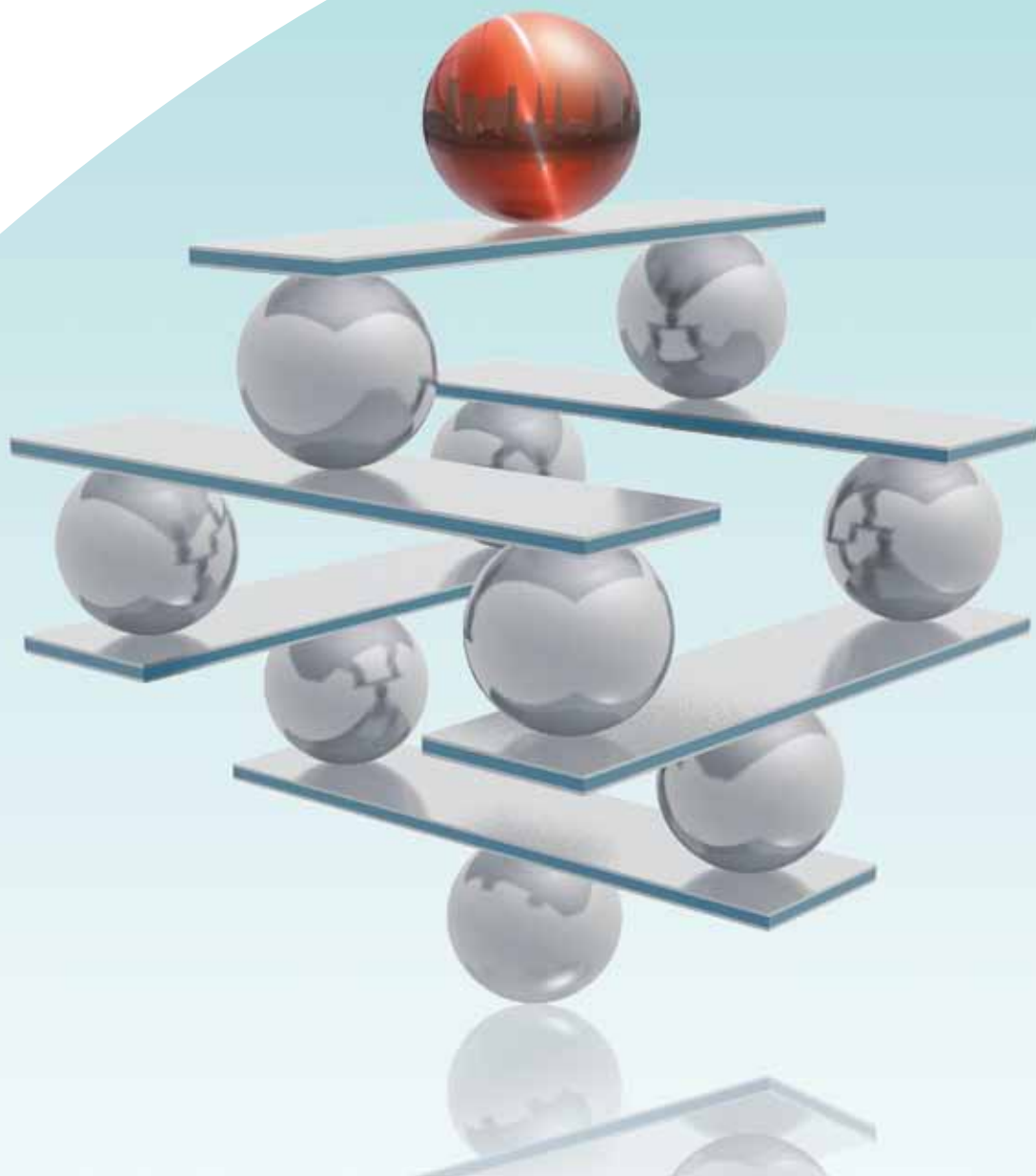
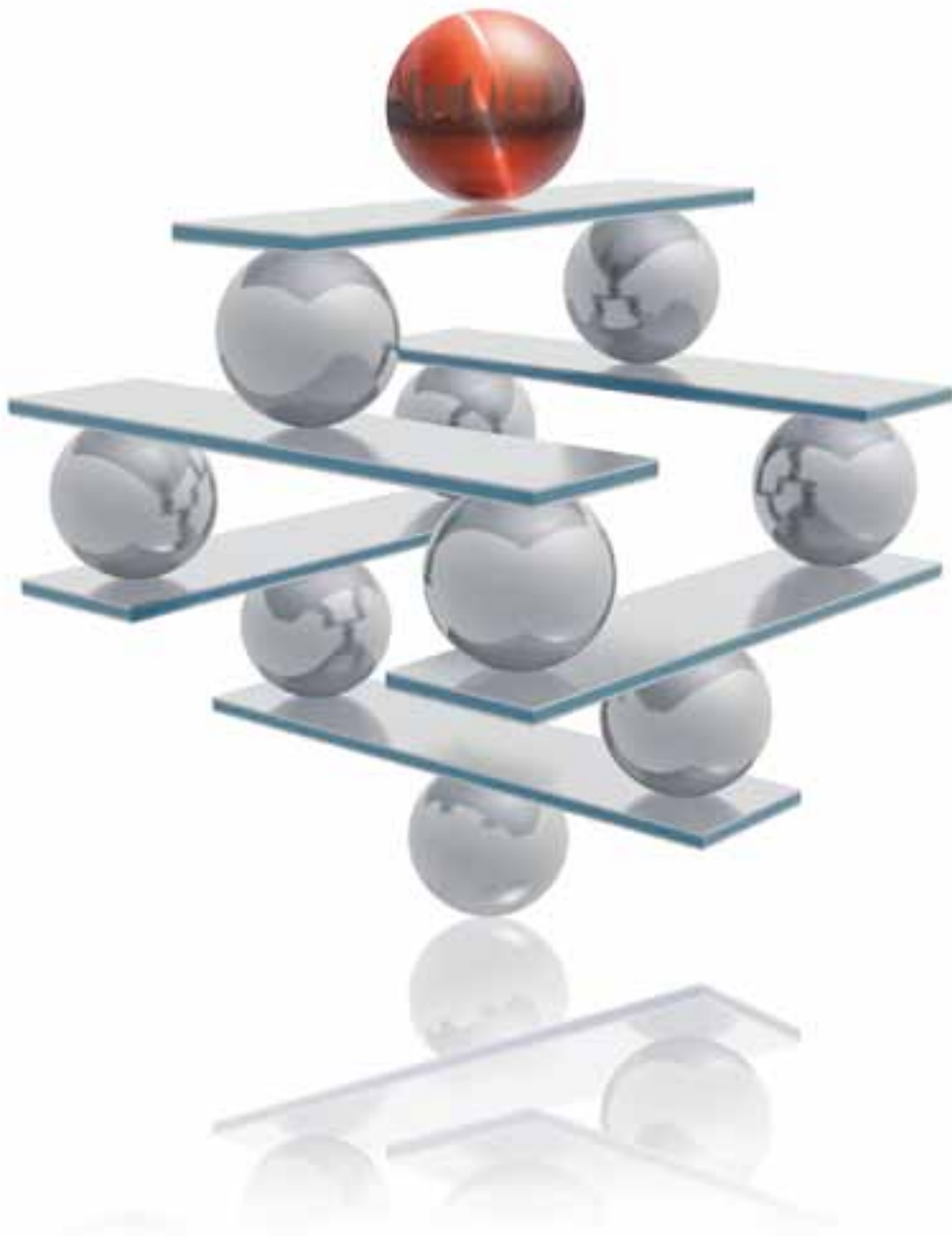


JAHRESBERICHT 2014



JAHRESBERICHT 2014



Inhalt

Editorial	
Dr. Christoph Mahnke und Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, Vorstandsvorsitzende	7
Grußwort	
Cornelia Prüfer-Storcks, Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg.....	9
Qualität nach Plan?	
Essay von Dr. Karl Blum, Leiter Geschäftsbereich Forschung, Deutsches Krankenhausinstitut	11
Der rote Faden: Qualität	
Jahresrückblick 2014	14
Das Jahr im Überblick	
Wichtige Ereignisse im Berichtsjahr.....	18
Bausteine der Krankenhausfinanzierung	
Rückblick Hamburger Krankenhaustag 2014	22
Verschärfung der finanziellen Lage und mehr Bürokratie	
Eckpunkte zur Krankenhausreform	27
Qualität nur wissenschaftlich fundiert und ausreichend finanziert	
Novelle des Hamburgischen Krankenhausgesetzes	35
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 als politisches Ziel ausgerufenen stärkere Qualitätsorientierung der Versorgung begrüßen die Hamburger Krankenhäuser nachdrücklich.

Was jedoch ist diese Qualität? Welche Maßnahmen verbessern die Qualität für unsere Patientinnen und Patienten wirklich und nachhaltig? Welche Kennzahlen bilden diese Qualitätsergebnisse ab? Viele Fragen sind in der Diskussion um Qualität in der Krankenhausmedizin noch offen und werden uns über die nächsten Jahre weiterhin beschäftigen. Ohne Lösung grundlegender Methodenfragen und feste Verankerung in der Wissenschaft kann die angestrebte Weiterentwicklung der Versorgung in diese Richtung nicht gelingen. In

Hamburg können wir von einer stringenten Qualitätsorientierung nur profitieren, sofern der erklärte Wille, dass „Geld zukünftig der guten Qualität folgen soll“ im Ergebnis nicht nur ein Lippenbekenntnis bleibt und die Umverteilung durch Bürokratie und fiskalische Verschiebetricks aufgezehrt wird.

Ein neues Krankenhausreformgesetz ist im Werden. Die bislang bekannt gewordenen Inhalte lassen die Bewertung zu, dass dieses Gesetz nicht die zentralen Probleme der Krankenhäuser löst, sondern zahlreiche zusätzliche Verwaltungsarbeiten und neue Streitthemen generiert. Ob angesichts dessen der gute Impetus der Qualitätsorientierung gelingen kann, daran sind durchaus Zweifel angezeigt.

Auch auf Landesebene ringen wir um die Definition von Qualität für den Krankenhausplan 2020. Dass in unseren Krankenhäusern trotz all dieser versorgungsfernen Regelungsabsichten Tag für Tag so gute Qualität am einzelnen Patienten geleistet wird, bei oftmals zeitkritischen Entscheidungen in medizinischen Nottfällen, aber auch bei allen anderen Patientinnen und Patienten, verdanken wir dem Engagement und dem Qualitätsanspruch unserer Ärzte und Pflegekräfte. Unterstützt wird dies durch langjähriges internes Qualitätsmanagement, die externe Qualitätssicherung, vielfältige Aktivitäten der Fachgesellschaften und unsere zahlreichen Konzepte für die Patientensicherheit.

Die Rahmenbedingungen für die Arbeit im Krankenhaus sind in den letzten Jahren nicht einfacher geworden. Umso mehr gebührt unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unser ausdrücklicher Dank für ihren Einsatz! Gerade für sie werden wir weiter für die Verbesserung dieser Rahmenbedingungen kämpfen.

Die Vorstandsvorsitzenden

Dr. Christoph Mahnke

Prof. Dr. Fokko ter Haseborg

Grußwort



Liebe Leserin, lieber Leser,

das Jahresthema der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft „Qualität in der Krankenhausversorgung“ ist gut gewählt, greift es doch ein wesentliches Ergebnis der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform auf, die am Jahresende ihre Ergebnisse

vorgelegt hat. Auch dort steht die Qualitätsorientierung der stationären Versorgung im Fokus. Die vorgelegten Eckpunkte bilden die Basis einer grundlegenden Reform, die Qualität als ein wichtiges Steuerungskriterium der künftigen Krankenhausversorgung festlegt.

Wir haben in Hamburg mit dem neuen Krankenhausgesetz bereits gute Vorarbeiten für diese Ausrichtung geleistet. Beide – das Hamburger Gesetz und die bundesrechtlich umzusetzenden Eckpunkte der Krankenhausreform – greifen ineinander. Wir haben die Weichen gestellt, damit Struktur- und Ergebnisqualität mit darüber entscheiden, in welchen Häusern welche Fachabteilungen vorgehalten und wo bestimmte Behandlungen durchgeführt werden.

Hamburg ist gut gerüstet, um die Kriterien der Krankenhausreform bestens zu erfüllen. Die in der Stadt etablierte Hochleistungsmedizin, aber auch die Pflegenden am Bett werden von den Neuerungen profitieren. Die bessere Finanzierung von hohem Aufwand und höchster Qualität wird sich gerade für die Hamburger Krankenhäuser im wahrsten Sinn des Wortes auszahlen. Das betrifft Qualitäts- und Zentrumszuschläge, aber auch die bessere Finanzierung der Notfallversorgung auf hohem Niveau.

Der Senat tut viel, um die Leistungsfähigkeit von Hamburgs Krankenhäusern weiter zu steigern. Wir stehen seit längerem bundesweit an der Spitze der Kranken-

hausinvestitionen. In den vergangenen Jahren haben wir 465 Mio. Euro in die Häuser investiert. Diese Investitionsdynamik wollen wir in den kommenden Jahren erhalten.

Wir haben gemeinsam mit den Trägern durch Um- und Neubaumaßnahmen viel erreicht. Durch die hohen Investitionen wurde eine Krankenhausstruktur geschaffen, die den modernen Anforderungen an Patientensicherheit und medizinische sowie pflegerische Strukturen entspricht. Soweit bundesweite Vergleiche möglich sind, schneiden die Hamburger Kliniken auch bei der Qualität der erbrachten Leistungen überdurchschnittlich ab. Dafür möchte ich mich bei allen Verantwortlichen und vor allem bei den engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ganz herzlich bedanken. Ich wünsche mir, dass wir diese guten Leistungen, besonders im Interesse der Patientinnen und Patienten, ausbauen können.

