

JAHRESBERICHT 2016



JAHRESBERICHT 2016



EDITORIAL

VON WERNER KOCH UND JOACHIM GEMMEL

Sehr geehrte Damen und Herren,

„Krankenhausreform“ und kein Ende – das Jahr 2016 war insbesondere von der Abarbeitung der vielfältigen Regelungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) geprägt. Wenn das Gesetz grundlegende Probleme gelöst hätte, so wäre der Umsetzungs- und Verhandlungsmarathon, dessen Auftakt wir 2016 erlebt haben, sinnvoll investierte Zeit und Energie. Anstatt dessen beschränkte sich das KHSG leider auf Symptomkorrekturen, die überdies noch zwischen den Vertragspartnern en détail auszuhandeln waren und den Bürokratiedschungel erheblich verdichtet haben.

Dabei liegen die notwendigen Schritte auf der Hand, sie werden den Krankenhäusern aber seit Jahren verweigert. So würde eine auskömmliche Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder ein grundlegendes Problem lösen, nämlich den fatalen Mechanismus, dass die Kliniken viele notwendige Investitionen nur dann realisieren können, wenn sie die Mittel zu einem großen Teil selbst aufbringen und dafür an anderer Stelle Kosten einsparen.



Dass dies zum Beispiel bei den Personalkosten kaum noch möglich ist und dass auch im Bereich der Hygiene oder der Informationstechnologie nicht unbedingt gespart werden sollte – und auch nicht wird –, erkennt auch die Politik an. Allein zu einem mutigen Lösungsschritt war bislang keine Bereitschaft zu erkennen.

Die zweite grundlegende Komponente einer Erfolg versprechenden Reform wäre die vollumfängliche Gegenfinanzierung von tarifbedingten Personalkostensteigerungen. Hier hat das KHSG zwar die Möglichkeit einer anteiligen Berücksichtigung über die Tarifraten gebracht, aber wir sind noch weit entfernt von einer gesicherten Personalfinanzierung.



Die Probleme sind noch nicht gelöst, aber schon werden die nächsten Gesetze für die Krankenhäuser auf den Weg gebracht: die Einführung von Personaluntergrenzen für die Pflege im Krankenhaus und die lang umstrittene Pflegeberufereform. Dass Personalvorgaben reine Symptomkorrektur sind und keine Probleme lösen, liegt auf der Hand.

Nachdem die Krankenhäuser durch jahrzehntelange Unterfinanzierung ausgeblutet wurden und jedes Jahr Personal einsparen mussten, wird nun nicht an der Ursache des Problems angesetzt, sondern eine vorzuhaltende Mindestausstattung an Pflegepersonal verordnet. Das ist ungefähr so absurd, als würde man einem Blutarmen einen Mindestwert an Hämoglobin im Blut verordnen, ohne jedoch die dafür notwendigen blutbildenden Vitamine und Nährstoffe bereitzustellen.

Die Rahmenbedingungen müssen stimmen, dann können Krankenhäuser auch ausreichend Personal beschäftigen. Grundsätzlich muss über Personaleinsatz jedoch vor Ort in der Verantwortung des Krankenhauses entschieden werden können und nicht in Gesetzen oder Verordnungen; nur so kann qualitativ hochwertig und wirtschaftlich gearbeitet werden. Innovative Lösungsansätze von Krankenhäusern, in sinnvollen Qualifikations-Mixes zu arbeiten, und die Entwicklung neuer Berufsbilder werden mit den Personalvorgaben wieder auf null zurückgestellt.

Diese Initiative zur Verordnung von Personal trifft zudem auf einen leer gefegten Fachkräftemarkt. Schon ohne die Berücksichtigung der neuen Personaluntergrenzen benötigen die Hamburger Krankenhäuser in den kommenden fünf Jahren 5.700 Pflegekräfte! Was wir mehr denn je brauchen, ist daher eine große Image- und Personalgewinnungskampagne für die Attraktivität der Arbeit im Krankenhaus mit nachhaltiger Unterstützung der Politik.

Schon heute sind die Hamburger Krankenhäuser als Rückgrat der Gesundheitswirtschaft in Hamburg Arbeitgeber für 31.600 Menschen, Tendenz steigend. In der Gesundheitswirtschaft in Hamburg sind es 162.000 Menschen, somit arbeitet jeder siebte Hamburger in diesem Wirtschaftszweig.

Die Gesundheitswirtschaft bietet mehr Menschen Arbeit als die Hafenwirtschaft in Hamburg mit 151.000 Arbeitsplätzen und wächst wesentlich dynamischer. So hat das Bundeswirtschaftsministerium vorhergesagt, dass 2030 bereits jeder fünfte Arbeitsplatz in der Gesundheitswirtschaft angesiedelt sein wird.

Um dieses Wachstumspotenzial an Arbeitsplätzen auch zu heben, braucht es eine konzertierte Aktion von Politik und Krankenhäusern, um die Attraktivität der Arbeit im Krankenhaus zu verbessern und zu bewerben. Dafür müssen jedoch die Rahmenbedingungen stimmen: Neben der vollständigen Finanzierung von Tarifierhöhungen und notwendigen Investitionen gilt es auch, das Personal endlich von der überbordenden Bürokratieflut zu entlasten. Die in den letzten Jahren eingezogene Misstrauenskultur muss ein Ende haben, da ausufernde Kontrollen mit viel Bürokratie und Streit die Folge sind. Dies hält unsere Fachkräfte vom Patienten fern. Zudem missachtet diese Haltung die hohe Einsatzbereitschaft und Leistungsfähigkeit unseres Klinikpersonals.

Als Arbeitsort ist Hamburg so attraktiv wie nur wenige andere Städte in Deutschland und Europa. Hamburg hat die besten Voraussetzungen, diesen Spitzenplatz zu halten und weiterzuentwickeln. *Conditio sine qua non* ist gut ausgebildetes Personal in ausreichender Anzahl, das gute Arbeitsbedingungen vorfindet und Wertschätzung erfährt. Dafür werden wir uns weiter einsetzen und danken allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hamburger Krankenhäuser sehr herzlich für ihren unermüdlichen und engagierten Einsatz!

Die Vorstandsvorsitzenden

Werner Koch

Joachim Gemmel

GRUSSWORT

VON CORNELIA PRÜFER-STORCKS

Sehr geehrte Damen und Herren,

2016 war auch im Krankenhauswesen ein bewegtes Jahr. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) im Juli 2015 und des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) zum 1. Januar 2016 sind die Grundlagen für entscheidende Maßnahmen in den beiden Schwerpunktgebieten Krankenhausfinanzierung und Stärkung der Qualität gelegt worden. Wirksam wurden dabei ebenfalls schon zum 1. Januar 2016 das neue Pflegestellen-Förderprogramm, die Verlängerung des Hygieneförderprogramms, die anteilige Tariffinanzierung und die weitergehende Angleichung der Landesbasisfallwerte.

Seit Anfang 2017 sind auch die neue Mengensteuerung, die Modifikationen der DRG-Kalkulation, der Pflegezuschlag und die Neuregelungen zum Sicherstellungs- und Zentrumszuschlag in Kraft. Zu einigen Inhalten konnten sich die Selbstverwaltungs-Partner nicht einigen, sodass die Bundesschiedsstelle bzw. das Bundesschiedsamt entscheiden musste.



Offen sind im Bereich der Krankenhausvergütung noch Themen, zu denen der G-BA einen Beschluss fassen muss, bevor die Vertragsparteien auf Bundesebene tätig werden können. Dies gilt für die Qualitätszu- und -abschläge ebenso wie für die Neuordnung der Vergütung der stationären Notfallversorgung.

Die Diskussion um das geplante gestufte System von Notfallstrukturen bzw. die Formulierung von bundesweit geltenden Anforderungen an unterschiedliche Stufen der Notfallversorgung in Krankenhäusern gestaltet sich schwieriger und aufwendiger als erwartet. Durch die in diesem Jahr beauftragte Folgenabschätzung verzögert sich der ursprüngliche Zeitplan um ein Jahr.

