftssenatorin der Freien und Hansestadt Hamburg; Jörg Schröder, Baufirma Züblin.

23. Januar 2013

Eröffnung des Obergeschosses des Lufthafens im Altonaer Kinderkrankenhaus



Mit der Erweiterung des Lufthafens haben die Eltern der langzeitbeatmeten Kinder die langersehnte Möglichkeit, in der Nähe ihrer Kinder zu übernachten.

8. April 2013

100-jähriges Jubiläum des Krankenhauses Jerusalem



Mit einem feierlichen Senatsempfang im Kaisersaal des Rathauses wurde das 100-jährige Jubiläum des Krankenhauses Jerusalem begangen.

14. April 2013

Der sanierte Altbau der HELIOS ENDO-Klinik Hamburg



Foto: Sven Brüggemann

Der sanierte Altbau der HELIOS ENDO-Klinik Hamburg mit der HELIOS-Privatklinik und dem ENDO Reha Zentrum wird nach einer umfangreichen Sanierung eröffnet.

19. April 2013

Richtfest für den Neubau der Asklepios Klinik Harburg



Herzstück des neuen sechsstöckigen Gebäudekomplexes wird die Zentrale Notaufnahme (ZNA) mit modernster Schockraumversorgung. V.l.: Marco Walker, Geschäftsführender Direktor der Asklepios Klinik Harburg; Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz; und Dr. Christoph Mahnke, Geschäftsführer Asklepios Kliniken Hamburg.

26. April 2013

Grundsteinlegung Erweiterungsbau Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus



V.l.: Cord Meyer, Hauptgeschäftsführer Albertinen-Diakoniewerk e. V.; Hans-Peter Beuthien, Geschäftsführer Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus; Hildegard Esser, Leiterin der Abteilung Gesundheit, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz; Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, Vorstandsvorsitzender Albertinen-Diakoniewerk e. V.; Pastor Dr. Stefan Stiegler, Vorstand Albertinen-Diakoniewerk e. V.

22. Mai 2013

Eröffnung Haus C der Asklepios Klinik St. Georg nach Komplettsanierung



Hamburgs traditionsreichstes Krankenhaus, die Asklepios Klinik St. Georg, hat das große Bettenhaus C in zweijähriger Bauzeit mit einem Aufwand von knapp 28 Millionen Euro neu gestaltet und umfassend modernisiert. Die Modernisierung bedeutet für die Patienten vor allem mehr Komfort: Ein- und Zweibett-Zimmer mit jeweils integriertem Bad sind Standard.

2. Mai 2013

Asklepios Klinik Nord – Heidelberg erweitert interdisziplinäre internistische Intensivstation



Um die stetig wachsende Zahl kritisch kranker Menschen auch zukünftig bestmöglich versorgen zu können, wurde die konservative internistische Intensivstation H21 erweitert. V.l.: Stationsleiterin Andrea Draack; Joachim Gemmel, Geschäftsführender Direktor Asklepios Klinik Nord; Elke Huster-Nowack, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz; Dr. Ralph-Uwe Mletzko, Chefarzt der Inneren Medizin II, und Architekt Jan Homfeldt.

24. Mai 2013

Neue Dialyse-Abteilung des Krankenhauses Reinbek in Kooperation mit dem Nephrologischen Zentrum Reinbek



V. r.: Lothar Obst, Kaufmännischer Direktor, und Prof. Dr. Stefan Jäckle, Ärztlicher Direktor des St. Adolf-Stiftes sowie die vier niedergelassenen Ärzte des Nephrologischen Zentrums Reinbek: Privatdozent Dr. Markus Meier, Gotthard Feyerabend, Dr. Peter Färber und Dr. Marko Staben vor einem hochmodernem Apherese-Gerät in der neuen Dialyse-Abteilung.

5. Juni 2013

Eröffnung des Neubaus des Ev. Krankenhauses Alsterdorf



Großzügig und hell – die Eingangshalle des Neubaus. Mit der Erweiterung der Plätze bietet das EKA nun die bundesweit größte Intensiv-Monitoring-Station für Epilepsiepatienten.

9. Juni 2013

Tag der offenen Tür zum 100-jährigen Bestehen der Asklepios Klinik Barmbek



2013 feierte das Krankenhaus Barmbek sein 100-jähriges Bestehen mit einem umfangreichen Programm. Auch ein gut besuchter Tag der offenen Tür mit diversen Aktionen und historischen Ausstellungsstücken gehörte dazu. Als drittes Hamburger Großkrankenhaus im November 1913 eröffnet, ist die Barmbeker Klinik mit Bezug des Neubaus 2005 in der Welt moderner Hochleistungskrankenhäuser angekommen.