Durch die Krankenhausreform – im Bund und in Hamburg – wird Qualität transparenter und entscheidender werden. In diesem Wettbewerb um die beste Behandlung werden Hamburgs Krankenhäuser die Nase vorn haben. Der qualitätsorientierte Wettbewerb ist die Chance für Hamburg, seine Position und seinen guten Ruf als Gesundheitsmetropole zu festigen und auszubauen.

Cornelia Prüfer-Storcks
Präses der Behörde für Gesundheit
und Verbraucherschutz Hamburg

Qualität nach Plan?

Anforderungen an eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung

Essay von Dr. Karl Blum, Leiter Geschäftsbereich Forschung, Deutsches Krankenhausinstitut



Nach dem aktuellen Koalitionsvertrag der Großen Koalition und dem Eckpunkte-Papier der Bundesländer-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform 2015 soll im Gesundheitsbereich mit einer sogenannten „Qualitätsoffensive“ vor allem die Qualität der stationären Versorgung weiter verbessert werden.

Neben dem Qualitätsinstitut zur Auswertung und Veröffentlichung sektorübergreifender Routinedaten, modellhaften Qualitätsverträgen der Krankenhäuser mit einzelnen Krankenkassen und der Einführung von Pay-for-Performance-Modellen soll insbesondere Qualität als ein Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden.

Eine nicht ausreichend qualitätsgesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses kann danach rechtliche Konsequenzen für die Aufnahme bzw. den Verbleib der Einrichtung im Krankenhausplan des Landes haben. Vor diesem Hintergrund sind aus Krankenhaussicht grundlegende Anforderungen an eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung zu stellen.

Praktikabilität und Finanzierbarkeit

Krankenhausplanerische Qualitätsvorgaben sollten grundlegenden fachlichen Anforderungen genügen. Sie müssen praktikabel, operationalisierbar und justizierbar sein. Qualitätsorientierte Planungsvorgaben sollten auf der besten vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz basieren. Zu diesem Zweck ist der aktuelle Forschungsstand durch unabhängige wissenschaftliche Reviewer aufzubereiten und zu bewerten. Auch evidenzbasierte Qualitätsvorgaben sind speziell für die Zwecke der Krankenhausplanung zu adaptieren. Grundlegende methodische Standards sind dabei zu beachten.

Bei der Entwicklung und Umsetzung krankhausplanerischer Qualitätsvorgaben sind Finanzierungsaspekte unbedingt zu berücksichtigen. Etwaige Mehrkosten infolge entsprechender Planungsvorgaben müssen komplett refinanziert werden. Das gilt gleichermaßen für die Investitionskosten und die Betriebskosten. Solange erhöhte Betriebskosten nicht über das Krankenhausfinanzierungssystem abgedeckt sind, sind sie über bundesweite oder ggf. landesspezifische Zuschläge zu finanzieren. Dabei darf keinesfalls eine absenkende Berücksichtigung bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes erfolgen.

Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung steht neben den übrigen Entscheidungskriterien für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan (bedarfsgerechte Versorgung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen). Sie muss deswegen mit diesen Kriterien in Einklang gebracht werden. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung darf folglich eine bedarfsgerechte, wohnortnahe und flächendeckende Krankenhausversorgung nicht gefährden. Vielmehr soll sie diese sichern und vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrages verbessern helfen.

Die Möglichkeit der Bundesländer, im Rahmen ihrer Planungshoheit ergänzend zu den Vorgaben des G-BA landesbezogene Qualitätsvorgaben festzulegen, steht außer Frage. Eine Vielzahl krankhausplanerischer Qualitätsvorgaben und ihrer Prüfung darf jedoch nicht zu einer unverhältnismäßigen Überregulierung der stationären Versorgung führen. Unterschiedliche landesspezifische Qualitätsvorgaben sollen nicht zu einem signifikanten Qualitätsgefälle zwischen den Bundesländern führen.

Standardisierung und Sanktionierung

Der Planungsprozess für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sollte hochgradig standardisiert werden: Die Auswahl und Priorisierung von Leistungsbereichen muss anhand definierter Kriterien gut begründet sein. Prospektiv vor Aufnahme krankhausplanerischer Qualitätsvorgaben in den Krankenhausplan sind Machbarkeitsuntersuchungen durchzuführen, welche insbesondere die Auswirkungen auf die flächendeckende Versorgung, die Finanzierbarkeit und die Praktikabilität zum Thema haben.

Die etwaige Überprüfung und Kontrolle krankhausplanerischer Qualitätsvorgaben bei den Krankenhäusern seitens der Landesplanungsbehörde muss auf eindeutigen, nachvollziehbaren und justiziablen Regeln basieren. In angemessener Zeit nach Aufnahme in den Krankenhausplan sind Evaluationsstudien durchzuführen, welche die Auswirkungen der Planungsvorgaben auf die stationäre Versorgung und die erzielten Ergebnisse und Verbesserungen für die Bevölkerung bewerten.

Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss letztlich sanktionsbewährt sein, d. h. fortwährende Verstöße gegen diesbezügliche Qualitätsvorgaben müssen in letzter Konsequenz krankhausplanerisch sanktioniert werden. Ein darauf ggf. basierender Versorgungsausschluss sollte sich ausdrücklich auf den Leistungsbereich beschränken, dessen Vorgaben das Krankenhaus nicht erfüllt. Ein partieller Versorgungsausschluss eines Krankenhauses für einen bestimmten Leistungsbereich sollte aber stets die ultima ratio darstellen. Bevor es dazu kommt, sollten den betroffenen Krankenhäusern angemessene Übergangs- oder Karenzzeiten zur Erfüllung von Qualitätsvorgaben eingeräumt werden.

Die Krankenhausplanung ist eine hoheitliche Aufgabe. Die wesentlichen Aspekte des Planungsprozesses können deswegen nicht an nicht-neutrale Dritte delegiert werden (wie dem MDK oder externe Zertifizierer). Das gilt für alle maßgeblichen Schritte des Planungsprozesses, also die Planentwicklung, die Planentscheidung und die Planumsetzung.

Ausblick

Die interne und externe Qualitätssicherung im Krankenhaus ist in Deutschland weit fortgeschritten. Schon heute sind die Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vorzuhalten, sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung zu beteiligen und turnusmäßig Qualitätsberichte zu erstellen. Freiwillige Verfahren der Qualitätsbewertung und Zertifizierung sind weit verbreitet. Ein systematisches, klinisches Risikomanagement ist etabliert oder befindet sich vielerorts im Aufbau.

Angesichts des in Deutschland erreichten Niveaus der Qualitätssicherung im Krankenhaus muss die Qualität nicht erst mittels der Krankenhausplanung in die stationäre Versorgung implementiert werden. Vielmehr kann und sollte eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung auf ein weit entwickeltes Qualitätssicherungssystem in den deutschen Krankenhäusern aufbauen und dieses nicht konterkarieren.



Über die Arbeit im Vorstand der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft ist es möglich, auf die Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Hamburg aktiv einzuwirken. Der vertrauensvolle Austausch ermöglicht die Abstimmung gemeinsamer Ziele. So wird die Arbeit eines jeden einzelnen Krankenhauses auf eine breite Basis gestellt.

Dr. Gabriele Garz, Ärztliche Direktorin des Ev. Krankenhauses Alsterdorf

Der rote Faden: Qualität

Jahresrückblick 2014

Das Jahr 2014 war durch die Novellierung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes sowie die Umsetzung der gesundheitspolitischen Ziele aus der Koalitionsvereinbarung in Gesetzentwürfen zum Versorgungsstärkungsgesetz sowie Eckpunkten zu einer Krankenhausreform geprägt.

Das Thema Qualität im Krankenhaus zog sich dabei wie ein roter Faden durch alle gesetzgeberischen Initiativen, als hätte es die langjährige Erfolgsgeschichte der



externen Qualitätssicherung im Krankenhausbereich und die zahlreichen Transparenzinitiativen nie gegeben. Die Hamburger Krankenhäuser haben traditionell keine Berührungspunkte mit dem Thema Qualität. Je konkreter die Intentionen des Landesgesetzgebers und der verantwortlichen Akteure auf

der Bundesebene sichtbar wurden, desto mehr Befremden löste der als Qualitätsinitiative getarnte Richtungswechsel in der Gesundheitspolitik jedoch aus. Immer mehr drängte sich uns der Eindruck auf, dass es nicht darum gehen soll, die Qualität im Krankenhaus weiter zu verbessern – gerade in Hamburg ist sie ja nachgewiesen sehr gut – sondern über den neuen Faktor Qualität in Krankenhausplanung, Vergütung und Vertragswesen Möglichkeiten geschaffen werden sollen zu zentralisieren, die Versorgung einzuschränken und den Krankenkassen zu neuen Einsparungen zu verhelfen.

Die Novellierung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes hielt uns bis zum Jahresende in Atem. Neue und unbestimmte Rechtsbegriffe, wie „qualitätssensible Leistungsbereiche“ oder „Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft“, ließen viele Fragen für die Zukunft offen. Unsere große Befürchtung ging und geht weiterhin in die Richtung, dass erst Jahre später Klageverfahren einzelner Krankenhäuser gegen neue Feststellungsbescheide inzi-



dent zu der Erkenntnis führen werden, ob das neue Hamburgische Krankenhausgesetz in dieser Form Bestand hat und ob die Regelungen rechtssicher sind. Gerade die neue Dimension der Qualität in der Krankenhausplanung wirft zahlreiche rechtliche Fragen, beispielsweise zur ergänzenden Regelungsbefugnis der Länder, auf. Das wirtschaftliche Risiko liegt bis zu einer rechtlichen Klärung beim einzelnen Krankenhaus. Kritik unsererseits machte sich auch an einem starken Zuwachs an Bürokratie fest, der sich zwangsläufig aus den zahlreichen Regelungen ergibt, die dann auch überprüft werden müssen. Dies führt zu personellem Aufwand bei Behörde und Krankenhäusern und entzieht im Ergebnis der Patientenversorgung weitere Ressourcen.

Die Eckpunkte für die in 2015 avisierte große Krankenhausreform gaben ebenfalls Anlass zu Kritik. Mit großer Enttäuschung mussten wir feststellen, dass die grundlegenden Probleme der Krankenhäuser, die fehlende vollständige Refinanzierbarkeit von Tariflohnsteigerungen und die Investitionsfinanzierung, nicht angegangen werden sollen. Ein Regelungsdickicht aus Qualitätskriterien für die Krankenhausplanung, Qualitätskriterien für Vergütungsbestandteile und selektive Verträge kündigt sich an. Krankenkassen und ihr Medizinischer Dienst sollen neue und weitreichendere Kompetenzen erhalten; desgleichen die Länder. Die Krankenhäuser verbleiben Regelungsobjekt. Mit großer Sorge beobachten wir, wie zahlreiche neue Nachweis- und Dokumentationspflichten zusätzlich

aus den neuen Regelungsinhalten für die Krankenhäuser resultieren. Auch von der Bundesebene werden durch überbordende Bürokratie weitere Mitarbeiter aus der Patientenversorgung entzogen.

In der Selbstverwaltung liefen nicht alle Themen so reibungsarm wie gewünscht – Streit gab es über mehr als ein halbes Jahr in den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2014, der schließlich im Mai 2014 durch die Schiedsstelle festgesetzt werden musste. Erfreulicherweise gelang es uns in der darauffolgenden Verhandlungsrunde, den Landesbasisfallwert 2015 noch im Dezember 2014 zu vereinbaren.

Aus der Vertragspartnersicht positiv war zu vermerken, dass es uns zum 31. August 2014 gelang, den Schlichtungsausschuss nach § 17c KHG über eine Vereinbarung mit den Krankenkassen(-verbänden) ins Leben zu rufen. Die Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses in Hamburg ist seither in der HKG Health Services GmbH angesiedelt. Auch fanden sich erfreulicherweise drei Vorsitzende bereit, mit uns in dieses neue Tätigkeitsfeld einzusteigen. Der Schlichtungsausschuss hatte gerade die Arbeit aufgenommen, schon erzeugte die via Terminbericht kommunizierte Rechtsauffassung des Bundessozialgerichts hinsichtlich des erforderlichen Rechtscharakters der Schlichtung weitere Unsicherheit. Eine gesetzliche Klarstellung der Schlichtung erwarten wir nun dringend, um endlich unter rechtssicheren Rahmenbedingungen arbeiten zu können.

Die Qualitätssicherung des Neugeborenen-Hörscreenings nahm zur Jahresmitte – ebenfalls in der HKG Health Services GmbH – mit dem Hörscreening Hamburg die Arbeit auf. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft hatte sich bereit erklärt, die Arbeit des Hamburger Arbeitskreises für Hörscreening bei Neugeborenen e. V. zu übernehmen und auf eine neue Grundlage zu stellen. An der Verfahrensumstellung und der angestrebten elektronischen Datenübermittlung arbeiten die Beteiligten weiterhin. Die Übergangslösung der Zusendung von Dokumentationsbögen ermöglichte dem Hörscreening Hamburg jedoch, zum gewünschten Termin die Arbeit aufzunehmen.

Mit dem ersten Gemeinsamen Hamburger Hygienebericht konnten wir sowohl die öffentliche Berichterstattung über die Krankenhausqualität ergänzen als auch die Veröffentlichungs- und Berichtspflicht der Hamburgischen Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen für unsere Mitgliedskrankenhäuser erfüllen. Der gemeinsame Hygienebericht mit den Daten von 2013 folgte dann auch schon Ende des Jahres.