Interessant wird es sein, wie sich unterschiedliche Anforderungsprofile auf die breit aufgestellte und sehr hochwertige Notfallstruktur in den Hamburger Krankenhäusern auswirken wird.

Während die finanzwirksamen Maßnahmen überwiegend zügig umgesetzt werden, erleben wir im Bereich der Qualität dagegen, dass die vorgesehenen Schritte zur Implementierung weiterer Maßnahmen schwieriger sind und länger dauern werden als zunächst erwartet. Auch wenn der G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren fristgerecht einen ersten Beschluss gefasst hat, werden die Länder frühestens im September 2018 krankenhausbegleitende Daten zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren erhalten. Das methodische Konzept der planungsrelevanten Indikatoren bedarf dabei dringend einer Weiterentwicklung, damit die Länder in der Krankenhausplanung rechtssichere Entscheidungen nach einem bundeseinheitlichen Maßstab treffen können.

Erfreulich ist bei allen Verzögerungen auf Bundesebene aber, dass es uns im letzten Jahr in Hamburg gelungen ist, beispielhaft am Fachgebiet Neurochirurgie Qualitätsanforderungen für Fachabteilungen unterschiedlicher Ausprägung zu formulieren. Diese bieten vor allem den Patientinnen und Patienten, aber auch einweisenden Ärztinnen und Ärzten eine bessere Orientierung.

Ich bin zuversichtlich, dass dieser gemeinsame Weg bei der anstehenden Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans im Jahr 2017 seine Fortsetzung findet.

Einen großen Schritt weiter sind wir hinsichtlich einer angemessenen Personalausstattung für eine gute Qualität der Patientenversorgung und eine bessere Arbeitssituation der Beschäftigten. Eine Expertenkommission auf Bundesebene, der ich als Vertreterin der A-Länder angehört habe, hat im März einen Maßnahmenkatalog vorgelegt, der die Personalsituation in der pflegerischen Patientenversorgung verbessern soll. Sehr kurzfristig werden noch in dieser Legislaturperiode die gesetzliche Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gesetzlich verpflichtet, Personaluntergrenzen für die einzelnen Krankenhausabteilungen festzulegen.

Wenn eine Pflegekraft zu viele Patienten gleichzeitig versorgen muss, wächst die Gefahr von Fehlern bei der Behandlung. Es ist deshalb ein Gewinn für die Patientensicherheit und für die Arbeitssituation der Pflegekräfte, wenn wir jetzt Pflegepersonalzahlen festlegen, die nicht unterschritten werden dürfen. Wir ziehen damit die Konsequenz aus der zunehmenden Arbeitsverdichtung auf den Stationen.

Mit den Personaluntergrenzen wird eine auf die jeweilige Fachabteilung bezogene Mindestrelation zwischen qualifizierten Pflegekräften und Patienten festgelegt. Zusätzlich sind Vorgaben für Intensivstationen und gesondert für Nachtschichten geplant. Wenn Krankenhäuser die Personaluntergrenzen nicht einhalten, müssen sie finanzielle Abschläge und eine Veröffentlichung hinnehmen. Zudem werden die Landeskrankenhausbehörden informiert.

Gesundheitspolitischen Handlungsbedarf auf Bundesebene sehe ich in der nächsten Legislaturperiode vor allem in der Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung. Es ist nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten, dass Sektorengrenzen einen optimalen Behandlungsprozess begrenzen. Das Ziel der Überwindung dieser Sektorengrenzen setzt einen langen Atem voraus. Dabei dürfen wir nicht vergessen, neben dem ambulanten und stationären Bereich auch die Pflege und die Rehabilitation einzubeziehen. Für ein gemeinsames System muss eine Vielzahl von Voraussetzungen und Vereinheitlichungen geschaffen werden, z.B. bei der Kodierung, der Qualitätssicherung, der Bedarfsplanung, der Sicherstellung, der Honorierung.

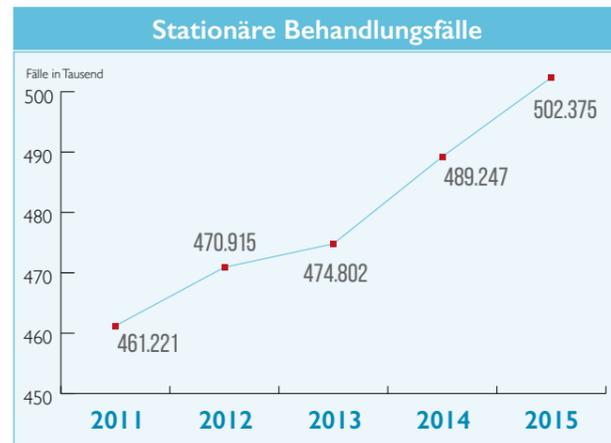
Eine Aufgabe, die es im Interesse der Patientinnen und Patienten lohnt gemeinsam anzugehen.

Cornelia Prüfer-Storcks,
Senatorin für Gesundheit und
Verbraucherschutz der Freien und
Hansestadt Hamburg

MEDIZINMETROPOLE HAMBURG

ZAHLEN UND FAKTEN

Immer mehr Behandlungsfälle



Die Medizinmetropole Hamburg übt eine große Anziehungskraft aus. Die Zahl der Behandlungsfälle steigt kontinuierlich und liegt inzwischen bei über einer halben Million. Dazu gehören auch viele Patienten, die aus dem Hamburger Umland, aus ganz Deutschland und auch aus anderen Ländern nach Hamburg kommen, um sich in den Spezialkliniken und -abteilungen der Hansestadt behandeln zu lassen.

Moderne Medizintechnik

Gerät	Anzahl
Computer-Tomograph (CT)	38
Dialysegerät	81
Digitales Subtraktions-Angiographie-Gerät (DAS)	20
Gamma-Kamera	9
Herz-Lungen-Maschine	24
Kernspin-Tomograph	30
Koronar-angiographischer Arbeitsplatz	41
Linearbeschleuniger	8
Positronen-Emissions-Tomograph (PET)	2
Stoßwellen-Lithotripter	12

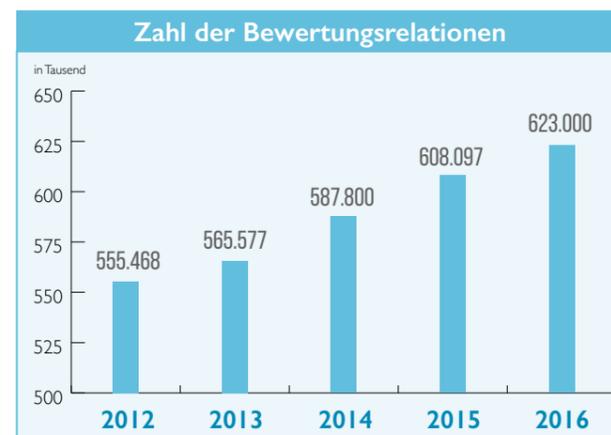
Hamburger Krankenhäuser sind mit verschiedensten medizinischen Groß- und Spezialgeräten ausgestattet, die eine Diagnostik und Therapie auf höchstem Niveau möglich machen.