13. Juni 2013

Festakt zur Eröffnung des Neuen Bettenhauses am Bundeswehrkrankenhaus Hamburg



Durchtrennen das „rote Band“ (v. l.): Klaus Schablitzki, Leiter Bundesbauabteilung Hamburg; Olaf Möbius, Leiter Bundeswehrdienstleistungszentrum Hamburg; Michael Neumann, Innensenator von Hamburg; Thomas Jansen, Architekt, Generalplaner; Generalarzt Dr. Joachim Hoitz, Chefarzt Bundeswehrkrankenhaus Hamburg.

2. August 2013

Baubeginn Gesundheitszentrum Hohe Weide



Mit einer Fläche von über 10.000 m² entsteht in unmittelbarer Nähe zum AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG ein fünfgeschossiges Gebäude für kliniknahe ambulante Praxen und eine Kindertagesstätte. Der erste Bauabschnitt soll zum Jahresende 2014 abgeschlossen werden. Die Tiefgarage wird auf knapp 300 Stellplätze erweitert.

1. Oktober 2013

Neue Abteilung für Kinderorthopädie



Durch Einrichtung der Abteilung für Kinderorthopädie unter Leitung des neuen Chefarztes Dr. Sebastian Senst förderte die Schön Klinik Hamburg Eilbek die langjährige Zusammenarbeit mit dem Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift. Kleinen Patienten kann so eine optimale orthopädische Behandlung angeboten werden.

1. Oktober 2013

Grundsteinlegung für den Neubau von zwei Stationen im Heinrich Sengelmann Krankenhaus



V.l.: Die drei Geschäftsführer Prof. Dr. Matthias R. Lemke, Andrea Nielsen und Thomas Liehr legen den Grundstein für den Neubau. Alle neuen Ein- bis Zweibett-Zimmer haben einen eigenen Sanitärbereich. Auf jeder Etage sind ein Entspannungsbad sowie großzügige Therapie-, Aufenthalts- und Speiseräume geplant.

16. Oktober 2013

Albertinen-Haus: Abschlusskonferenz „Gesundheit im Alter“ mit Senatsempfang



Foto: Marc Lorat

Auf Einladung des LUCAS-Forschungsverbundes, koordiniert vom Albertinen-Haus, fand vom 16. bis 18. Oktober 2013 die Abschlusskonferenz der bundesweiten Forschung „Gesundheit im Alter“ mit einem Senatsempfang statt. Insgesamt waren an dem Projekt sechs Forschungsverbände beteiligt.

9. Oktober 2013

Symposium 10-jähriges Bestehen Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie im Albertinen-Krankenhaus



V.l. Ralf Zastrau, Geschäftsführer im Albertinen-Krankenhaus/ Albertinen-Haus; Hildegard Esser, Leiterin der Abteilung Gesundheit, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz; Dr. Matthias Gruhl, Amtsleiter Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz; Irmgard Trautvetter, Organisatorisch-pflegerische Zentrumsleitung; Prof. Dr. Hinnerk Becker, Chefarzt des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie; Prof. Dr. Stefan Priebe, Queen Mary University of London.

16. Oktober 2013

Eröffnung der modernisierten und erweiterten Intensivstation der Asklepios Klinik Wandsbek



Der Intensivmedizin-Bereich wurde grundlegend modernisiert und erweitert. Seither stehen in der Asklepios Klinik auf fast 800 m² Fläche insgesamt 28 Plätze für Intensivpatienten zur Verfügung. Das sind acht mehr als bisher und entspricht einem Kapazitätswachstum von fast einem Drittel.

25. Oktober 2013

Richtfest Klinikneubau Geriatrie im Bethesda Krankenhaus Bergedorf



Der Neubau wird die altersmedizinische Versorgung in Bergedorf durch ein wohnortnahes Behandlungsangebot verbessern. V. l.: Polier Mathias Koßmar; Arne Dornquast, Bezirksamtsleiter; Marc Ewers, Architekt; Dr. Gerhard Hermes, Chefarzt Geriatrie; Margret von Borstel, Geschäftsführerin; Prof. Eberhard Meincke, Aufsichtsratsvorsitzender.

1. November 2013

Eröffnung der hauseigenen Berufsfachschule für Gesundheits- und Krankenpflege am Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg



Schulleiterin Anne Dehen (rechts) und Christoph Eylmann (links), Leitung der Personalentwicklung, freuen sich mit drei der insgesamt 42 Schüler über die Eröffnung der neuen Berufsfachschule am Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg.

1. November 2013

Eröffnung des neuen erweiterten Perinatalzentrums der Asklepios Klinik Altona



Nach gut zwei Jahren Bauzeit und einer Gesamtinvestition von neun Millionen Euro verfügt die Klinik damit über das flächenmäßig größte und zugleich modernste Perinatalzentrum in Deutschland. Jährlich werden dort mehr als 5.000 Fälle ambulant und stationär betreut, davon ein Viertel Risikoschwangerschaften.