Viele zusätzliche und neue Themen hielten die Geschäftsstelle der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft das Jahr über in Atem: Beispielhaft genannt seien nur die regelmäßige Vertretung der Krankenhausinteressen im Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung, die Teilnahme an zahlreichen Arbeitsgruppen der Landeskonferenz Versorgung sowie an dieser selbst, Vertretung der Krankenhäuser in dem erweiterten Landesausschuss gemäß § 116b SGB V für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, die freiwillige konzeptionelle Vorbereitung eines regionalen Screeningprojekts auf multiresistente Erreger vor einer geplanten Krankenhausaufnahme, die Unterstützung unserer Krankenhäuser bei den Budgetverhandlungen und in Abrechnungsfragen, die Information und Interessensvertretung bei der Verhandlung und Umsetzung der Prüfverfahrenvereinbarung gemäß § 17c Abs. 2 KHG, die Unterstützung



und Interessensvertretung sowohl in Hamburg als auch auf der Bundesebene bei der Umsetzung des Hamburgischen Krebsregistergesetzes sowie der Festsetzung der Meldevergütung für die Krebsregistermeldungen und vieles mehr. Ihren 10-jährigen Geburtstag feierte unsere Hamburger Erklärung für ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement, ein bundesweit in dieser Form einmaliges Erfolgsprojekt.

Alles in allem 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 herzlich bedanke. Desgleichen gilt mein Dank aber auch allen ehrenamtlich tätigen Mitarbeiterinnen und

Mitarbeitern unserer Mitgliedskrankenhäuser, die die Gremien, die Verhandlungskommission für den Landesbasisfallwert und themenbezogenen 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



Durch die aktuellen Gesetzgebungsverfahren im Gesundheitswesen sollen Handlungsspielräume für die Steuerung von Krankenhäusern beschnitten werden. Mit der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft haben wir eine Interessensvertretung, die sich seit jeher stark macht für den Wettbewerb und den Abbau von Bürokratie. Dies wird derzeit immer wichtiger.

Joachim Gemmel, Geschäftsführender Direktor der Asklepios Klinik Nord

Das Jahr im Überblick

Wichtige Ereignisse im Berichtsjahr



8. Januar 2014

Gesundheitspolitischer Jahresauftakt

29. Januar 2014

Seminar „EBM 2014 – Abrechnung ambulanter Leistungen in Krankenhäusern“

6. Februar 2014

Erster Gemeinsamer Hygienebericht der Hamburger Krankenhäuser veröffentlicht

12. Februar 2014

Relaunch des Hamburger Krankenhausspiegels

18. Februar 2014

Seminar „Pauschalisiertes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik“

4. März 2014

8. Treffen der Umweltexperten der Krankenhäuser

27. März 2014

Tag der Beschwerdebeauftragten

12. Mai 2014

Grüßwort Angelika Bredehorst-Witkowski zum Senatsempfang „Hamburgs Pflege-Ausbildungsbeste 2013“

15. Mai 2014

Seminar „Effektives Personalmarketing – Tools, Trends und Best Practices“

16. Mai 2014

Dr. Claudia Brase Podiumsgast der 1. DRK-Fachtagung für Hospiz- und Palliativpflege des Kreisverbandes Hamburg-Harburg

19. Mai 2014

Seminar „Vorbereitungen der Budget- und Entgeltverhandlungen 2014“

21. Mai 2014

Vortrag Dr. Claudia Brase „Was kommt auf uns zu? Entwicklung der Krankenhausbranche“ im Rahmen der Veranstaltung „Forum Stationsleitung“ des Deutschen Bundesverbandes für Pflegeberufe DBfK



2. Juni 2014

Schriftliche Stellungnahme der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft zum Entwurf des Hamburgischen Krankenhausgesetzes (HmbKHG)

26. Juni 2014

Hamburger Krankenhaustag „Bausteine der Krankenhausfinanzierung – Wie viel Komplexität verträgt das Abrechnungssystem?“

1. Juli 2014

Übernahme der Qualitätssicherung des Neugeborenen-Hörscreenings

8. Juli 2014

10 Jahre Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Beschwerdemanagement

31. August 2014

Schlichtungsausschusses § 17c KHG nimmt seine Arbeit auf



2. September 2014

Vortrag Horst Judaschke „Eckpunkte des neuen Hamburgischen Krankenhausgesetzes“ im Rahmen der Mitgliederversammlung des Verbands freigemeinnütziger Krankenhäuser in Hamburg DIE FREIEN

8. September 2014

Seminar „Neuregelung der Abrechnungsprüfung 2015“

9. September 2014

9. Treffen der Umweltexperten der Krankenhäuser

10. September 2014

Sommerfest

11. September 2014

Grüßwort Dr. Claudia Brase im Rahmen des 1. Deutschen Kongresses für praktische Krankenhaushygiene der MEDILYS Laborgesellschaft

22. September 2014

Vortrag Dr. Claudia Brase „Bedeutungszuwachs der Qualitätsberichte“ im Rahmen der 6. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA

30. Oktober 2014

Dr. Christoph Mahnke vertritt die Hamburgische Krankenhausgesellschaft im Rahmen der Anhörung der Verbände zum Entwurf des Hamburgischen Krankenhausgesetzes (HmbKHG) des Gesundheitsausschusses der Hamburgischen Bürgerschaft

6. November 2014

Tag der Beschwerdebeauftragten

18. November 2014

Seminar „Einweisermanagement: Erfolg durch strukturierte Kontaktpflege und Dialogmarketing mit dem niedergelassenen Arzt“

18. November 2014

Seminar „DRG-Update 2015“

2. Dezember 2014

Treffen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Hamburger Krankenhäuser

18. Dezember 2014

Gemeinsamer Hygienebericht 2013 der Hamburger Krankenhäuser veröffentlicht



Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft tritt dafür ein, dass Krankenhäuser nicht als Kostenfaktor, sondern als wertschöpfender Faktor der Gesundheitswirtschaft betrachtet werden. Wissenschaft und exzellente Medizin sind die Garanten für die Strahlkraft einer Gesundheitsmetropole, von der sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die Gesundheitswirtschaft in der Region profitieren.

Prof. Dr. Burkhard Göke, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Bausteine der Krankenhausfinanzierung

Rückblick Hamburger Krankenhaustag 2014

Die Einführung der DRG hat in den letzten zehn Jahren die Krankenhauswelt verändert. Prozesse sind auf den Prüfstand gestellt worden, die Abbildung der medizinischen Leistungen in den DRG sowie den Zusatzentgelten ist sehr schnell verfeinert und perfektioniert worden. Das DRG-System ist ein Erfolgsmodell. Mit der für 2015 geplanten Reform der Krankenhausfinanzierung droht der Gesetzgeber jedoch übers Ziel hinauszuschießen. Erstmals wird vorgeschlagen, durch systemfremde Eingriffe und Detailkorrekturen in der InEK Kalkulation nachzusteuern und damit wesentliche Grundregeln eines fallpauschalierten Entgeltsystems außer Kraft zu setzen. Zudem droht die quantensprungartig steigende Komplexität des Vergütungssystems, die Grenzen von Transparenz, Verständnis von Zusammenhängen und damit wirtschaftlicher Planbarkeit zu sprengen. Der Hamburger Krankenhaustag 2014 hatte daher den Handlungsbedarf in der Krankenhausfinanzierung aus der Sicht der Krankenhäuser zum Thema.

Konzeptionelle Überlegungen für eine Reform

Durch die Grundprinzipien eines fallpauschalierten Entgeltsystems wurde das Kostendeckungsprinzip der Vergangenheit verlassen und damit die Krankenhausbehandlung insgesamt wirtschaftlicher gemacht. Nun droht der Bogen jedoch durch die jahrelange Unterfinanzierung zu überspannen: Wesentliche Korrekturen müssen in nachstehenden Punkten erfolgen:

- Der Kostenorientierungswert, mit dem seit 2012 alljährlich die Preissteigerung im Krankenhaus ermittelt wird, muss der tatsächlichen Kostenentwicklung angepasst werden. Die realen Kosten von Tarifabschlüssen, Preissteigerungen in der Energieversorgung und bei medizinischen Geräten, Zuwächse bei krankenhausspezifischen Haftpflichtversicherungsprämien, Kostensteigerungen durch die EEG-Umlage u. a. werden bisher nicht ausreichend berücksichtigt.

HAMBURGER KRANKENHAUSTAG 2014
Bausteine der Krankenhausfinanzierung –
Wieviel Komplexität verträgt ein Abrechnungssystem?

Donnerstag, 26. Juni 2014
9.00 bis 14.00 Uhr
Hotel Hafen Hamburg

HAMBURGER KRANKENHAUSTAG 2014

Bausteine der Krankenhausfinanzierung – Wieviel Komplexität verträgt ein Abrechnungssystem?

Die DRG sind nach nunmehr zehn Jahren Alltag in unseren Krankenhäusern und haben einen großen Schub an Prozessoptimierung ausgelöst. Damit hat das System seine Bewährungsprobe mehr als bestanden. Schon wird diskutiert, ob und wie an dem Vergütungssystem nun durch neue Parameter und systemfremde Eingriffe nachgesteuert werden kann. Hier kann viel Schaden, viel Bürokratie und vermutlich wenig Nutzen verursacht werden.

Parallel dazu hat der Krankenhausbereich eine von anderen Leistungsbereichen bislang unerreichte Qualitätstransparenzinitiative gestartet und damit fast flächendeckend die vorhandenen Qualitätsergebnisse öffentlich gemacht. Hamburg war und ist hier Vorreiter.

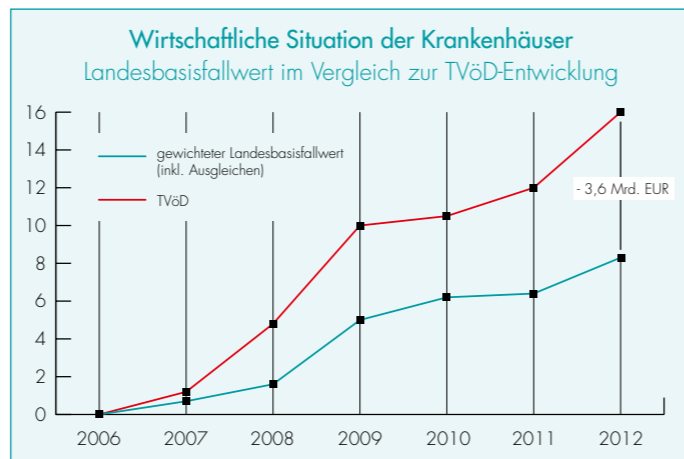
Krankenhäuser machen nun die Erfahrung, dass einmal Erreichtes sehr schnell als selbstverständlich genommen wird. Schon ist die Karawane weitergezogen – Qualitätsmessung aus Routinedaten heißt das neue Thema in der gesundheitspolitischen Diskussion. Die hier zukünftig gewonnenen Erkenntnisse sollen in einem großen Wurf mit der Krankenhausfinanzierung verknüpft werden – ein ambitioniertes Vorhaben!

Mit dem Hamburger Krankenhaustag bringen wir die einzelnen, mit dem Koalitionsvertrag neu umrissenen Bausteine der Krankenhausfinanzierung auf den Prüfstand und definieren Handlungsbedarf aus der Sicht der Krankenhäuser.

Kontakt: Ulrike Jaenicke, Hamburgische Krankenhausgesellschaft, Telefon 040 / 25 17 36-29, E-Mail: presse@hkgv.de

Tagungsprogramm

- 9.00 **Empfang mit Kaffee und Tee**
 - 9.30 **Begrüßung**
Dr. Christoph Mahnke, 1. Vorsitzender der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft
 - 10.00 **Grußwort**
Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg
 - 10.15 **Konzeptionelle Überlegungen der Krankenhäuser für eine Reform der Krankenhausfinanzierung**
Siegfried Hasenbein, Vorsitzender des Fachausschusses Krankenhausfinanzierung DKG, Geschäftsführer Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V.
 - 10.45 **Finanzierung und Mengenentwicklung in der stationären Versorgung**
Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Direktor des Hamburger Center for Health Economics, Universität Hamburg
 - 11.15 **Kaffeepause**
 - 11.45 **Qualitätssicherung in der Perinatalversorgung**
Dr. Karl Blum, Deutsches Krankenhausinstitut, Leiter Geschäftsbereich Forschung
 - 12.05 **Finanzierungsbedarf am Beispiel Perinatalzentren 1 und 2**
Christiane Dienhold, Geschäftsführerin des Altonaer Kinderkrankenhauses
 - 12.30 **Die InEK-Kostenmatrix nun auch in der Entgeltverhandlung?**
Martin Heumann, Geschäftsführer des Krankenhauszweckverbandes Rheinland
 - 13.00 **Gemeinsames Mittagessen**
- Moderation:**
Dr. Claudia Brase, Geschäftsführerin der HKG

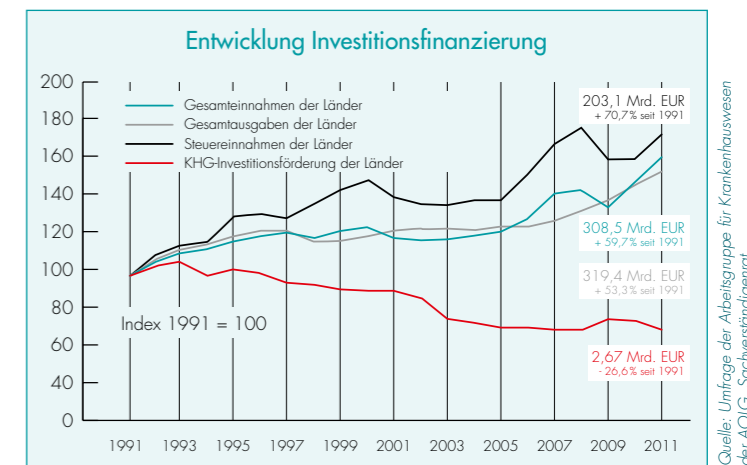


Seit 2006 ist nur alleine durch die mangelnde Refinanzierung der Tarifabschlüsse des öffentlichen Dienstes für die Krankenhäuser eine Kostenschere von 3,6 Mrd. Euro entstanden.