Behandlungen immer komplexer

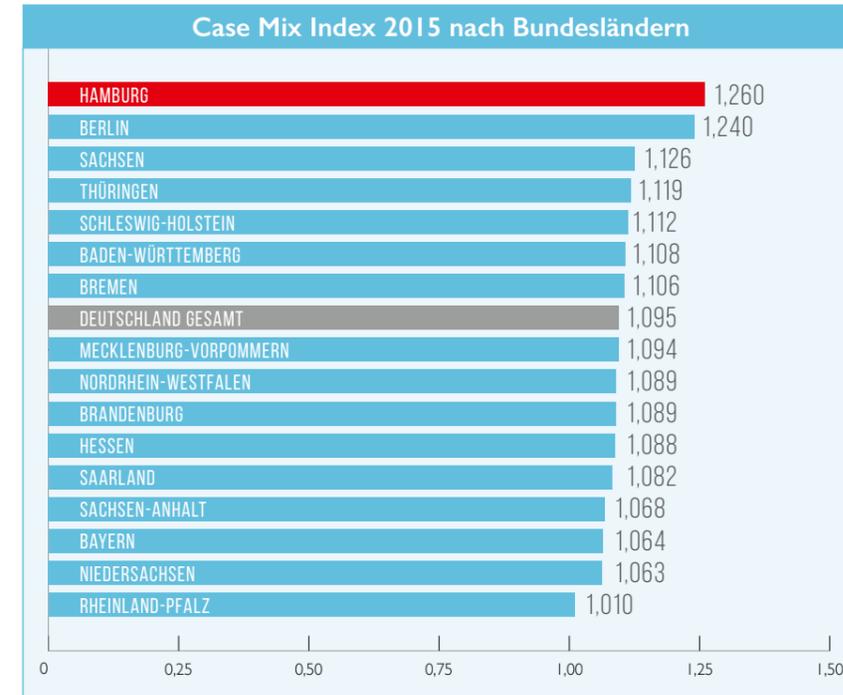


Der Case Mix Index (CMI), der die Fallschwere wiedergibt, steigt in Hamburg kontinuierlich an. Dies spricht für eine hohe Kompetenz und Spezialisierung der Hamburger Krankenhäuser, da hier die personellen und apparativen Voraussetzungen gegeben sind, um besonders schwere und komplexe Fälle zu behandeln.

Zunehmende Leistungsstärke

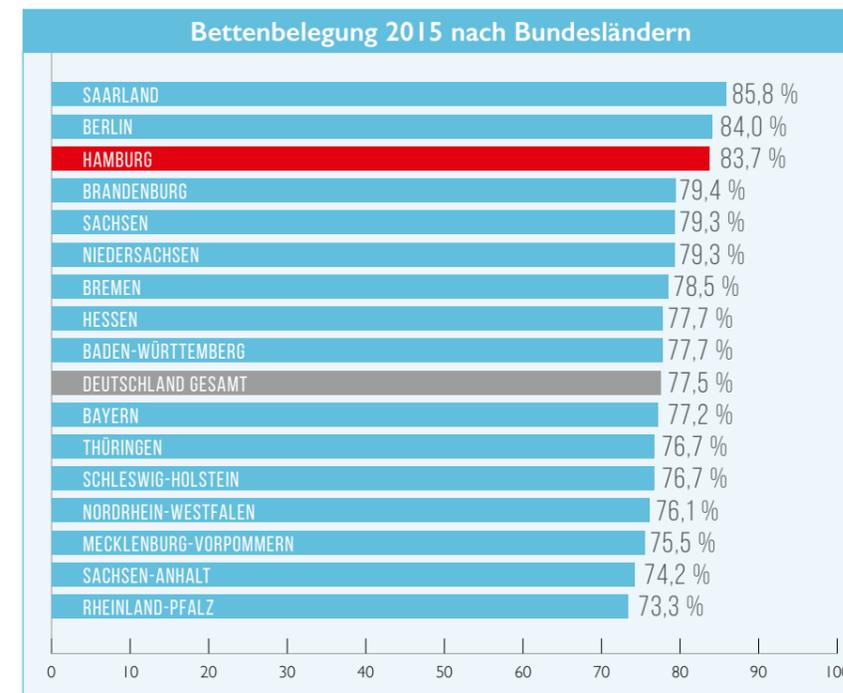


Die Bewertungsrelation ist eine Rechengröße, die die Zahl der Patienten und den Schweregrad der Behandlungen zusammenfassend ausdrückt. Sie gibt, vereinfacht formuliert, die Leistung der Krankenhäuser in Hamburg wieder. Diese ist in den vergangenen fünf Jahren um über ein Zehntel angestiegen.



Besonders schwere Fälle in Hamburg

Der Case Mix Index (CMI) gibt die Schwere und Komplexität eines Behandlungsfalles wider. Bundesweit werden in Hamburger Krankenhäusern die schwersten Fälle behandelt.

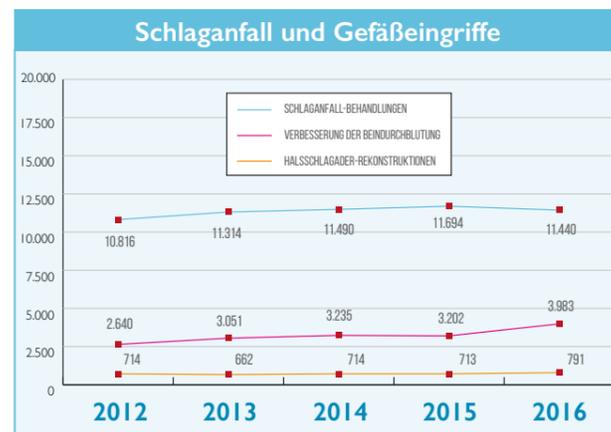
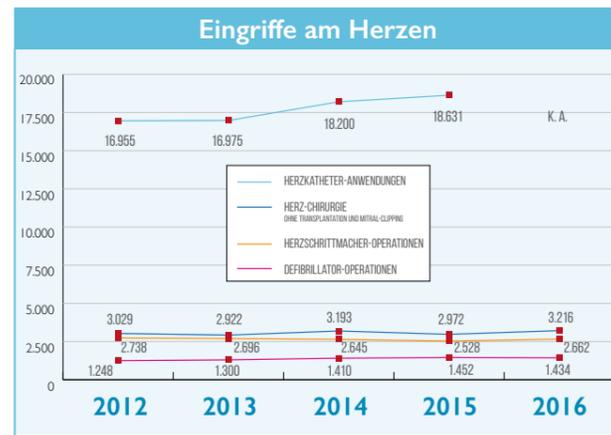


Krankenhausbetten gut belegt

In Hamburg sind im Jahresdurchschnitt 83,7 Prozent aller Krankenhausbetten belegt. Hamburg weist damit den dritthöchsten Bettennutzungsgrad in Deutschland auf. Dies ist ein deutlicher Hinweis für die hohe Inanspruchnahme der Hamburger Krankenhäuser.

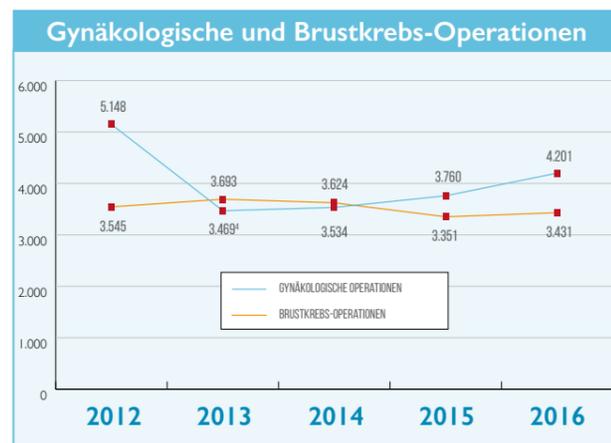
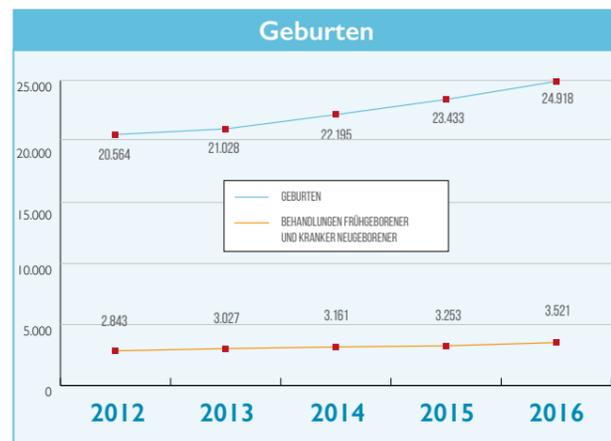
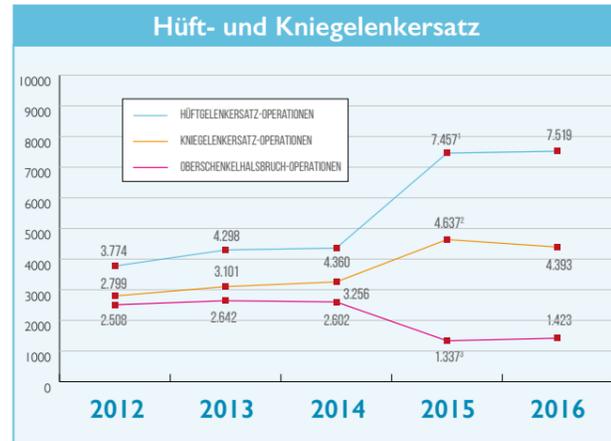
Das leisten Hamburger Krankenhäuser