28. November 2013

Richtfest für den Klinikneubau der HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg



V. l.: Der Ärztliche Direktor Dr. Joachim Pelz, die Klinikgeschäftsführerin Ulrike Kömpe und Bezirksamtsleiter Harburg Thomas Völsch schlagen symbolisch den letzten Nagel ein. Bis Mitte 2015 entsteht an der HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg ein kompletter, hochmoderner Klinikneubau.



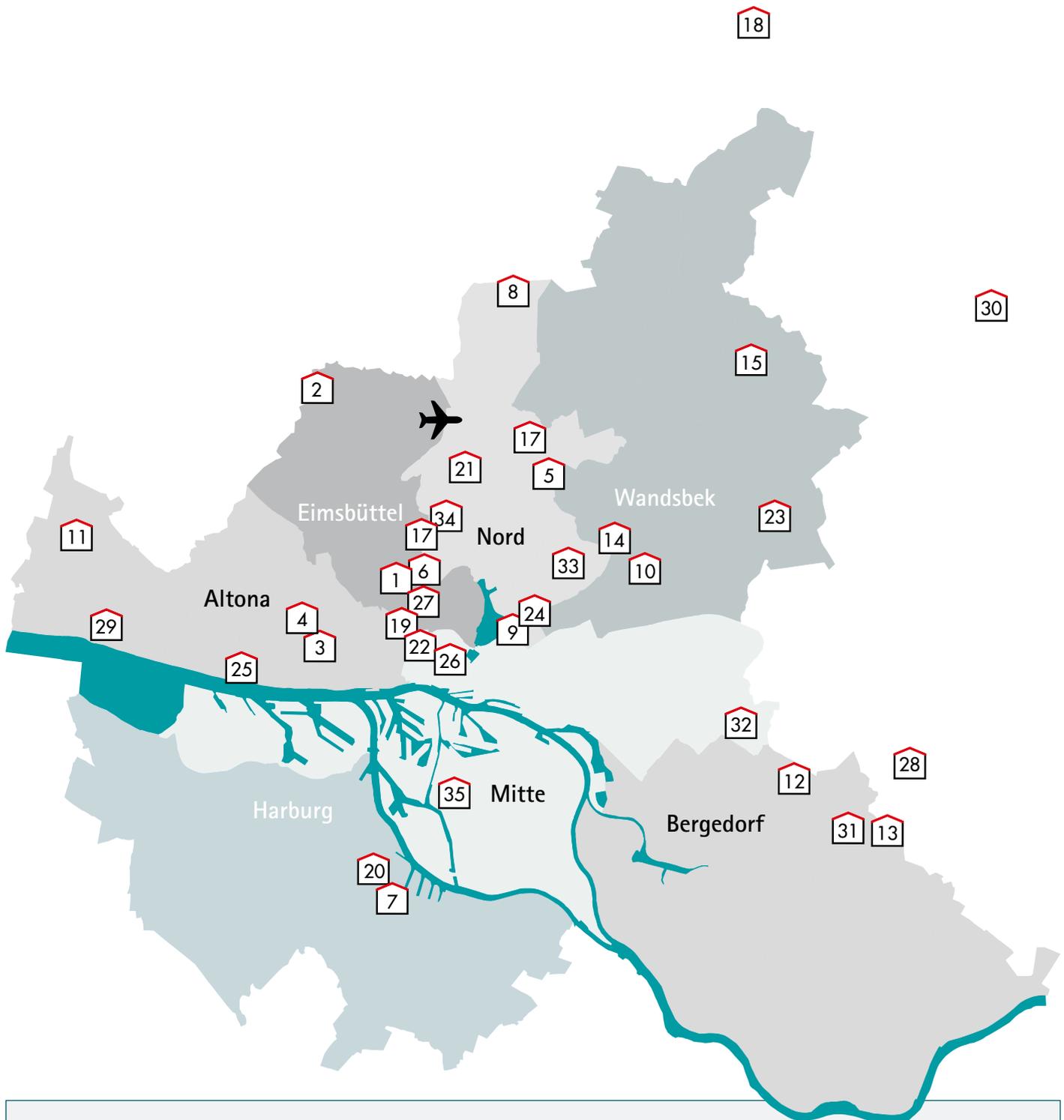
Mit dem gemeinsamen Hygienebericht der Hamburger Krankenhäuser 2012 ist es der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft gelungen, einen schwierigen Auftrag ergebnisorientiert und sachlich umzusetzen. Die Hamburger Krankenhäuser stehen für eine gute Hygiene. Der Hygienebericht liefert interessierten Lesern die dahinter liegenden Fakten.