- Die Degressionseffekte aufgrund der Mengenentwicklungen beim Landesbasisfallwert müssen aufgehoben werden. Bei der bisherigen Praxis, die über die vereinbarte Menge hinaus erbrachte Leistung mit einem doppelten Abschlag zu belegen, tragen die Krankenhäuser das Risiko der in Deutschland steigenden Fallzahlen alleine. Und das, obwohl die Ursache der Fallzahlsteigerung sowie die Wirkung von Mehrleistungsabschlüssen auf das Mengenverhalten von Krankenhäusern bisher weitestgehend unklar ist.
- Die Finanzierung von verpflichtenden G-BA-Vorgaben muss zeitnah und ausreichend sichergestellt werden. Bisher werden die Krankenhäuser bei der Umsetzung

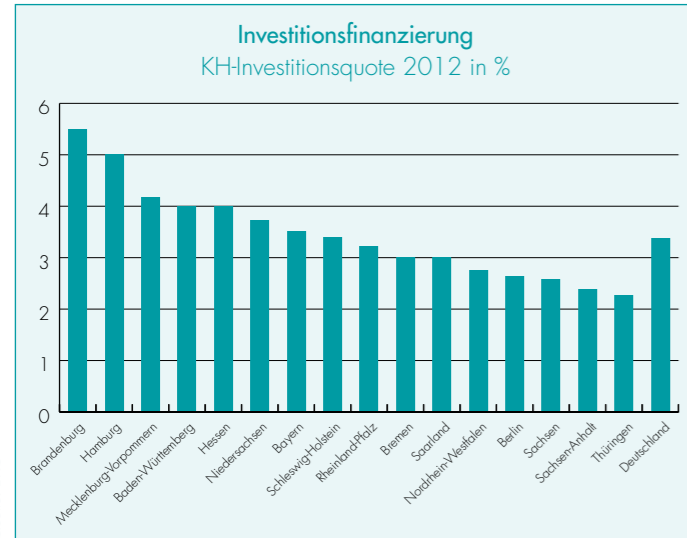
von Qualitätsrichtlinien mit den zusätzlichen Kosten alleine gelassen. In einem Hamburger Kinderkrankenhaus entstehen mit der Umsetzung der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) ab 2017 Mehrkosten für das Krankenhaus in Höhe von 3 bis 5 Mio. Euro, je nach Auslastung des Krankenhauses und ohne die Erfüllung von Weiterbildungsquoten, für die es bisher keine ausreichende Refinanzierung gibt.

- Die Finanzierung von Extremkostenfällen und Vorhaltekosten für Katastrophen und die Folgen von Epidemien sind weitere Lücken in der Krankenhausfinanzierung, für die aus Sicht der Krankenhäuser dringend Lösungen gefunden werden müssen.
- Für die Beseitigung der Unterfinanzierung der ambulanten Notfallversorgung an Krankenhäusern muss eine systemische Antwort gefunden werden.



Die Krankenhausinvestitionen der Länder sind in den letzten Jahren im Vergleich zum Umsatz der Krankenhäuser und im Vergleich zu den Ein- und Ausnahmen der Länder gesunken.

- Um ihre Existenz sichern zu können, benötigen Krankenhäuser eine langfristig planbare Investitionsquote in Höhe von 8 Prozent; dies entspricht bundesweit 6 Mrd. Euro. Die tatsächliche Investitionsfinanzierung der Länder beläuft sich auf 2,6 Mrd. Euro bundesweit, dies entspricht 3,5 Prozent. In deutschen Krankenhäusern hat sich inzwischen zusätzlich ein Investitionsstau von ca. 50 Mrd. Euro aufgebaut.



Quelle: BKG

2012 lag die durchschnittliche Investitionsquote im Krankenhausbereich bei 3,5 Prozent.

Qualität in der Krankenhausfinanzierung

Mit dem Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode der Bundesregierung wurde das Thema Qualität in der Krankenhausfinanzierung in die Diskussion eingebracht. In einer Qualitätsinitiative soll die Qualität der stationären Versorgung verbessert und Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung eingeführt werden. Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität sollen von Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden können, für besonders gute Qualität sollen Zuschläge möglich werden. Umgekehrt sollen bei unterdurchschnittlicher Qualität für einzelne Leistungen auch höhere Abschläge möglich sein. In der Debatte stellt sich jedoch grundsätzlich die Frage, ob ein Qualitätsbezug in der Vergütung überhaupt sinnvoll ist. Die Abrechnungsstreitigkeiten mit den Krankenkassen verschlingen schon heute viele Ressourcen durch Administration und Klageverfahren. Dies würde bei qualitätsabhängigen Vergütungsbestandteilen, deren maßgebliche Indikatoren noch nicht vorliegen, voraussichtlich vervielfacht. Multimorbide Patienten, die die Qualitätsergebnisse eines Krankenhauses negativ beeinflussen könnten, hätten zukünftig das Nachsehen.

Personalkosten in der InEK-Kalkulation

Ein unzulässiger Detaileingriff in die Grundprinzipien des DRG-Systems stellt das Ziel der Koalitionsvereinbarung dar, Krankenhäuser zu verpflichten, die Mittel, die in der InEK-Kalkulation für Personalkosten ausgewiesen werden, im einzelnen Krankenhaus auch für Personal eingesetzt werden. Dieser Abgleich einer Kostenposition aus durchschnittlichen Werten von 399 Kalkulationskrankenhäusern mit den realen Kosten eines einzelnen Krankenhauses scheitert an vielfältigen Unterschieden. Berücksichtigt werden müssten zusätzlich die Größe des Krankenhauses und die der Kalkulationskrankenhäuser, deren Spezialisierungsgrad, Alters- und Morbiditätsmix, Fallschwere und Verweildauer der Patienten, die bauliche Infrastruktur und vieles mehr. Zudem sind die Kosten, die sich aus der InEK-Kostenmatrix ergeben, künstliche Werte, die erst auf den jeweiligen Landesbasisfallwert umgerechnet werden müssten, um einen Vergleich mit den Erlösen ziehen zu können. Der Zeitverzug der Kalkulation von mehr als zwei Jahren steht einem direkten Vergleich mit den Ist-Kosten eines Krankenhauses zusätzlich entgegen. Eine für den politisch angedachten Zweck einsetzbare Personalbemessungsmethode existiert heute nicht.

Die Krankenhausfinanzierung muss sich den grundlegenden Problemen der Krankenhäuser – der Refinanzierbarkeit von Tariflohnentwicklungen und einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung – stellen, ohne die Vorteile des fallpauschalierten Entgeltsystems durch Detaileingriffe auszuhebeln und zu verkomplizieren.



Der Start in der Hamburger Krankenhauslandschaft wurde mir durch die umfassende Netzwerkarbeit der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft erleichtert. Über den Hamburger Krankenhaustag, das Sommerfest, den Gesundheitspolitischen Jahresauftakt und themenspezifische Arbeitsgruppen finden ein enger Austausch und Einbindung in landespolitische Themen statt.

Dr. Christian Höftberger, Geschäftsführender Direktor der Asklepios Klinik Altona



Unsere Metropolregion steht vor der Herausforderung, dass jährlich mehr Patientinnen und Patienten aus dem Hamburger Umland die spezialisierte medizinische Versorgung der Hamburger Krankenhäuser in Anspruch nehmen. Inzwischen kommt jeder dritte Patient in den Hamburger Krankenhäusern nicht aus Hamburg. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft setzt sich auf Bundes- und auf Landesebene für die besonderen Rahmenbedingungen ein, die Metropolenkrankenhäuser mit steigender Nachfrage brauchen, um auch in Zukunft wirtschaftlich gesichert arbeiten zu können.

Martin von Hummel, Geschäftsführender Direktor der Asklepios Klinik Barmbek

Verschärfung der finanziellen Lage und mehr Bürokratie Eckpunkte zur Krankenhausreform

Im Dezember hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe die lang erwarteten Eckpunkte für die im Koalitionsvertrag beschlossene grundlegende Krankenhausreform vorgelegt. Für die Krankenhäuser in Hamburg und ihre Patienten bringen die geplanten Änderungen in erster Linie Nachteile; sie bedrohen Hamburgs Position als Standort internationaler Spitzenmedizin.

Die Eckpunkte wurden von der Arbeitsgruppe als Qualitätsoffensive in der Krankenhausversorgung präsentiert. So ist unter anderem geplant, dass sich die Vergütung der Krankenhäuser nach der Qualität ihrer medizinischen Behandlung richten soll; Krankenhäusern mit schlechter Qualität kann zukünftig der Versorgungsauftrag entzogen werden, 660 Mio. Euro werden über drei Jahre bereitgestellt, mit denen die Krankenhäuser mehr Pflegepersonal einstellen können. Zusätzlich gibt es Regelungen, die verhindern sollen, dass Krankenhäuser mehr Patienten behandeln, als mit den Krankenkassen vereinbart wurde, und vieles mehr. Die Eckpunkte sollen im Laufe des Jahres 2015 zum Gesetzentwurf weiterentwickelt und in der zweiten Jahreshälfte 2015 als Gesetz verabschiedet werden.

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft ist von den Eckpunkten enttäuscht. Nach der dringenden Erwartung einer großen Krankenhausfinanzierungsreform, die endlich Lösungen für die grundlegenden Probleme der Krankenhäuser bieten sollte, wird nun eine Reihe von Detailkorrekturen an einzelnen Symptomen und ein Dickicht von neuen Regelungen und zusätzlicher Bürokratie angeboten. Die großen und zukunfts-kritischen Probleme der chronischen Unterfinanzierung der Betriebskosten und der mangelhaften Investitionsfinanzierung werden nicht gelöst. Desgleichen bleiben die Herausforderungen, die unsere alternde Gesellschaft und der medizinisch-technische Fortschritt an die Krankenhäuser stellen, unberücksichtigt.

Missbrauch des Qualitätsbegriffs

Unter dem Segel der Qualität sollen Bürokratie und Planwirtschaft in die Krankenhäuser Einzug halten. Das ist geschickt gemacht, denn niemand kann ernsthaft in Frage stellen, dass Krankenhäuser qualitativ hochwertig arbeiten sollen. Damit wird aber nur kaschiert, dass die Koalitionsparteien offensichtlich nicht zu einem großen Wurf fähig sind, ja nicht einmal den Ansatz einer Vision aufzeigen. Stattdessen wird den Krankenhäusern fortwährend unterstellt, ihre medizinischen Leistungen seien qualitativ unzureichend und müssten dringend verbessert werden. Die deutschen Krankenhäuser haben aber bereits seit vielen Jahren eines der umfassendsten Qualitätssicherungssysteme weltweit und die Ergebnisse zeigen, dass sie insgesamt eine hervorragende Qualität liefern. Das gilt insbesondere auch für die Hamburger Krankenhäuser. Es drängt sich hier die Vermutung auf, dass der Qualitätsbegriff als Regulierungsinstrument missbraucht wird, um die Krankenhäuser planwirtschaftlich noch weiter zu gängeln und immer mehr Möglichkeiten zu schaffen, die Vergütung zu reduzieren, also am Gesundheitssystem zu sparen. Zudem wird unterstellt, die Krankenhäuser würden aus wirtschaftlichen Gründen im großen Stil unnötige Operationen durchführen. Das Eckpunkte-Papier ist geprägt von einem nicht gerechtfertigten tiefen Misstrauen in die Krankenhäuser.

Keine Lösung der Unterfinanzierung

Die Finanzierung der Krankenhäuser steht gesetzlich geregelt auf zwei Säulen: Die laufenden Betriebskosten für Personal, Verbrauchsgüter, Arzneimittel, Energie etc. müssen durch das Geld, das die Krankenversicherungen den Krankenhäusern für die Behandlung der Patienten zahlen, gedeckt werden. Die Investitionen, also Baumaßnahmen und neue Medizintechnik müssen von den Bundesländern finanziert werden. Dieser Verpflichtung kommen die Bundesländer seit Jahren nur noch unzureichend nach. Dabei wären sie dringend nötig, um Modernisierungsmaßnahmen durchzuführen und nicht den Anschluss an die internationale Spitzenmedizin zu verpassen. Bundesweit hat sich inzwischen ein Investitionsstau von rund 50 Mrd. Euro aufgebaut. Der jährliche Bedarf wird auf 6 Mrd.

Euro beziffert. Für die Hamburger Krankenhäuser wurde für 2014 ein Investitionsbedarf von mindestens 152 Mio. Euro ermittelt, aber nur 108 Mio. Euro sind von der Freien und Hansestadt zur Verfügung gestellt worden. Die Krankenhäuser in Hamburg sind dabei – gemessen am Bundesvergleich – noch relativ gut ausgestattet. Das liegt aber auch daran, dass sie dringende Investitionen zum Teil selbst durch Kredite, durch Querfinanzierungen oder durch Einsparungen an anderer Stelle mit oder ganz selbst finanziert haben. Diese Art der Finanzierung lässt sich aber auf Dauer nicht durchhalten. Wenn Hamburg ein Standort für Spitzenmedizin bleiben will, sind dringend höhere Investitionen durch die Stadt erforderlich. Die Eckpunkte bieten hier keinerlei Lösungen an.