Wachsende Stadt, steigende Lebenserwartung, bessere Therapien, innovative Medizintechnik – es gibt viele Gründe, warum die Hamburger Krankenhäuser in den meisten Gebieten immer mehr Behandlungen verzeichnen. Um der steigenden Inanspruchnahme zu begegnen, gilt es, die personellen und technischen Kapazitäten perspektivisch auszubauen.

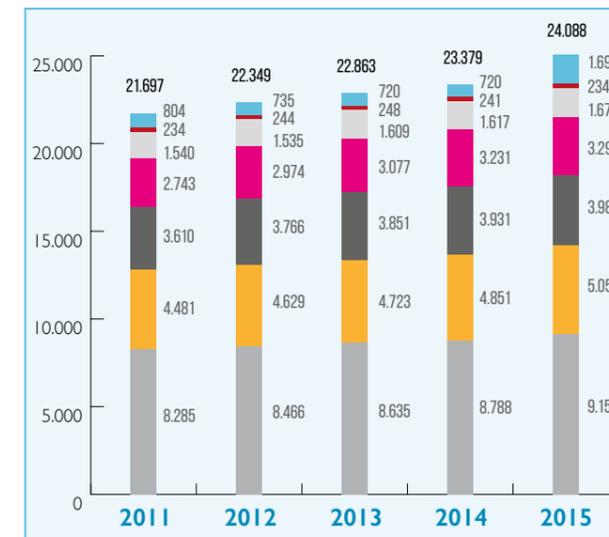


Änderungen der Zählweise:

- ¹ ab 2015 incl. Wechseloperationen und Versorgung von Oberschenkelhalsbrüchen mit künstlichem Hüftgelenk
- ² ab 2015 incl. Wechseloperationen
- ³ ab 2015 nur noch osteosynthetische Versorgungen (mit Nägeln, Schrauben, Platten oder Drähten). Mit künstlichem Hüftgelenk versorgte Oberschenkelhalsbrüche fortan unter „Hüftgelenkersatz“
- ⁴ ab 2013 ohne operative Entfernungen der Gebärmutter



Arbeitgeber Krankenhaus



Auch wenn in den Medien häufig von einem Personalabbau in den Krankenhäusern die Rede ist – die Zahlen zeigen, dass die Hamburger Krankenhäuser ihr Personal kontinuierlich aufstocken, gerade auch im ärztlichen und pflegerischen Bereich. Dennoch verhindern der leer gefegte Arbeitsmarkt und die chronisch unzureichende Refinanzierung der Personalkosten, dass der Personalausbau mit den steigenden Patientenzahlen Schritt halten kann.

Insgesamt bieten Hamburger Krankenhäuser 31.600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Arbeit. Jeder siebte Hamburger arbeitet in der Gesundheitswirtschaft. Das sind mit 162.000 Menschen mehr Arbeitsplätze als in der Hafenvirtschaft mit 151.000 Beschäftigten.

Ausbildungsplatz Krankenhaus



Die Hamburger Krankenhäuser bieten eine Vielzahl von Ausbildungsplätzen im klinischen, pflegerischen, technischen und Verwaltungsbereich. Sie gehören zu den größten Ausbildern in der Hansestadt. Die dort ausgebildeten Fachkräfte finden hervorragende Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt vor. Dennoch können die Hamburger Krankenhäuser nicht alle offenen Stellen durch eigenen Nachwuchs besetzen.

Daher müssen Politik und Krankenkassen die Krankenhäuser nach besten Kräften unterstützen, um Nachwuchs für die Gesundheitsberufe zu gewinnen.

DAS KRANKENHAUSSTRUKTURGESETZ UND DIE FOLGEN

JAHRESRÜCKBLICK 2016

Das Jahr 2016 war von intensiver Arbeit an den zahlreichen Inhalten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) gekennzeichnet. Die Umsetzung beschäftigte die Partner der Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene – und somit auch uns – intensiv und war auch mit Ablauf des Jahres 2016 noch nicht abgeschlossen. Viele Punkte waren zwischen den Vertragspartnern strittig und mussten durch Schiedsstellen festgesetzt werden; in einigen Punkten gelang eine Einigung. Zwei außerordentliche Vorstandssitzungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurden notwendig, um zu kritischen Zeitpunkten Weichenstellungen auf Bundesebene zu vorzunehmen.

Besonders nachteilig ist Hamburg von den Regelungen des KHSG im Hinblick auf die restriktiven leistungsbegrenzenden Elemente betroffen, die, obwohl politisch gewünscht, Spezialisierung und Qualität bestrafen und nicht fördern. Desgleichen verliert Hamburg Erlöse durch die ordnungspolitischen Eingriffe in die Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), denn auf diesem Wege werden Gelder an weniger spezialisierte Krankenhäuser in anderen Bundesländern umverteilt.

Auf der Landesebene war das arbeitsintensivste Thema die Vorbereitung der Verhandlung des Fixkostendegressionsabschlags. Hier waren umfangreiche methodische



Überlegungen anzustellen, bei denen sich die enge fachliche Abstimmung zwischen den Landeskrankenhausesgesellschaften als notwendig und hilfreich erwies. In Hamburg verhandelten wir schließlich am 28. September, ohne ein einigungsfähiges Ergebnis zu erzielen, sodass wir einen Schiedsstellenantrag einreichten. Die bereits terminierte Schiedsstellenverhandlung wurde dann jedoch hinaufgezogen, weil zwischenzeitlich der Fixkostendegressionsabschlag für die Jahre 2017 und 2018 auf 35 Prozent gesetzlich festgelegt wurde.

Die vorbereitenden methodischen Arbeiten sind jedoch weiterhin die Grundlage für die zweite Stufe der Verhandlungen auf Krankenhauses-Ebene über die Budgets 2017. Bei bestimmten Leistungen droht ein höherer Fixkostendegressionsabschlag, der bis zu 50 Prozent betragen kann. Hier versuchen wir, die Krankenhäuser bestmöglich zu unterstützen, um überschießende Forderungen der Krankenkassen abzuwehren.

Entlassmanagement mit bürokratischem Aufwand

Ein Thema des KHSG, das bei den Krankenhäusern auf hohes Interesse stieß, war die Neufassung des Entlassmanagements. Die im Gesetz vorgesehenen zahlreichen Verordnungsmöglichkeiten für Krankenhäuser wurden ausdrücklich begrüßt, da sie einen besseren Übergang der Patienten in die ambulante Versorgung ermöglichen. Für die Umsetzung bedurfte es einer Rahmenvereinbarung auf Bundesebene, die zwischen den drei Spitzenverbänden Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) jedoch strittig blieb, sodass eine Festsetzung durch das erweiterte Bundesschiedsamt erfolgte. Diese führte aufgrund der Stimmenmehrheit von KBV und GKV-SV zu einem Beschluss, der in den Krankenhäusern maximalen bürokratischen Aufwand verursacht und nicht in ihre Arbeitsprozesse passt.