*Maria Theis, Stv. Geschäftsführerin des
AGAPLESON DIAKONIEKLINIKUMs 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 Facharztklinik Hamburg
www.facharztklinik-hamburg.de
- 18 Heinrich Sengelmann Krankenhaus
www.heinrich-sengelmann-krankenhaus.de
- 19 HELIOS ENDO-Klinik Hamburg
www.helios-kliniken.de/klinik/hamburg-endo-klinik
- 20 HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg
www.helios-kliniken.de/hamburg
- 21 Israelitisches Krankenhaus in Hamburg
www.ik-h.de
- 22 Janssen-Haus Psychiatrische Tagesklinik Hamburg-Mitte
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

Dr. Christoph Mahnke

2. Vorsitzender

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg

Mitglieder

Für die Asklepios Kliniken Hamburg GmbH:

Dr. Klaus E. Schmolling

Marco Walker

Dr. Christoph Mahnke

Joachim Gemmel

Vertreter

Dr. Christian Höftberger

Torge Koop

Dr. Thomas Wolfram

Dr. Sebastian Wirtz

Für das UKE:

Dr. Mathis Terrahe

N.N.

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:

Uwe Lauer

Dr. Ulrich Knopp

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

Dr. Christoph Mahnke

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg

Dr. Mathis Terrahe

Stand Mai 2014

Gremien

Mitarbeit der HKG in DKG-Gremien

Vorstand	Dr. Christoph Mahnke Dr. Claudia Brase Prof. Dr. Fokko ter Haseborg
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
Fachausschuss 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 2014

Gremien auf Landesebene

EQS-Kuratorium

Vorsitzende

Dr. Claudia Brase HKG

Stv. Vorsitzende

Kathrin Herbst vdek

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. Wolfgang Schwenk HKG
(Asklepios Klinik Altona)

Prof. Dr. Rudolf Friedrich Töpper HKG
(Asklepios Klinik Harburg)

Beate Smarsly HKG
(Asklepios Klinik Nord)

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 Barmbek)

Kathrin Herbst vdek

Thomas Schulte vdek

Matthias Mohrmann AOK

Markus Feger AOK

Anne Busemeyer AOK

Claudia W. Osten IKK classic

Bernd Krause IKK classic

Sven Trabe IKK classic

Dr. Ralf Krämer BKK

Matthias Ritter BKK

Christiane Krackow BKK

Dr. Jörg Schneider 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 2014

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. Ulrich Knopp HKG (Schön Klinik Hamburg Eilbek)

Günther Wältermann AOK

Holger Isecke AOK

Manfred Seiffert AOK

Dr. Ralf Krämer BKK

Jörn Reichenberg BKK

Jan Gronewold BKK

Claudia W. Osten IKK

Bernd Krause IKK

Sven Trabe 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 2014

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

Dr. Christoph Mahnke HKG
(Asklepios Kliniken Hamburg)

Torge Koop 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. Ulrich Knopp HKG
(Schön Klinik Hamburg Eilbek)

Sabine Lessing HKG
(Schön Klinik Verwaltung)

Uwe Lauer 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

Petra Hese IKK classic

Bernd Krause IKK classic

Barbara Schmitz PKV

Claudia Reuter PKV

Isabel Machill PKV

Geschäftsführung

Steffen Ries BGV

Stand April 2014

Gremien auf Landesebene

Landeskonzferenz Versorgung

Vorsitzende

Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

Mitglieder

Vertreter

AOK Rheinland / Hamburg

Günter Wältermann

BKK-LV Nordwest

Dr. Dirk Janssen

IKK classic

Claudia W. Osten

vdek Landesvertretung Hamburg

Kathrin Herbst

DAK-Gesundheit (vdek)

Egbert Schuhr

TK-Landesvertretung Hamburg (vdek)

Maren Puttfarcken

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e. V.

Dr. Christoph Mahnke

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e. V.

Dr. Claudia Brase

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Dieter Bollmann

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Walter Plassmann

Ärztekammer Hamburg

Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Psychotherapeutenkammer Hamburg

Prof. Dr. Rainer Richter

Patienten-Initiative Hamburg e. V.

Kerstin Hagemann

LAG für behinderte Menschen e. V.

Klaus Becker

Verbraucherzentrale Hamburg e. V.

Christoph Kranich

Bezirksamt Hamburg-Mitte

Dr. Liane Melzer

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Dr. Matthias Gruhl

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg

Dr. Eric Banthien

Zahnärztekammer Hamburg

Prof. Dr. Wolfgang Spreckels

Geschäftsführung

René Andre Gratzki

Stand April 2014

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



**Stv. Geschäftsführer,
Krankenhausentgelte
und Statistik**
Horst Judaschke

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
HKG Health Services**
Janna Lena Bäßgen

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



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
Sven Brüggemann (Foto HELIOS Endo Klinik)
Marc Lorat (Foto Albertinen-Haus)
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 2014*

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