Härter trifft die Krankenhäuser jedoch die mangelnde Betriebskostenfinanzierung, also die Entwicklung der ersten Säule. Die Hauptursache für die angespannte finanzielle Lage sind die Personalkosten, die seit 2006 infolge von Tarifabschlüssen um ca. 20 Prozent gestiegen sind. Die Personalkosten machen den größten Anteil an den Betriebskosten aus. Auf der anderen Seite sind aber die Einnahmen der Krankenhäuser nicht entsprechend gestiegen. Die dadurch entstandene Finanzierungslücke, die so genannte „Tarifschere“, beläuft sich bundesweit auf über 4 Mrd. Euro mit steigender Tendenz und führt dazu, dass inzwischen jedes zweite Krankenhaus rote Zahlen schreibt und mehr oder weniger von der Substanz lebt. Auch für dieses existentielle Problem vieler Krankenhäuser gibt es keinen Lösungsansatz in den Eckpunkten. Die Personalkosten werden aber weiterhin steigen, hingegen wird die Erlösseite der Krankenhäuser immer weiter gedeckelt.

Keine Entlastung des Krankenhauspersonals

Die Folge der mangelnden Finanzierung bekommen sowohl das Personal als auch die Patienten zu spüren. Das Personal ist überlastet; das macht den Pflegeberuf zunehmend unattraktiv. Es mangelt an qualifiziertem Nachwuchs, viele Fachkräfte scheiden vorzeitig wieder aus, beispielsweise kehren Krankenpflegerinnen nach der Elternzeit nicht wieder in den Beruf zurück. Patienten



beklagen zunehmend die fehlende Zuwendung durch Pflegekräfte und Ärzte. Zwar sehen die Eckpunkte ein Pflegeförderungsprogramm von 660 Mio. Euro verteilt auf drei Jahre vor. Das klingt nach viel, ist aber nicht mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein, denn unter dem Strich kann mit diesen Mitteln jedes Hamburger Krankenhaus im Durchschnitt gerade mal zwei Pflegekräfte pro Jahr einstellen. Zum Vergleich: Ein Haus von durchschnittlicher Größe mit ca. 400 Betten beschäftigt ca. 500 Vollzeitpflegekräfte.

Demographische Entwicklung und steigender Bedarf ausgeblendet

Wissenschaftliche Untersuchungen (u. a. Deloitte: Health Care Analytics – Gesundheitsversorgung 2030) gehen davon aus, dass der Bedarf an Krankenhausbetten bis 2020 um 5 Prozent und bis 2030 um 11 Prozent steigen

wird. Gründe sind unsere alternde Gesellschaft und der medizinisch-technische Fortschritt. Trotz des Rückgangs der Bevölkerung wird die Zahl der Krankenhausbehandlungen von heute etwa 19 Mio. auf 22 Mio. im Jahre 2030 steigen, insbesondere in den Bereichen Innere Medizin und Neurologie. Es droht also eine erhebliche Unterversorgung der Bevölkerung, wenn die Krankenhauskapazitäten nicht entsprechend ausgebaut werden. Diese großen Herausforderungen der kommenden Jahre werden in den Eckpunkten an keiner Stelle berücksichtigt.

Abbau von Kapazitäten durch Strukturfonds

Stattdessen plant die Bund-Länder-Arbeitsgruppe den Abbau von Krankenhausbetten. Aus dem Gesundheitsfonds, also aus Beiträgen der gesetzlich Versicherten, sollen 500 Mio. Euro und aus Mitteln der Länder noch einmal 500 Mio. Euro bereitgestellt werden – mit dem

Ziel, Kapazitäten abzubauen, die Konzentration von Krankenhausstandorten voranzutreiben und vorhandene Krankenhäuser in ambulante lokale Versorgungseinrichtungen umzuwandeln, wie es in den Eckpunkten heißt. Damit soll eine „Verbesserung der Versorgungsstruktur“ erreicht werden. Etwas böswillig könnte man diesen Fonds auch als „Abwrackprämie“ bezeichnen. In bevölkerungsschwachen Regionen mag es sicherlich kleine und unwirtschaftliche Krankenhäuser geben, die für die Versorgung nicht mehr benötigt werden. Und es ist auch sinnvoll, spezielle Kompetenzen an bestimmten Standorten zusammenzulegen. Sinnvoller angelegt wären diese Mittel allerdings, wenn sie auch für die zukunftsfähige Modernisierung, für Innovationen und IT von Krankenhäusern verwendet werden könnten. Die Krankenhäuser in Hamburg werden ohnehin nicht von den Mitteln des Strukturfonds profitieren. Die Bettenauslastung gehört zu der höchsten bundesweit, es gibt keine Überkapazitäten, ambulant mögliche Leistungen wurden in den vergangenen Jahren bereits ausgegliedert, wie man an der bundesweit höchsten Fallschwere in Hamburger Krankenhäusern erkennen kann. Die meisten Hamburger Krankenhäuser haben sich längst auf bestimmte Behandlungsschwerpunkte spezialisiert und Kompetenzzentren gebildet, die international anerkannte Spitzenmedizin leisten.

Krankenhausplanung auf Basis von Qualität – kein Problem für Hamburg

Die Eckpunkte sehen weiterhin vor, dass die medizinische Qualität der einzelnen Krankenhäuser eine entscheidende Grundlage bei der Krankenhausplanung der Bundesländer werden soll. Krankenhäusern, die in bestimmten Bereichen wiederholt die geforderte Qualität nicht erreichen, kann der Versorgungsauftrag dafür entzogen werden, d. h. sie müssen die entsprechenden Fachabteilungen schließen. Das ist ein ganz neuer Planungsansatz, den die Hamburger Krankenhäuser begrüßen, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die Kriterien, mit denen die Qualität gemessen wird, wissenschaftlichem Standard entsprechen, sich methodisch für die Krankenhausplanung umsetzen lassen und für alle Bundesländer die gleichen Regeln gelten. Die Hambur-

ger Krankenhäuser sehen dem Qualitätswettbewerb, der sich aus der qualitätsgesteuerten Krankenhausplanung ergibt, gelassen entgegen, denn ihre medizinische Qualität ist nachweislich sehr gut. Eine Messung und ein Vergleich der Krankenhausqualität finden bereits seit 2001 für zurzeit 30 Behandlungsbereiche mit insgesamt 434 einzelnen Qualitätsmerkmalen statt. Diese externe stationäre Qualitätssicherung und -messung wird von neutralen Einrichtungen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Hamburger Krankenhäuser dabei im Bundesvergleich überdurchschnittlich gut abschneiden. Sie stellen sich gern dem Vergleich und veröffentlichen seit 2007 gemeinsam ihre Qualitätsergebnisse im Hamburger Krankenhausspiegel. Bei etwa 475.000 Patienten im Jahr werden bei weniger als 20 Patienten Qualitätsmängel festgestellt – und zwar lediglich bei einzelnen Details der jeweiligen Behandlung. Das Verfahren der jetzigen Qualitätsmessung kann allerdings methodisch nicht für Entscheidungen bei der Krankenhausplanung genutzt werden. Daher sehen die Eckpunkte vor, den G-BA zu beauftragen, ab der geplanten Verabschiedung des Gesetzes Anfang 2016 innerhalb eines Jahres erste Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die wissenschaftlichen Ansprüchen standhalten und außerdem rechtssicher sind. Es ist zu befürchten, dass die Umsetzung dieser geplanten zusätzlichen Qualitätsmessung zu noch mehr bürokratischem Aufwand für die Krankenhäuser führt. Schon jetzt binden die Erfassung und Dokumentation für die externe Qualitätssicherung dauerhaft zahlreiche Ärzte und Pflegekräfte, die dadurch für die Betreuung der Patienten fehlen.

Geplante Vergütung auf Qualitätsbasis: Nachteil für Patienten mit hohen Risiken

Nicht nur die Krankenhausplanung, sondern auch die Vergütung der Krankenhäuser für die Behandlung der Patienten soll sich nach dem Willen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe an der Qualität orientieren. So soll den Krankenkassen das Recht zugesprochen werden, den Krankenhäusern bei guter Qualität mehr und bei schlechter Qualität weniger Vergütung zu zahlen als durch die Fallpauschalen vorgesehen. Dieses Vorhaben lehnen die

Hamburger Krankenhäuser strikt ab. Es gibt bislang keine wissenschaftlich erprobten Qualitätsindikatoren, die für das schon jetzt höchst komplexe System der Krankenhausvergütung auch nur annähernd genutzt werden könnten. Abgesehen davon ist eine qualitätsorientierte Krankenhausvergütung ohnehin unsinnig, denn es gibt in Deutschland und insbesondere in Hamburg nur sehr wenige Krankenhäuser, die in einzelnen Fällen die zurzeit geforderte Qualität der externen stationären Qualitätssicherung nicht erreichen. So drängt sich der Verdacht auf, dass dieses Verfahren als Mittel der Kostendrückung im Gesundheitssystem zu Lasten der Krankenhäuser und deren Patienten genutzt werden soll. Selbst wenn wissenschaftlich haltbare Indikatoren entwickelt werden sollten, besteht zu befürchten, dass der Qualitätsmaßstab so hoch angesetzt wird, dass auch Krankenhäuser, die nachweislich eine hohe Qualität erbringen, mit Abschlägen bei der Vergütung rechnen müssen. Da die Krankenhäuser ohnehin unter starkem finanziellen Druck stehen, werden sie das Risiko von Abschlägen vermeiden wollen; es besteht daher die Gefahr, dass insbesondere ältere Patienten mit komplexen Erkrankungen, bei denen die geforderte hohe Qualität möglicherweise nicht erreicht werden kann, abgelehnt und stattdessen in erster Linie jüngere Patienten mit geringem Komplikationsrisiko behandelt werden. Zudem ist eine qualitätsorientierte Vergütung auch vom medizinischen Ansatz her höchst zweifelhaft, denn häufig entwickeln sich Krankheitsverläufe und Heilungserfolge bei Patienten mit exakt identischer Diagnose und Therapie im selben Krankenhaus mit denselben behandelnden Ärzten ganz unterschiedlich. Medizinische Erfolge sind von so vielen unterschiedlichen Faktoren und nicht zuletzt auch vom Verhalten der Patienten selbst abhängig, dass auch die komplexesten Indikatoren nicht alle diese Faktoren mit wissenschaftlich nachvollziehbaren Gewichtungen berücksichtigen und vergleichend messen können. Unter dem Strich würde die qualitätsorientierte Vergütung daher nicht zu einer besseren, sondern eher zu einer schlechteren Versorgung insbesondere für ältere Menschen führen. Zudem ist damit zu rechnen, dass es zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu unzähligen rechtlichen Streitfällen über Abschläge und Zu-

schläge bei den Einzelabrechnungen kommt. Die Lösung dieser Streitfälle in Schlichtungsverfahren und Gerichtsprozessen würde wiederum einen hohen bürokratischen Aufwand erfordern und damit große personelle Ressourcen binden, die für die Betreuung der Patienten sinnvoller eingesetzt wären. Dieses Mehr an Bürokratie ist gerade in Hamburg völlig fehl am Platz. Der intensive Wettbewerb und die hohe Transparenz der Krankenhäuser in Hamburg haben seit Jahren dazu geführt, dass sich die Krankenhäuser als Qualitätsanbieter profiliert haben. Zusätzlich leistet die gute Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit niedergelassenen Ärzten einen weiteren wichtigen Beitrag für die Qualitätssicherung, sowohl bei der Einschätzung der Krankenhausbehandlung als auch bei der Qualitätsbewertung der Behandlungsergebnisse.

Mengenregulierung – Bestrafung von Krankenhäusern mit Patientenzuwachs

Ein weiteres Instrument, das die Kosten im Gesundheitssystem zu Lasten der Krankenhäuser drücken soll, ist die so genannte Mengensteuerung. In den letzten Jahren ist die Zahl der in Krankenhäusern behandelten Patienten kontinuierlich gewachsen. Die Gründe dafür sind vielfältig: Zum Teil liegt es an unserer älter werdenden Gesellschaft, zum Teil am medizinisch-technischen Fortschritt, der neue Möglichkeiten zur erfolgreichen Behandlung von Erkrankungen bietet, die es vorher nicht gab. In Hamburg liegt es insbesondere an einem wachsenden Anteil von Krankenhauspatienten, die von außerhalb nach Hamburg zur Behandlung kommen. Die dadurch steigenden Kosten werden durch ein simples Verfahren gedeckelt: Die Krankenhäuser, die mehr Patienten behandeln als im abgelaufenen Jahr, erhalten für die zusätzlich behandelten Patienten deutlich weniger Geld als in den Fallpauschalen vereinbart. Dieser so genannte Mehrleistungsabschlag wird nun nach dem Willen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe um weitere drei Jahre verlängert – und zwar um jeweils 25 Prozent pro Jahr, also insgesamt um 75 Prozent. Ab 2017 werden die Zwangsrabatte noch einmal erheblich verschärft. Das bedeutet: Die Krankenhäuser, die aufgrund ihres guten Rufes oder wegen des steigenden Bedarfs in der Bevölkerung einen höheren

Zulauf von Patienten als im Vorjahr haben, werden dafür finanziell bestraft. Mit dieser Regelung soll der Anstieg der stationären Behandlungszahlen und der Kosten gebremst werden. Denn den Krankenhäusern wird von Gesundheitsministerien und Krankenkassen unterstellt, sie würden unnötige Operationen durchführen, um zusätzliches Geld zu erwirtschaften. Die wissenschaftliche Analyse von Ursachen steigender Krankenhausbehandlung hat jedoch gerade erst begonnen. (Schreyögg, Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung, Hamburg Center for Health Economics). Die Ursachen sind vielfältig und dürfen noch keineswegs als geklärt betrachtet werden. Gern wird von den Krankenkassen und Gesundheitspolitikern das Beispiel der künstlichen Knie- und Hüftgelenke herangezogen, deren Zahl in den letzten Jahren angeblich überproportional angestiegen sei. Auch das ist nachweislich falsch. Die Zahl dieser Operationen ist seit 2009 insgesamt gesunken, die Knie-Endoprothetik-Operationen sogar um über 20.000 von 148.000 auf 127.000 (2013). Nur die Zahl der Patienten, die schon seit 15 oder 20 Jahren eine Gelenkprothese hatten und eine Ersatzprothese erhalten haben, ist angestiegen – beim Knie um etwa 6.000 von 11.250 (2009) auf 17.400 (2013). Gelenkprothesen sind nicht unbegrenzt haltbar und verschleißeln nach einer gewissen Zeit. Da die Menschen immer älter werden und dabei auch den berechtigten Anspruch auf Mobilität und Lebensqualität haben, werden diese Wechseloperationen immer häufiger vorkommen.