Somit verkehrte sich die aus Krankenhaus- und Patientensicht sinnvolle und erwünschte Glättung der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter Nachversorgung in ein bürokratisches Monster, das viel Arbeit an den falschen Stellen und viel Reibung erzeugen wird. Die geplante Umsetzung ist ein Paradebeispiel dafür, wie sinnvolle Regelungen durch Interessenpolitik einzelner Akteure zum Scheitern verurteilt werden. Das Entlassmanagement wird alle Beteiligten auch 2017 noch intensiv beschäftigen. Ergän-

zend erarbeitete die Hamburgische Krankenhausgesellschaft ein Thesenpapier zum Entlassmanagement, das aktuelle Probleme und den daraus resultierenden Handlungsbedarf aufgriff.

Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene

Ein großes Thema der zweiten Jahreshälfte war die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), für die die Übergangsfrist bei den Personalvorgaben in der Pflege auslief. Die Perinatalzentren hatten in den vergangenen Jahren intensive Anstrengungen unternommen, um die Vorgaben der Richtlinie im Übergangszeitraum umzusetzen; jedoch war dies aufgrund des leer gefegten Arbeitsmarkts für Fachkräfte im Gesundheitswesen nicht erfolgreich. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft unterstützte betroffene Mitgliedskrankenhäuser intensiv bei der Vorbereitung auf den Ablauf der Übergangsfrist und bemühte sich auf Bundesebene um eine sachgerechte Vergütungsvereinbarung.

Leider war es – trotz der neuen Zuschläge für Mehrkosten, die aus G-BA-Richtlinien resultieren – nicht möglich, die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser in der bundesweiten Vereinbarung zwischen DKG und Krankenkassen erfolgreich zu verhandeln. So werden die erheblichen Mehrkosten für das geforderte Personal erneut nicht ausfinanziert, sondern sind von den Krankenhäusern anteilig selbst zu tragen. An der

AUSWAHL AUS DEM HKG-KALENDER	
07. JAN	Gesundheitspolitischer Jahresauftakt
27. JAN	Seminar zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
28. JAN	Podiumsdiskussion mit Dr. Claudia Brase zum Thema Qualität beim Neujahrsempfang des Helios Mariahilf Krankenhauses
09. FEB	Pressekonferenz Hamburger Krankenhausspiegel
22. FEB	Seminar zum Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)
24. FEB	I. Arbeitstreffen zum KV-SafeNet
26. FEB	Seminar „Beschwerdemangement“
01. MÄRZ	Seminar „Interkulturell kompetent mit Flüchtlingen umgehen“
03. MÄRZ	Seminar „Konfliktmanagement“
10. MÄRZ	Seminar „Beschwerdemangement“
12. APR	I2. Treffen der Umweltexperten der Hamburger Krankenhäuser
19. APR	Tag der Beschwerdebeauftragten der Hamburger Krankenhäuser
09. MAI	Senatsempfang für Hamburgs Ausbildungsbeste in der Pflege mit Grußwort von Dr. Claudia Brase
10. MAI	HKG-Vorstandssitzung mit Verabschiedung des zweiten Vorsitzenden Dr. Christoph Mahnke

Umsetzung der Personalvorgaben muss weiterhin mit Hochdruck gearbeitet werden. Möglicherweise stellt sich jedoch auch bis Ende 2019 heraus, dass die Vorgaben mit der Realität nicht in Einklang zu bringen sein werden.

Landesbasisfallwert nicht vereinbart

Der Landesbasisfallwert 2016 konnte aufgrund einer strittigen Rechtsfrage nicht zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen vereinbart werden. Zum ersten Mal seit Beginn des DRG-Systems – und damit als Tiefpunkt der Krankenhausfinanzierung – erreichte Hamburg im Jahr 2016 den unteren Basisfallwertkorridor. Damit nicht genug: Streit entbrannte in der Frage, ob der untere Korri-

dorwert durch Berichtigung und Ausgleich sogar noch unterschritten werden könne. Die Schiedsstelle gab den Krankenhäusern mit ihrer Auffassung recht, dass der untere Korridorwert die untere Auffanglinie darstellt, die nicht unterschritten werden kann. Durch das von den Krankenkassen daraufhin eingereichte Klageverfahren wird diese Fragestellung die Gerichte noch einige Jahre beschäftigen.

Die Schiedsstelle nach § 18 a KHG tagte 14-mal im Jahr 2016. Dies ist als Indiz für das fortbestehend angespannte Verhältnis zwischen den Vertragspartnern auf Landesebene, aber auch als Symptom für extrem knappe finanzielle Spielräume auf beiden Seiten anzusehen. Am 21. Juli

AUSWAHL AUS DEM HKG-KALENDER

02. JUNI	HKG-Mitgliederversammlung mit Wahl von Joachim Gemmel zum zweiten Vorsitzenden ab 01.07.2016
02.–03. JUNI	Tagung der Geschäftsführer der Landeskrankenhausgesellschaften in Hamburg
07. JUNI	2. Arbeitstreffen zum KV-SafeNet mit externen Experten
30. JUNI	Hamburger Krankenhaustag
14. SEPT	3. Arbeitstreffen zum KV-SafeNet
27. SEPT	Seminar zum aktuellen Stand der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte
11. OKT	13. Treffen der Umweltexperten der Hamburger Krankenhäuser
14. OKT	Seminar zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen
03. NOV	Tag der Beschwerdebeauftragten der Hamburger Krankenhäuser
23. NOV	Hamburger Forum für sichere Kommunikation im Gesundheitswesen mit Dr. Claudia Brase auf dem Podium
08. DEZ	HKG-Mitgliederversammlung mit Vortrag von Michael Draheim (Deutsche Krankenhausges.) über das Krankenhausstrukturgesetz
20. DEZ	Seminar „DRG-Update“

2016 wurde die Geschäftsstelle der Schiedsstelle für die nächsten vier Jahre an die AOK Rheinland/Hamburg übergeben.

Telematik und Informationstechnologie

Das gesamte Jahr 2016 arbeitete die Hamburgische Krankenhausgesellschaft gemeinsam mit den Experten der Hamburger Krankenhäuser an einem Arbeitsauftrag der Mitgliederversammlung vom Dezember 2015 zur Telematik und Informationstechnologie. Zu prüfen war, ob die die Infrastruktur der Kassenärztlichen Vereinigungen für digitalen Datenaustausch, „KV SafeNet“, für die ergänzende Kommunikation zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten einsetzbar und sinnvoll sei. Mit dieser Fragestellung traf sich die dafür eingerichtete Arbeitsgruppe, unterstützt von externen Referenten,

insgesamt dreimal; außerdem fand eine Informationsveranstaltung zur elektronischen Gesundheitskarte und zur Telematik-Infrastruktur statt. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft beteiligte sich des Weiteren aktiv am Hamburger Forum für sichere Kommunikation im Gesundheitswesen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, die sich mit diesem Thema an die Vertragsärzte richtete.

Zum Jahresende sprach die Mitgliederversammlung der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft schließlich die Empfehlung aus, dass KV SafeNet als grundsätzlich geeignet betrachtet wird. Die Krankenhäuser verpflichteten sich zu einem „Hamburger Standard“, den sie bei künftigen Veränderungen in den Bereichen Telematik und elektronische Arztbriefe anstreben wollen.

Strukturprüfungen auf „freiwilliger“ Basis

Die Krankenkassen hatten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragt, in Hamburg flächendeckend die Voraussetzungen für die Abrechnung verschiedener OPS-Komplexpauschalen, insbesondere der intensivmedizinischen Komplexbehandlung, zu überprüfen. Obwohl es hierfür keine Rechtsgrundlage gibt, erklärten sich die Krankenhäuser grundsätzlich auf freiwilliger Basis zu diesen gewünschten Strukturprüfungen bereit. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft vereinbarte mit den Krankenkassenverbänden eine Rahmenvereinbarung für Ablauf und Inhalt der Prüfungen.

Wichtig erschien uns ein geordnetes Verfahren, bei dem im Vorfeld sowie im Nachgang Zeitpunkt, Zeitraum, Ablauf sowie Ergebnisse und mögliche Konsequenzen zwischen dem Krankenhaus und dem Auftraggeber der Strukturprüfungen, den Krankenkassen, besprochen werden sollten. Die Umsetzung erwies sich in der Praxis als schwierig, sodass auch 2017 noch erheblicher Diskussions- und Weiterentwicklungsbedarf zu diesem Thema besteht.

Krankenhäuser werden unter Druck gesetzt

Bedauerlich ist, dass die Krankenhäuser häufig massiv unter Druck gesetzt werden. Bei strittigen Kriterien des Operationen- und Prozeduren-Schlüssels (OPS) kürzen die Krankenkassen Rechnungen oder fordern Zahlungen zurück. Der Rechtsweg

steht Krankenhäusern zwar offen, er ist jedoch mühsam und teuer und erfordert einen langen Atem. Hier wäre eine ordnungspolitische Neuregelung erforderlich, die den Krankenkassen zwar ein Recht auf Abrechnungsprüfungen einräumt, aber Krankenhäuser, die ihre Rechtsposition durchsetzen wollen, nicht von vornherein wirtschaftlich benachteiligt.

Die Landeskrankenhausplanung verzeichnete 2016 ein eher ruhiges Jahr. Der Krankenhausplan 2020 war schon im Vorjahr abgeschlossen und die Zwischenfortschreibung für 2017 geplant worden. Ein interessanter – und auch im Jahresverlauf nicht gelöster – Punkt waren die noch offenen Anträge von Krankenhäusern, die Kapazitäten in der Geriatrie zu erhöhen. Viele Krankenhäuser hatten großes Interesse signalisiert, sich zu einem Zentrum für Altersmedizin weiterzuentwickeln. Im Zuge des Interessenbekundungsverfahrens, das ausdrücklich nicht Gegenstand der Krankenhausplanung war, wurden zahlreiche Anträge und Konzepte eingereicht; ein Ergebnis ist bislang allerdings noch offen. Der Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung befasste sich mit möglichen landesspezifischen ergänzenden Qualitätskriterien für die Neurochirurgie und kam dort zu einem einvernehmlichen Ergebnis. Die Umsetzung soll zur Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans 2020 im Jahr 2017 erfolgen.

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft beteiligte sich aktiv an der Entwicklung der Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags. Sie brachte insbesondere die Themen der Metropolenkrankenhäuser ein, die auch im Fokus des Hamburger Krankenhaustags 2017 stehen werden.

Dank an alle Mitglieder, Partner und Mitarbeiter

Im Namen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft danke ich allen Partnern für die konstruktive Zusammenarbeit im Jahr 2016. Insbesondere bedanke ich mich bei meinen beiden Vorsitzenden und meinen Vorstandsmitgliedern für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und das hohe Engagement. Meinen Mitgliedern danke ich für die rege

Unterstützung sowie den Mitarbeitern und Experten der Krankenhäuser, die uns in Verhandlungskommissionen und themenbezogenen Arbeitsgruppen tatkräftig zur Seite gestanden haben!

Ich danke ganz besonders meinem Team in der Geschäftsstelle und der HKG Health Services GmbH für die sehr gute Arbeit und den engagierten Einsatz.

Ihre

Dr. Claudia Brase

Dr. Claudia Brase

HIGHLIGHTS AUS DEM HKG-KALENDER

JAN

7



Zum Gesundheitspolitischen Jahresauftakt mit traditionellem Grünkohl-Essen lädt die Hamburgische Krankenhausgesellschaft Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Verbänden, Kostenträgern und Mitgliedskrankenhäusern in die Handwerkskammer Hamburg.

PERSONAL – WICHTIGSTE RESSOURCE, GARANT FÜR QUALITÄT UND LEISTUNG

HAMBURGER KRANKENHAUSTAG 2016



Hamburger Krankenhäuser sind Arbeitgeber für 31.600 Menschen, Tendenz steigend. Von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten über Technik, Reinigung und Verpflegung bis hin zu Verwaltung und Management bieten sie Beschäftigung für eine Vielzahl von unterschiedlichsten Berufsbildern. Umgekehrt sind sie auf Gedeih und Verderb auf gut ausgebildete Arbeitskräfte angewiesen. Das Personal ist ihre wichtigste Ressource – und der Garant für eine hohe Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Strukturelle Vorgaben, die den Krankenhäusern vonseiten der Politik und der Krankenkassen immer stärker gemacht werden, stehen zunehmend in Kontrast zur unzureichenden Finanzierung des geforderten Personals und zu einer immer schwierigeren Personalgewinnung. Diesem Spannungsfeld widmete sich der Hamburger Krankenhaustag 2016.

Ein Krankenhaus ohne Ärzte und Pflegekräfte ist kein Krankenhaus. Eine Krankenhausbehandlung ist eine medizinische Dienstleistung von hochqualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Menschen in existenziellen Ausnahmesituationen – oftmals im Notfall, nachts oder am Wochenende. Krankenhäuser haben ein originäres Interesse daran, ihre Patienten mit dem bestmöglichen Ergebnis zu behandeln. Dafür benötigen sie ausreichend und qualifiziertes medizinisches Personal.

Der zunehmende Fachkräftemangel und eine durch die jahrzehntelange Unterfinanzierung strapazierte Personaldecke stellen die Krankenhäuser von Jahr zu Jahr vor höhere Herausforderungen. Der ordnungspolitische Regelungswille nimmt hingegen kontinuierlich zu. Er bringt immer mehr und immer detaillier-



Der erste Vorsitzende der HKG Werner Koch begrüßt die anwesenden Gäste zum Hamburger Krankenhaustag 2016 im Hotel Hafen Hamburg.

Führung und Unternehmenskultur auf. Verkompliziert wird die Nachwuchsgewinnung in der Pflege durch eine Ausbildungsreform für Pflegeberufe, die viele Fragen offen lässt. Dieser und weiterer Fragestellungen aus dem großen Themenkomplex Personal nahm sich der Hamburger Krankenhaustag 2016 an, um damit einen konstruktiven Diskussionsbeitrag zu den aktuellen personalrelevanten Themen zu leisten.

„Generation Y“ drängt auf den Arbeitsmarkt

Nach der Begrüßung durch den ersten Vorsitzenden der HKG, Werner Koch, und dem Grußwort der Staatsrätin der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, Elke Badde, stellte

tere Vorgaben zu Personalausstattungen und Qualifikationen und macht auch vor der DRG-Kalkulation nicht Halt.

Der Generationen-Mix in der Mitarbeiterschaft eines Krankenhauses wirft zusätzliche Fragen an die



V.l.n.r. (erste Reihe): HKG-Geschäftsführerin Dr. Claudia Brase, die Staatsrätin der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Elke Badde, und der Leiter des Präsidialstabs der Senatorin, Dirk Engemann, beim Krankenhaustag 2016.

Prof. Dr. Margit Geiger vom Fachbereich Wirtschaft der Hochschule Bochum die so genannte „Generation Y“ vor – die Geburtsjahrgänge von 1980 bis 2000, die jetzt auf den Arbeitsmarkt drängen und von Arbeitgebern umworben werden. Prof. Geiger zeigte die Charakteristika dieser Generation auf, die sich teilweise deutlich von denen ihrer Vorgänger („Generation X“: 1965 – 1979, und „Babyboomer“: 1946 – 1964) unterscheiden. An das Personalmanagement und an Führungskräfte in Krankenhäusern gerichtet, formulierte sie veränderte Anforderungen insbesondere in Bezug auf Anreizsysteme, Mitarbeiterbindung, Führungsstile und Work-Life-Balance. Umdenken sei hier angesagt, denn mit den herkömmlichen Konzepten sei diese Generation nur schwer zu gewinnen – eine große Aufgabe für Krankenhäuser.