Die deutlich verschärfte Mengenregulierung schädigt insbesondere Hamburger Krankenhäuser, da Jahr für Jahr mehr Patienten aus dem Umland in die Metropole kommen und die Patientenzahlen insgesamt überdurchschnittlich steigen. Für die Patienten zeichnet sich eine Situation ab, die bei den niedergelassenen Ärzten ein altbekanntes Problem ist: Das Budget ist deutlich vor dem Jahresende aufgebraucht. Termine werden dann nur noch für Nofälle oder erst wieder im neuen Jahr vergeben. Diese Wartezeiten am Ende eines Jahres drohen künftig auch Krankenhauspatienten, sofern sie nicht lebensbedrohlich erkrankt sind.

Verbesserungen: Zuschläge für besondere Leistungen

Eine Reihe von Änderungsvorschlägen in den Eckpunkten wird von den Hamburger Krankenhäusern allerdings auch begrüßt. So sollen Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, künftig für die Vorkhaltung dieser Strukturen finanzielle Zuschläge erhalten. Ebenfalls Zuschläge sollen Krankenhäuser bekommen, die spezialisierte Zentren für bestimmte Erkrankungen gebildet haben. Auch wird es die Möglichkeit geben, Mehrkosten, die sich aus neuen Richtlinien des G-BA für die Krankenhäuser ergeben und noch nicht in der Kalkulation der Fallpauschalen berücksichtigt sind, durch Zuschläge auszugleichen. Das hier vorgesehene Finanzvolumen von 100 Mio. Euro pro Jahr wird allerdings noch nicht einmal ausreichen, um die Mehrkosten einer einzigen Richtlinie zu decken (Richtlinie für die Früh- und Neugeborenenversorgung: bundesweite Mehrkosten 130 Mio. Euro jährlich, Hamburg 13,2 Mio. Euro pro Jahr). Positiv bewerten die Hamburger Krankenhäuser auch die geplante Überarbeitung von bestimmten Faktoren wie den so genannten Orientierungswert im komplexen Vergütungssystem.

Fazit: Gefahr für die Versorgung der Patienten und den Gesundheitsstandort Hamburg

Unter dem Strich sehen die Hamburger Krankenhäuser die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe äußerst skeptisch. Für die angespannte finanzielle Situation der Krankenhäuser und für die Überlastung des Personals sind keine Lösungen vorgesehen. Auch die Anforderungen, die durch die alternde Gesellschaft auf die Krankenhäuser zukommen, werden ausgeblendet. Die finanzielle Lage speziell der Hamburger Krankenhäuser wird sich möglicherweise sogar noch verschlechtern. Denn die fortdauernden Kosteneinsparungen mit dem verschärften Instrument der Mehrleistungsabschläge und Rabatte treffen die Krankenhäuser in Hamburg und die Menschen in der Metropolregion besonders hart. Die Hamburger Krankenhäuser haben seit mehreren Jahren einen stetigen Zuwachs an Patienten zu verzeichnen. Mittlerweile kommen 30 Prozent der Patienten aus dem Umland, aus dem gesamten Bundesgebiet und sogar aus dem Ausland. Der



Grund dafür ist: Zahlreiche Hamburger Krankenhäuser haben sich in den vergangenen Jahren sehr erfolgreich auf bestimmte Behandlungen spezialisiert und leisten hier weithin anerkannte Spitzenmedizin. Dieser qualitätsbedingte Patientenzuwachs wird nun in den kommenden Jahren finanziell noch härter bestraft als bisher. Das kann sogar so weit gehen, dass Krankenhäuser teilweise für zusätzlich behandelte Patienten überhaupt keine Vergütung mehr erhalten. So ist es denkbar, dass manche Krankenhäuser Patienten mit bestimmten Erkrankungen ab einem gewissen Datum nicht mehr aufnehmen und auf Wartelisten für das kommende Jahr setzen. Andere könnten sich, um kostendeckend zu arbeiten, bei planbaren Behandlungen notgedrungen in erster Linie solche Patienten herausuchen, die ein geringes Komplikationsrisiko haben und relativ schnell wieder entlassen werden können. Unter diesem finanziellen Druck und dem zu erwartenden bürokratischen Mehraufwand, der sich aus der Umsetzung der Eckpunkte ergibt, wird es schwer für die Hamburger Krankenhäuser, ihre medizinische Spitzenposition zu halten und eine Versorgung zu leisten, die sich an den Bedürfnissen der Menschen orientiert.



Prozessabläufe zu verbessern und damit die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen, ist uns ein wichtiges Anliegen. Wir müssen dabei auch gesetzliche Rahmenbedingungen, Richtlinien und vieles mehr berücksichtigen. Die hierfür benötigten Informationen erhalten wir schnell und zuverlässig von unserer Interessenvertretung, der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft.

Dr. Gyde Jungjohann, Stabsstelle Unternehmensentwicklung des Albertinen-Krankenhauses



Unsere SKH Stadtteilklinik Hamburg öffnete im Jahr 2014 ihre Türen. Mit unseren 15 Belegbetten möchten wir im Stadtteil Mümmelmannsberg eine bestmögliche Versorgung unserer Patienten mit Einbindung aller behandelnden Ärzte schaffen. Unterstützt wird unser Vorhaben von der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft, die uns jährlich mit mehr als 550 Rundschreiben mit tagesaktuellen Informationen versorgt.

Bernd Rudloff, Geschäftsführer
der SKH Stadtteilklinik Hamburg

Qualität nur wissenschaftlich fundiert und ausreichend finanziert

Novelle des Hamburgischen Krankenhausgesetzes

Das Jahr 2014 war von der Novellierung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes geprägt. Bereits im Vorjahr hatte die Hamburgische Krankenhausgesellschaft der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz den Vorschlag gemacht, die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung für die Krankenhausplanung nutzbar zu machen.

Seit Jahren setzt sich die Hamburgische Krankenhausgesellschaft für eine stärkere Berücksichtigung der Ergebnisqualität in der Versorgung ein. Das Hamburgische Krankenhausgesetz sollte nun um den Parameter Qualität ergänzt werden. Die Hamburger Krankenhäuser begrüßten die Qualitätsorientierung im Hamburgischen Krankenhausgesetz ausdrücklich. Mit ihrer langjährigen Erfahrung in der Qualitätsmessung durch die externe Qualitätssicherung und die Veröffentlichung dieser Ergebnisse haben die Krankenhäuser stets gute Erfahrungen gemacht und sind seit vielen Jahren Vorreiter in Deutschland. Die Qualitätstransparenz und der Benchmark untereinander haben sich stets als Treiber für Fortschritt und kontinuierliche Verbesserungen bewährt. Die Hamburger Krankenhäuser sind daher überzeugte Anhänger des Qualitätswettbewerbs. Sie sind fest davon überzeugt, dass dieser ein zentraler Faktor für den Erfolg der Hamburger Krankenhäuser ist und die Wirtschaft der Metropolregion Hamburg stärkt.

Mit der Novellierung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes sollten erstmals auf der Ebene Hamburgs die bundesweit geltenden Normen zur Qualitätssicherung (fachlich gebotene Qualität, Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis, gesetzliche Qualitätssicherung) um eine Rechtsgrundlage auf Landesebene ergänzt werden. Diese Möglichkeit räumt das SGB V in einer Öffnungsklausel (§ 137 Abs. 3 Satz 9 SGB V) den Ländern ausdrücklich ein. Eine solche landesspezifische Ergänzung von Qualitätskriterien sehen Rechtsexperten jedoch an strenge Voraussetzungen geknüpft, denn der Bund hat durch seine Zuständigkeit für die Sozialversicherung mit der Aufstellung von Qualitätsstandards für die Leistungserbringung durch Krankenhäuser (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) abschließend Gebrauch

gemacht. Ergänzende Landesvorgaben sollten demnach konkrete Regelungsprobleme aufgreifen, die über die Bundesvorgaben nicht befriedigend gelöst werden konnten. Die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen muss dabei ebenso beachtet werden wie die Grundrechte der Berufsfreiheit und Organisationshoheit der Krankenhasträger. Ob das neue Hamburgische Krankenhausgesetz diesen Grundsätzen folgt, ist auch nach der Novellierung weiterhin eine offene Frage.

Das Hamburgische Krankenhausgesetz führt mit der Novellierung den unbestimmten Rechtsbegriff der „qualitätssensiblen Leistungen und Leistungsbereiche“ neu ein. Diese Leistungen und Leistungsbereiche sollen sich nach dem Willen des Landesgesetzgebers durch erhebliche Unterschiede in der Versorgung und / oder Qualitätsmängel auszeichnen und sich daher für die Anwendung von Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung eignen. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft hatte sich im Gesetzgebungsprozess für eine Konkretisierung dieses neuen und unbestimmten Rechtsbegriffes eingesetzt, um das Konfliktpotential für die Zukunft zu verringern. Alle Beteiligten betreten nunmehr rechtliches Neuland, da es erst wenige Bundesländer gibt, die aktuell erste Schritte in Richtung einer solchen Qualitätsorientierung gehen. In der juristischen Literatur ist die Terminologie zu qualitätsorientierter Krankenhausplanung derzeit noch nicht auffindbar, Rechtsprechung existiert zu diesem Themenkreis noch nicht. Klagen gegen Feststellungsbescheide, die sich auf Anwendung von Qualitätskriterien gründen, wurden noch nicht geführt. Somit verbleibt ein erhebliches wirtschaftliches Risiko beim einzelnen Krankenhaus, das sich mit den Folgen neuer Feststellungsbescheide juristisch auseinandersetzen müssen.

Auf der Grundlage des neuen Hamburgischen Krankenhausgesetzes werden im Planungsprozess zum Krankenhausplan 2020 die ersten Prüfsteine zutage treten. Zentral bei der Umsetzung des Gesetzes wird die Frage sein, mit welchen Zielen die Beteiligten in der Landeskrankenhausplanung agieren. Gibt es eine Zielkongruenz zwischen Land, Krankenkassen und Krankenhäusern?

Denn auch eine Qualitätskriterien-gestützte Krankenhausplanung kann mit sehr unterschiedlichen Zielvorstellungen eingesetzt werden. Wenn Qualitätskriterien dazu dienen sollen, eine Marktberreinigung im Krankenhausbereich zu forcieren, die Kapazitäten unter den vorhandenen Bedarf zu reduzieren oder Kürzungen bei den Erlösen der Krankenhäuser durchzusetzen, dann sind Zielkonflikte vorprogrammiert. Krankenhäuser verstehen gute Qualität als Wettbewerbsvorteil, der Patientinnen und Patienten auch überregional nach Hamburg zieht und den Gesundheitsstandort Hamburg stärkt. Dies muss im Sinne der Patienten aber auch der Gesundheitsmetropole weiterhin planerisch unterstützt werden. Auf dieses Grundverständnis wird es in der Umsetzung ankommen. Damit werden auch die Weichen gestellt, ob der Gesundheitsstandort Hamburg weiter wachsen kann, oder ob das Spardiktat der Krankenkassen und Leistungseinschränkungen unter dem Segel der Qualitätsorientierung die Oberhand gewinnen.

Um in diesem Umfeld eine sachliche und praxisorientierte Diskussion zu ermöglichen, müssen die genannten Beteiligten auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und Evidenz diskutieren. Die Krankenhäuser erwarten daher, dass für die Qualitätsanforderungen, die die Beteiligten in der Krankenhausplanung gemeinsam definieren sollen, Konsens für ein wissenschaftlich fundiertes Vorgehen zu finden. Qualitätskriterien müssen dem aktuellen fachlichen Stand von Leitlinien und Wissenschaft entsprechen, damit sie von unseren Experten in den Krankenhäusern akzeptiert werden und keine Konflikte zur Praxis auftreten. Im Patienteninteresse sollte es möglichst Ergebnisqualität sein, die den Maßstab vorgibt. Es ist sinnvoll, die Fachgesellschaften in den Diskussionsprozess eng einzubinden. Für Anforderungen, von deren Verbesserungspotential unsere medizinischen Experten in den Krankenhäusern nicht überzeugt sind, werden wir keine Unterstützung finden. Praxisferne Vorgaben, die mit viel bürokratischem Aufwand nachgewiesen werden müssen, werden Kosten verursachen, nicht aber die Qualität verbessern. Die Verankerung der Qualitätssicherung in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung ist der Garant für die Wirksamkeit und eine stetige Qualitätsverbesserung. Dies darf nicht gefährdet werden.