Eingriff in die DRG-Kalkulation ist ein Sündenfall

Im zweiten Vortrag ging Dr. Frank Heimig, Direktor des Instituts für das Entgeltwesen im Krankenhaus (InEK) auf aktuelle Veränderungen am Vergütungssystem und die



Dr. Frank Heimig, Direktor des Instituts für das Entgeltwesen im Krankenhaus (InEK), ging in seinem Vortrag auf aktuelle Veränderungen am Vergütungssystem und deren Auswirkungen auf die Krankenhäuser ein

Auswirkungen auf die Krankenhäuser ein. Erstmals wird durch die gesetzlich verordnete Korrektur der Sachkostenanteile in der DRG-Kalkulation mit einer Umverteilung von Sach- zu Personalkosten der Personalkostenanteil in der Fallpauschale erhöht. Auch wenn eine bessere Vergütung personalintensiver Leistungen grundsätzlich eine gute Idee ist, um Personaleinsatz zu fördern, so ist doch der Sündenfall – der erstmalige dirigistische Eingriff in die DRG-Kalkulation – erheblich und kritikwürdig.

In einem ohnehin stark unterfinanzierten System personalkostenintensive DRG besser zu bewerten, ohne aber zusätzliches Geld ins System zu geben, führt im Ergebnis nicht zu einer Problemlösung. Erstens erbringen Krankenhäuser einen Mix aus verschiedenen DRG: Je spezialisierter und medizintechnikintensiver,



Die Vortragenden Dr. Karl Blum, Jakob Maetzel, Prof. Dr. Margit Geiger, Dr. Andreas Krokotsch sowie der HKG-Vorstandsvorsitzende Werner Koch (v.l.n.r.)

desto höher ist der Sachkostenanteil – daher sind Hamburger Krankenhäuser auch Verlierer in dieser Systematik. Zweitens wird durch den ordnungspolitischen Eingriff die ausgefeilte und langjährig perfektionierte Kalkulation obsolet, da sie nicht mehr die tatsächlich von den Krankenhäusern kalkulierten Kosten abbildet. Daher erscheint es fragwürdig, dass gerade zu diesem Zeitpunkt – an dem die reine Kalkulation außer Kraft gesetzt wird – die derzeitige Kalkulationsstichprobe hinsichtlich Trägerschaft und Leistungsbereichen repräsentativer gestaltet werden soll. Dr. Heimig stellte die Vorschläge seines Instituts zu einer Verbesserung und schrittweisen Ausweitung der Stichprobe vor.

Strukturprüfungen als Chance

Das Thema Strukturprüfungen stand im Mittelpunkt des Vortrags von Dr. Andreas Krokotsch, Abteilungsleiter Stationäre Versorgung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Nord. Strukturprüfungen betreffen die Anforderungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) an die Krankenhäuser, also die Erfüllung sehr detaillierter und differenzierter Vorgaben zu Personal, Ausstattung und Qualifikation. Dr. Krokotsch zeigte auf, dass Strukturprüfungen kein neues Instrument sind, sondern dass der MDK in den letzten drei Jahren mehr als 50 solcher Prüfungen durchgeführt hat. Er beschrieb die Rechtsgrundlagen, die möglichen Anlässe, den Ablauf und die typischen neuralgischen Punkte einer Strukturprüfung. Die Prüfungen, so Dr. Krokotsch in seinem Fazit, sollten von den Krankenhäusern nicht als Bedrohung

verstanden werden, sondern als Beitrag zur Qualitätssicherung und als Bestätigung für gute Leistungsqualität, die auch für Budgetverhandlungen relevant sein kann, bzw. als Chance zur Leistungsverbesserung. Unabhängig vom Ergebnis des Gutachtens, erhält der MDK Nord von den geprüften Krankenhäusern nach Abschluss einer Strukturprüfung häufig positive Rückmeldungen über den Verlauf und die Ergebnisse der Prüfung, resümierte Dr. Krokotsch.

Pflegeberufegesetz bringt Mehrkosten

Jakob Maetzel von der Prognos AG nahm in seinem Vortrag das geplante Pflegeberufegesetz und insbesondere dessen finanzielle Auswirkungen unter die Lupe. Während nach den Modellrechnungen seines Instituts die bisherige Krankenpflegeausbildung mit gut 18.000 Euro pro Jahr und Auszubildendem zu Buche schlägt (Altenpflege: etwas mehr als 17.000 Euro), werden für die generalistische Ausbildung um die 20.000 Euro veranschlagt. Alle beteiligten Institutionen wie Kranken- und Pflegeversicherung, Bundesländer und Jobcenter werden daher, entsprechend ihrem bisherigen Anteil, mehr in den gemeinsamen Ausbildungsfonds einzahlen müssen. Ein weiterer Aspekt des Vortrags betraf die beabsichtigte Akademisierung des Pflegeberufs, die von den Träger- und Fachverbänden unterschiedlich beurteilt wird. Auf der einen Seite wird befürchtet, dass das Pflegestudium der Pflege am Patientenbett Bewerber entzieht, auf der anderen

Seite ist angesichts steigender Abiturientenzahlen eine akademische Pflegeausbildung zwingend erforderlich, um die Attraktivität des Pflegeberufs weiter zu erhöhen.

Um die Pflegeberufereform ging es auch im letzten Vortrag des Hamburger Krankenhaustags. Dr. Karl Blum, Leiter des Geschäftsbereichs Forschung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), verglich die in Deutschland geplante generalistische Pflegeausbildung mit den Ausbildungswegen für Gesundheitsfachberufe in anderen europäischen Ländern. Grundlage hierfür ist das Projekt GESINE (Bestandaufnahme der Ausbildung in den Gesund-



Die Mitarbeiterinnen der HKG-Geschäftsstelle nahmen die Besucherinnen und Besucher in Empfang: Jana Altmann, Irene Nahm, Karin Metzner, Kim Fiedler und Larissa Hagen (v.l.n.r.)

heitsfachberufen im europäischen Vergleich), mit dem das Bundesministerium für Bildung und Forschung die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und als Kooperationspartner das DKI beauftragt hat.

Die Pflege braucht dringend Nachwuchs. Um diesen zu gewinnen, muss sie attraktive berufliche Perspektiven bieten. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft setzt sich für Rahmenbedingungen ein, die junge Menschen auch künftig dazu bewegen sollen, gerne im Krankenhaus als Pflegekraft oder in neuen Gesundheitsberufen zu arbeiten.

Tamara Leske, Pflegedirektorin des Kath. Marienkrankenhauses



Dabei zeigt sich, dass die Ausbildungslandschaft in den Pflege- und Pflegehilfberufen in Europa äußerst heterogen ist.

Großbritannien haben Personen mit Helferqualifikationen einen deutlich höheren Anteil am Gesamtpersonal (rund 50 Prozent) als etwa in Deutschland und Österreich mit ca. 10 Prozent. In Großbritannien und den Niederlanden ist die Akademisierung der Pflegeberufe in Form von Master- und Promotionsstudiengängen bisher am stärksten entwickelt. Dr. Blum sah in der Generalistik als Basisqualifikation durchaus Vorteile, erkannte aber auch einen steigenden Qualifizierungsbedarf während der beruflichen Karriere, die Notwendigkeit neuer Qualifikationen und Berufe sowie einer neuen Aufgabenverteilung und Arbeitsverteilung zwischen den Gesundheitsberufen.

Mit einem gemeinsamen Mittagessen und der Gelegenheit zum fachlichen und persönlichen Austausch endete der Hamburger Krankenhaustag 2016.