Sollten durch ergänzende landesspezifische Qualitätsvorgaben zusätzliche Kosten bei den Krankenhäusern entstehen, so muss, vorzugsweise durch den Bundesgesetzgeber, eine Finanzierung für solche ergänzende Qualitätsanforderungen in den Ländern geschaffen werden. Dies könnte über einen Zuschlag analog der geplanten Finanzierung von Richtlinien des G-BA sichergestellt werden.

Qualitätsanforderungen, die uns verpflichten, eine bestimmte Ausstattung an Personal, Geräten oder Räumen vorzuhalten, verursachen in der Regel in erheblichem Umfang zusätzliche Kosten. Wenn dies nur von Hamburger Krankenhäusern gefordert würde, stellte dies zudem einen Standortnachteil dar, der die wirtschaftliche Situation der Hamburger Krankenhäuser deutlich verschlechterte.

Dem Patienteninteresse und unserem Vergütungssystem entspricht die Ergebnisqualitätsorientierung. Die Messlatte wird definiert. Wie das Krankenhaus sie erreicht, steht in seinem Ermessen. Dafür erhält das Krankenhaus eine pauschalierte Vergütung. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft sieht es als großes wirtschaftliches Risiko an, dass über die Anwendung des neuen Krankenhausgesetzes die Ergebnisqualitätsorientierung unterlaufen werden könnte. Das aktuelle Beispiel der Richtlinie des G-BA für Früh- und Reifgeborene zeigt anschaulich, dass für einen kleinen Teilbereich der Kinderheilkunde mit einer Strukturanforderung allein in Hamburg 13,2 Mio. Euro zusätzlich erforderlich werden. Es liegt auf der Hand, dass eine bundesweit einheitliche Vergütung nicht Leistungen finanzieren kann, für die in einzelnen Ländern nochmals zusätzlicher Personal- oder Materialeinsatz gefordert werden würde.

Strukturqualitätsanforderungen sind nur dann diskutabel, wenn es wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse über einen Qualitätsvorteil gibt. Ein gutes Beispiel gibt hier der Wissensstand zur Stroke Unit.

Weitere neue Regelungen bergen das Risiko, in Umsetzung und Kontrolle erhebliche Bürokratie zu erzeugen. Unklar, aber im Hinblick auf das resultierende Konfliktpotential bedeutend, ist die zukünftig angestrebte Planungstiefe und die Bedeutung von Qualitätsvorgaben aus dem neuen Hamburgischen Krankenhausgesetz in ihrer Anwendung auf Fachgebiete, Teilgebiete und Schwerpunkte. Auch dieser Zusammenhang bedarf einer juristischen Klärung sowie einer praxisorientierten Anwendung.

Zusammenfassend ergeben sich zur Novellierung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes folgende Grundsätze, für die sich die Hamburgische Krankenhausgesellschaft in der Umsetzung weiterhin einsetzen wird:

- Eine **stärkere Qualitätsorientierung** ist zu begrüßen. Es sollte sich möglichst um **Ergebnisqualität** handeln.
- Es sollten **reale Versorgungsprobleme** verbessert werden.
- Eine **wissenschaftliche Fundierung** von Qualitätsvorgaben ist unabdingbar.
- Rechtliches Neuland mit unbestimmten Rechtsbegriffen wie „**qualitätssensible Leistungen und Leistungsbereiche**“ birgt Risiken für das einzelne Krankenhaus und kann langjährigen Rechtsstreit provozieren. Auf eine größtmögliche Konkretisierung ist daher zu achten.
- Die Prüfung landesspezifischer Anforderungen sollte möglichst **wenig Bürokratie** erzeugen.
- Der **Praxisbezug** muss sichergestellt sein.
- Landesspezifische Anforderungen **müssen finanziert** werden.

Krankenhäuser in Aktion

Aktivitäten der Hamburger Krankenhäuser

Die Hamburger Krankenhäuser sind in Bewegung: Neubauten, Umbauten, Richtfeste, Einweihungen und Jubiläen gehören über das Jahr zum Alltag der Krankenhäuser dazu. Die Hamburger Krankenhäuser passen ihre Angebote immer wieder den neuesten wissenschaftlichen, medizinischen und technischen Erkenntnissen an – zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

20. Januar 2014

Start des neuen Zentrums für Kardiologie und Pneumologie der Asklepios Klinik Altona



Foto: Beirtram Solcher

Alle Untersuchungs- und Behandlungsräume wurden in einem modernen Erweiterungsbau im 2. OG der Klinik konzentriert und mit modernster Medizintechnik ausgestattet. Das Herzstück bildet das neue Herzkatheterlabor mit seinen beiden Messplätzen.

30. Januar 2014

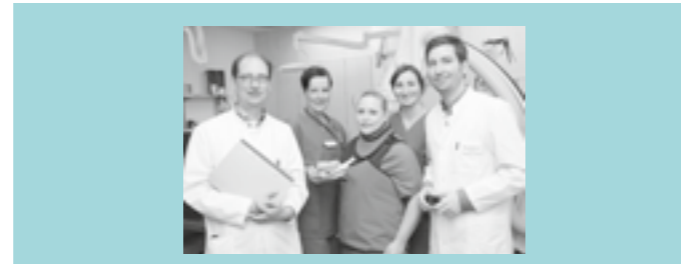
Eröffnung der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Ev. Krankenhauses Alsterdorf



Schwerpunkt der Behandlung sind Kinder bis zu 12 Jahren. Die Eltern werden eng mit in die Therapie einbezogen.

1. März 2014

Neue Abteilung für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin in der HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg



Das kardiologische Team um Chefarzt Dr. Oliver Zantis (rechts) arbeitet sehr eng mit dem Universitären Herzzentrum zusammen. V. l.: Dr. Tim Risius, Leitender Oberarzt; Susan Langfeld; Bianca Beckord, Leitende MTA sowie Anna Kasczmarek.

18. März 2014

Kath. Marienkrankenhaus feiert 150. Geburtstag

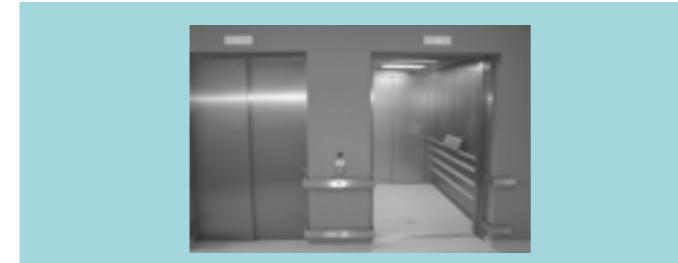


Foto: Beirtram Solcher

Am 18. März 1864 wird das Marienkrankenhaus von vier Ordensschwestern gegründet. Heute ist die Klinik ein modernes Gesundheitszentrum mit 1.700 Mitarbeitern. Werner Koch (Vorsitzender der Geschäftsführung) und über 600 Gäste feierten das Jubiläum mit einem Festgottesdienst und einem Empfang.

23. März 2014

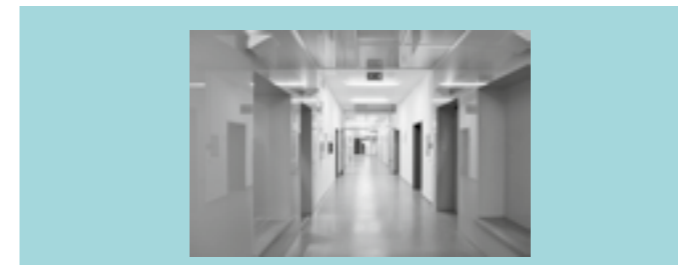
Sanierung der Asklepios Klinik Wandsbek



Zu den Sanierungsmaßnahmen zählten im letzten Jahr unter anderem die Errichtung von zwei Logistikaufzügen in einem westlichen Anbau an das Bettenhochhaus, ferner wurde mit der Neustrukturierung der Hauptaufzugsgruppe begonnen. Ein neuer Feuerwehraufzug als nördlicher Anbau an das Bettenhochhaus soll 2015 fertig sein.

2. Mai 2014

Eröffnung der Eduard-Arning-Klinik für Dermatologie und Allergologie der Asklepios Klinik St. Georg nach umfangreicher Modernisierung.



Mit dem Umbau und der Erweiterung der Eduard-Arning-Klinik für Dermatologie und Allergologie (Tagesklinik, Ambulanz, OP, Teile der Patientenzimmer) stehen jetzt modernste Räumlichkeiten für die Patientenbehandlung zur Verfügung. Ein besonderer Schwerpunkt der Klinik ist die operative Behandlung von Hauttumoren.

7. Mai 2014

Eröffnung neuer Funktionstrakt Albertinen-Krankenhaus



V. l.: Bezirksamtsleiter Dr. Torsten Sevecke, Albertinen-Hauptgeschäftsführer Cord Meyer, Erster Bürgermeister Olaf Scholz, Albertinen-Vorstandsvorsitzender Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, Albertinen-Krankenhaus-Geschäftsführer Tobias Schwarz.

11. Juni 2014

Richtfest für Erweiterungsbauten
Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus



V. l.: Amalie-Geschäftsführer Hans-Peter Beuthien, Bezirksamtsleiter Wandsbek Thomas Ritzenhoff, Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks, Albertinen-Vorstand Dr. Stefan Stiegler, Albertinen-Vorstandsvorsitzender Prof. Dr. Fokko ter Haseborg, Albertinen-Hauptgeschäftsführer Cord Meyer.

5. September 2014

Eröffnung des Neubaus des Asklepios Klinikums Harburg



Das sechsgeschossige Gebäude mit Tiefgarage und neuem, zentralen Eingangsbereich verfügt unter anderem über einen Hubschrauberlandeplatz, eine deutlich vergrößerte Zentrale Notaufnahme, neue Herzkatheterlabore, CT, einen Hybrid-Operationsaal sowie über hochmoderne Intensivstationen.

8. September 2014

Das neue, digitale Herzkatheterlabor der Abteilung für Kardiologie im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift



Der neue Chefarzt der im Jahr 2014 zur Abteilung ausgebauten Kardiologie, Dr. Ali Aydin, Geschäftsführer Lothar Obst, Pflegefachkraft Isabel Klein, Oberärztin Dr. Iris Kristin Wilke sowie die pflegerische Leitung Sebahat Dönmez im strahlungsarmen Herzkatheterlabor.

9. September 2014

Festakt – 175 Jahre Stiftung Israelitisches Krankenhaus in Hamburg



2014 feierte das Israelitische Krankenhaus in Hamburg das 175-jährige Jubiläum seiner Stiftungsgründung. Neben einem Festakt mit geladenen Gästen wurde das Jubiläum mit einem gut besuchten Tag der offenen Tür gefeiert.

19. September 2014

50-jähriges Jubiläum des Heinrich Sengelmann Krankenhauses



2014 feierte das Heinrich Sengelmann Krankenhaus sein 50-jähriges Bestehen mit einem umfangreichen Programm. Höhepunkt war der Jubiläums-Empfang, bei dem neben Vertretern aus der Stiftung Alsterdorf, der Wirtschaft, der Politik und Krankenhauswelt auch Staatssekretärin Anette Langner aus Schleswig-Holstein und Staatsrätin Elke Badde aus Hamburg zu Gast waren.

26. September 2014

40 Jahre Werner Otto Institut



V. l.: Ulrich Scheibel, Vorstand Ev. Stiftung Alsterdorf (ESA); Dr. Christian Fricke, Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer des Werner Otto Institut; Dr. Michael Otto, Hamburger Unternehmer und Sohn des Gründers Werner Otto; Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks, Maren Otto; Dr. Alexander Otto; Prof. Hanns-Stephan Haas, Vorstandsvorsitzender der ESA; Dr. Jürgen Bersuch, Vorstand der Werner Otto Stiftung

26. September 2014

Richtfest Neubau Radiologie und MVZ des Wilhelmsburger Krankenhauses Groß-Sand



Umrahmt von Bonifatiuskirche, Geriatriezentrum und Hauptgebäude entsteht am Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand ein Neubau. Neben der modernisierten radiologischen Abteilung werden hier im Frühjahr 2015 mehrere Praxen einziehen.

27. September 2014

Feier zur Eröffnung der Klinik für Geriatrie im Bethesda Krankenhaus Bergedorf



V. l.: Helmke Pagel, Case Managerin BKB; Dr. Matthias Gruhl, Leiter Gesundheitsbehörde; Marc Ewers, Architekt; Margret von Borstel, Geschäftsführerin BKB; Prof. Eberhard Meincke, Aufsichtsratsvorsitzender; Arne Dornquast, Bezirksamtsleiter; Dr. Gerhard Hermes, Chefarzt der Geriatrie; Karin Peters, Leitung Physiotherapie BKB; Dr. Ulrike Murmann, Hauptpastorin St. Katharinen und Pröpstin des Kirchenkreises Hamburg-Ost.

29. September 2014

UKE bekommt neue Kinderklinik



V. l.: Senatorin Dr. Dorothee Stapelfeldt, der stellvertretende Ärztliche Direktor des UKE, Prof. Dr. Christian Gerloff, Dekan Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus und die Leiterin der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Prof. Dr. Ania C. Muntau beim Baubeginn. Eröffnung wird im Herbst 2017 sein.

8. Oktober 2014

Eröffnung der SKH Stadtteilklinik
Hamburg-Mümmelmannsberg

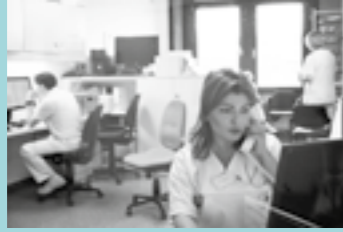


Foto: Marco Dittmer

Der Neustart wurde aktiv unterstützt von der Gesundheitsbehörde, den Krankenkassen in Hamburg, der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit am UKE.

18. Dezember 2014

Eröffnung des Zentrums für Seelische Gesundheit Horn
der Asklepios Klinik Nord



Das Zentrum für Seelische Gesundheit im Hamburger Stadtteil Horn ist eines der vier Hamburger Zentren, mit denen die Asklepios Kliniken auch eine wohnortnahe ambulante Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen anbieten. Weitere Zentren sind in den Stadtteilen Steilshoop, Neugraben und Osdorf.



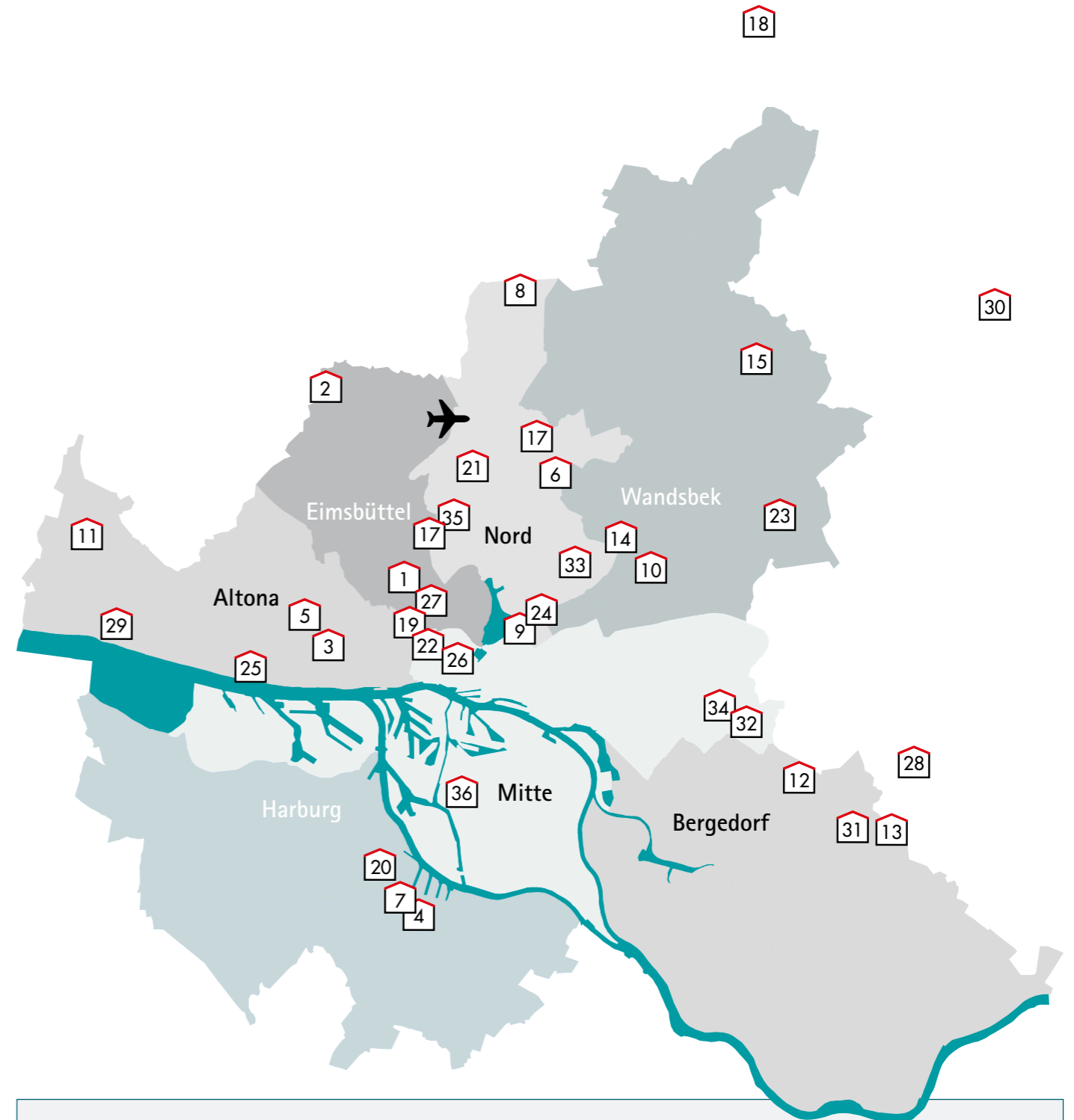
Qualität und Transparenz in der medizinischen Versorgung sind für die Hamburger Krankenhäuser selbstverständlich. Daher betreiben wir Krankenhäuser schon seit 2007 den Hamburger Krankenhausspiegel. Damit Qualität in der medizinischen Versorgung fest verankert bleibt und der Qualitätsbegriff nicht als oberflächliches Regulierungsinstrument genutzt wird, setzt sich die Hamburgische Krankenhausgesellschaft für wissenschaftlich fundierte Qualitätsparameter und einen Praxisbezug ein.

Dr. Eberhard Thombsen, Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Kath. Marienkrankenhauses

Der Verband

Die Mitgliedskrankenhäuser und ihre Spitzenverbände

- | | |
|--|---|
| 1 AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG
www.dk-h.de | 19 HELIOS ENDO-Klinik Hamburg
www.helios-kliniken.de/klinik/hamburg-endo-klinik |
| 2 Albertinen-Krankenhaus mit Albertinen-Haus
www.albertinen.de | 20 HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg
www.helios-kliniken.de/hamburg |
| 3 Altonaer Kinderkrankenhaus
www.kinderkrankenhaus.net | 21 Israelitisches Krankenhaus in Hamburg
www.ikh.de |
| 4 Asklepios CardioClinic-Harburg
www.asklepios.de/hamburg/harburg/experten/cardioclinic/ | 22 Janssen-Haus Psychiatrische Tagesklinik Hamburg-Mitte
www.tagesklinik-hh-mitte.de |
| 5 Asklepios Klinik Altona
www.asklepios.com/altona | 23 Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
www.kkh-wilhelmstift.de |
| 6 Asklepios Klinik Barmbek
www.asklepios.com/barmbek | 24 Kath. Marienkrankenhaus
www.marienkrankenhaus.org |
| 7 Asklepios Klinikum Harburg
www.asklepios.com/harburg | 25 Klinik Dr. Guth
www.drguth.de/klinik-dr-guth |
| 8 Asklepios Klinik Nord
www.asklepios.com/klinikum-nord | 26 Klinik Fleetinsel Hamburg
www.klinik-fleetinsel.de |
| 9 Asklepios Klinik St. Georg
www.asklepios.com/sanktgeorg | 27 Krankenhaus Jerusalem
www.jerusalem-hamburg.de |
| 10 Asklepios Klinik Wandsbek
www.asklepios.com/wandsbek | 28 Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift
www.kh-reinbek.de |
| 11 Asklepios Westklinikum Hamburg
www.asklepios.com/HamburgRissen | 29 Krankenhaus Tabea
www.tabea-fachklinik.de |
| 12 Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg
www.buk-hamburg.de | 30 LungenClinic Grosshansdorf
www.lungenclinic.de |
| 13 Bethesda Krankenhaus Bergedorf
www.klinik-bergedorf.de | 31 Praxis-Klinik Bergedorf
www.praxis-klinik-bergedorf.de |
| 14 Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
www.bundeswehrkrankenhaus-hamburg.de | 32 Praxisklinik Mümmelmannsberg
www.drguth.de/praxisklinik |
| 15 Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus
www.amalie.de | 33 Schön Klinik Hamburg Eilbek
www.schoen-kliniken.de/ptp/kkh/eil |
| 16 Ev. Krankenhaus Alsterdorf
www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de | 34 SKH Stadtteilklinik Hamburg
www.zytoservice.de |
| 17 Facharztambulanz Hamburg
www.facharztambulanz-hamburg.de | 35 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
www.uke.de |
| 18 Heinrich Sengelmann Krankenhaus
www.heinrich-sengelmann-krankenhaus.de | 36 Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand
www.krankenhaus-gross-sand.de |



Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft 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. Christoph Mahnke
 Dr. Klaus E. Schmolling
 Marco Walker
 Joachim Gemmel

Vertreter

Dr. Thomas Wolfram
 Dr. Christian Höftberger
 Manfred Volmer
 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 April 2015

Gremien

Mitarbeit der HKG in DKG-Gremien

Vorstand

Dr. Christoph Mahnke
 Dr. Claudia Brase

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 MDK

Maybritt C. Havixbeck

Stand April 2015

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. Martin Holder [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 Töpfer [HKG](#)
(Asklepios Klinik Harburg)Beate Smarsly [HKG](#)
(Asklepios Klinik Nord)Tamara Leske [HKG](#)
(Kath. Marienkrankenhaus)Hansjürgen 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](#)Heiko Wolgast [BKK](#)Dr. Ralf Krämer [BKK](#)Christiane Krackow [BKK](#)Dr. Andreas Krokotsch [MDK](#)Dr. Heymo Hein [MDK](#)Dr. Holger Bebensee [PKV](#)Prof. Dr. Jürgen Fritze [PKV](#)Barbara Schmitz [PKV](#)Dr. Frank Ulrich Montgomery
Ärzttekammer HamburgDr. Annemarie Jungbluth
Ärzttekammer HamburgDr. Klaus Beelmann
Ärzttekammer Hamburg

Ständige Gäste

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

Stand April 2015

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 Rotzolk [HKG](#) (Asklepios Kliniken Hamburg)Gerd Bär [HKG](#) (Asklepios Kliniken)
Peter Heinscheid [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

Janna Lena Bäßgen [HKG](#)

Stand April 2015

Gremien auf Landesebene

Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung

Vorsitzende

Hildegard Esser BGV

Stv. Vorsitzende

Elke Huster-Nowack BGV

Mitglieder

Ute Banse BGV

Dr. Claudia Brase HKG

Dr. Christoph Mahnke HKG
(Asklepios Kliniken Hamburg)

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

Dr. Mathis Terrahe HKG
(UKE)

Dr. Ulrich Knopp HKG
(Schön Klinik Hamburg Eilbek)

André Kohl vdek

Dr. Ralf Krämer BKK

Holger Isecke AOK

Claudia W. Osten IKK classic

Barbara Schmitz PKV

Geschäftsführung

Gebhard Bahr BGV

Ersatzmitglieder

Dagmar Jensen BGV

Angelika Bredehorst-Witkowski HKG

Nicole Rotzolk HKG
(Asklepios Kliniken Hamburg)

Werner Koch HKG
(Kath. Marienkrankenhaus)

Christiane Dienhold HKG
(Altonaer Kinderkrankenhaus)

Sabine Lessing HKG
(Schön Klinik Verwaltung)

Christine Goewe vdek

Jörn Reichenberg BKK

Matthias Mohrmann AOK

Bernd Krause IKK classic

Claudia Reuter PKV

Ersatzmitglieder

Sabine Lindenberg BGV

Horst Judaschke HKG

Jörn Wessel HKG
(AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM)

Uwe Lauer HKG
(Klinikgruppe Dr. Guth)

Susanne Riebow vdek

Katja Thiel AOK

Petra Hese IKK classic

Isabel Machill PKV

Stand April 2015

Gremien auf Landesebene

Landeskonzferenz Versorgung

Vorsitzende

Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

Mitglieder

AOK Rheinland / Hamburg

BKK-LV Nordwest

IKK classic

vdek Landesvertretung Hamburg

DAK-Gesundheit (vdek)

TK-Landesvertretung Hamburg (vdek)

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e. V.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e. V.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Ärztekammer Hamburg

Psychotherapeutenkammer Hamburg

Patienten-Initiative Hamburg e. V.

LAG für behinderte Menschen e. V.

Verbraucherzentrale Hamburg e. V.

Bezirksamt Hamburg-Mitte

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg

Zahnärztekammer Hamburg

Geschäftsführung

Carsten Jaeger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Vertreter

Günter Wältermann

Dr. Ralf Krämer

Claudia W. Osten

Kathrin Herbst

Annette Saal

Maren Puttfarcken

Dr. Christoph Mahnke

Dr. Claudia Brase

Dr. Stephan Hofmeister

Walter Plassmann

Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Prof. Dr. Rainer Richter

Kerstin Hagemann

Johannes Köhn

Christoph Kranich

Dr. Liane Melzer

Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

Dr. Matthias Gruhl

Dr. Eric Banthien

Prof. Dr. Wolfgang Spreckels

Stand April 2015

Geschäftsstelle



Geschäftsführerin
Dr. Claudia Brase

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



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

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



**Krankenhausplanung und
Investitionsfinanzierung**
Angelika Bredehorst-Witkowski

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



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

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



**Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit**
Ulrike Jaenicke

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



**Rechnungs- und
Personalwesen**
Jana Altmann

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



EDV
Karin Metzner

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



Statistik
Kim Fiedler

040/25 17 36-31
fiedler@hkgev.de



**Assistenz der Geschäftsführung
HKG Health Services,
Projektleitung Hörscreening
Hamburg**
Janna Lena Bäßgen

040/25 17 36-15
healthservices@hkgev.de



**Schlichtungsausschuss
§ 17c KHG Hamburg**
Irene Nahm

040/25 17 36-30
17c@hkgev.de



Auszubildende
Larissa Hagen

040/25 17 36-11
hkgev@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
Johannes Arlt
Marco Dittmer
Bertram Solcher
Frank Wolf
Stephanie Zwilling

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 2015*

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