Eine wie die in Deutschland geplante Generalistik gibt es in anderen Ländern am ehesten in Frankreich mit der einheitlichen „Infirmière“ als Fachkraft bzw. „Aide-soignante“ als Pflegeassistentin. In Frankreich und

REGULIERUNGSFLUT STATT GROSSER WURF

DAS KRANKENHAUSSTRUKTURGESETZ UND SEINE ZÄHE UMSETZUNG

Die Regierungskoalition hatte es als „große“ Krankenhausreform mit zusätzlichen Ausgaben in Milliardenhöhe angekündigt – heraus kamen vor allem kleinteilige Änderungen und zahlreiche neue Regulierungen. So stand das Jahr 2016 im Zeichen der Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) mit vielen Aufträgen an die Selbstverwaltung und noch zu schließenden Vereinbarungen, die das Regelungsvolumen zusätzlich aufblähten.

Zumindest eine wesentliche Forderung der Krankenhäuser wurde mit dem KHSG prinzipiell erfüllt: die Abschaffung der „doppelten Degression“ bei

Leistungssteigerungen. Für Krankenhäuser ohne Leistungssteigerung eine positive Regelung – doch für Krankenhäuser in Metropolen mit stärkerem Wachstum muss sich erst noch zeigen, ob sie nicht eher eine Verschlechterung darstellt.

Fixkostendegressionsabschlag

Mit dem Fixkostendegressionsabschlag (FDA), der auf Landesebene erstmals für 2017 zu vereinbaren war, sollte die doppelte Degression für zusätzliche Leistungen aufgehoben und, wie zuvor mit dem Mehrleistungsabschlag, ein Anstieg der Leistungsmenge begrenzt werden. Damit ist der FDA in erster Linie eine Regelung, um die Kostenträger vor zusätzlichen Ausgaben zu

schützen. Folgerichtig hebt der FDA die gesetzliche Vorgabe auf, dass zusätzliche Leistungen den Landesbasisfallwert absenken sollen. Im Ergebnis trifft der FDA nunmehr nur Krankenhäuser mit Leistungssteigerungen, was grundsätzlich als gerechter empfunden wird.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie die Gesetzliche und die Private Krankenversicherung (GKV, PKV) wurden beauftragt, bis zum 31. Juli 2016 nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags zu vereinbaren. Dabei ging es im ersten Schritt um einen Katalog „nicht mengenanfälliger“ Krankenhausleistungen, für die nur ein hälftiger Abschlag gilt. Der halbe FDA soll auch angewendet werden, wenn es zu Mengensteigerungen aufgrund von Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern kommt.

Katalog „nicht mengenanfälliger“ Krankenhausleistungen

Nach zahlreichen Verhandlungsrunden konnten sich die Vertragsparteien auf Bundesebene am 23. September 2016 auf eine Umsetzung des FDA einigen. Auch wenn grundsätzlich eine Verständigung erzielt werden konnte, gestalteten sich die Verhandlungen angesichts der unterschiedlichen Interessenlagen doch ausgesprochen konfliktreich, wobei der größte Streitpunkt der Umfang des Katalogs „nicht mengenanfälliger“ Krankenhausleistungen war, der aus Sicht der Krankenhäuser von den Krankenkassen zu restriktiv gefasst wurde. Im Ergebnis wurde

ein tragfähiger Kompromiss gefunden, der insbesondere keine unzulässigen Umkehrschlüsse auf die Leistungen zulässt, die im ersten Schritt nicht in den Katalog aufgenommen wurden. In den Folgejahren soll der Katalog zudem regelmäßig überprüft werden.

Ein weiterer Regelungsinhalt der Vereinbarung war die Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses. Dies ist für die Frage von Bedeutung, ob Leistungen aufgrund einer Verlagerung zwischen Krankenhäusern zuzugerechnet werden und somit der hälftige FDA zur Anwendung kommt. Nach der Gesetzesbegründung ist das Einzugsgebiet eines Krankenhauses als das Gebiet zu definieren, aus dem der ganz überwiegende Anteil der Patienten eines Krankenhauses kommt. Im Ergebnis verständigten sich die Vertragsparteien darauf, den „ganz überwiegenden Anteil der Patienten“ auf mehr als 70 % festzulegen.

Die Vertragsparteien auf Landesebene (HKG, Landesverbände der Krankenkassen, PKV-Landesausschuss) hatten den Auftrag, bis zum 30. September 2016 erstmals die landesweit geltende Höhe des FDA zu vereinbaren. Die Verhandlung fand am 28. September statt und führte erwartungsgemäß zu keiner Einigung. Die Vorstellungen beider Seiten lagen erheblich auseinander, was im Übrigen auf alle Bundesländer zutraf. Während die Kostenträger in Hamburg „nur“ einen Abschlag in Höhe von 65 % forderten, waren es in anderen Ländern über 90 %. Dies hätte Leistungen gewis-

Gerade in neuralgischen Punkten der gesundheitspolitischen Diskussion wie etwa bei der Krankenhausplanung ist es existenziell wichtig, dass die Hamburger Krankenhäuser mit einer Stimme sprechen. Sie haben mit der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft ein Sprachrohr, das ihre Interessen engagiert vertritt und einen unverzichtbaren Gegenpart zu den Akteuren der Politik und der Kostenträger bildet.



Michael Schmitt, Geschäftsführender Direktor des Asklepios Westklinikums

sermaßen zum Nulltarif bedeutet. Die HKG hatte einen FDA in Höhe von 17 % kalkuliert und leitete daraufhin das Schiedsverfahren ein.

Dadurch, dass der Gesetzgeber jedoch zwischenzeitlich den FDA im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) festsetzte, konnte der Termin aufgehoben und das Verfahren zunächst ruhend gestellt werden. So wurde die Höhe des FDA in den Einführungsjahren 2017 und 2018 nunmehr per Gesetz bundeseinheitlich auf 35 % festgelegt. Den Vertragsparteien auf Landesebene bleiben für diese Jahre Verhandlungen sowie Schieds- und Gerichtsverfahren erspart. Erst für das Jahr 2019 soll die Höhe des FDA wieder durch die Vertragsparteien auf Landesebene vereinbart werden.

Landesbasisfallwert

Beim Landesbasisfallwert wurde die untere Grenze des Korridors zum einheitlichen Basisfallwert von –1,25 % auf –1,02 % angehoben. Die Landesbasisfallwerte, die sich unterhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors bewegen, sind ab dem Jahr 2016 an den unteren Grenzwert anzugleichen. Von dieser Anhebung

profitierten die Krankenhäuser in Hamburg zwar, jedoch führte sie auch zu einem Schiedsverfahren über den Landesbasisfallwert 2016. Die Schiedsstelle folgte der Rechtsauffassung der HKG und setzte den Landesbasisfallwert 2016 in Höhe des unteren Korridorwerts fest. Diese Entscheidung wurde von der zuständigen Behörde genehmigt, von den Kostenträgern allerdings sofort wieder beklagt.

Tarifrate

Ab dem Jahr 2016 werden gemäß KHSG steigende Personalkosten infolge von Tarifabschlüssen zumindest zur Hälfte refinanziert. Dazu müssen die Vertragsparteien noch grundsätzliche Vereinbarungen treffen, z.B. bezüglich der Tarifraten, der Erhöhungsraten und der Anrechnung auf den Landesbasisfallwert. Eine Tarifraten für 2016 kam nach den neuen Regelungen allerdings noch nicht zustande; für 2017 steht dies noch nicht fest.

Versorgungs- und Pflegezuschlag

Der Pflegezuschlag löst ab dem Jahr 2017 den bisherigen Versorgungszuschlag ab. Dieser ist für alle Patienten, die ab dem 1. Januar 2017 vollstationär behandelt werden, abzurechnen. Bisheriges Ergebnis der gesetzlichen Neuregelung ist somit,

MÄRZ

3

HIGHLIGHTS AUS DEM HKG-KALENDER



Soziale Konflikte am Arbeitsplatz nehmen zu und machen einen wesentlichen Teil der psychischen Belastungen von Beschäftigten aus. Dies hat sowohl negative Auswirkungen auf die Gesundheit als auch auf die Betriebskultur. In dem Seminar „Konfliktberatung in Organisationen“ der HKG Health Services beriet Rechtsanwältin, Diplom-Sozialwirtin und Mediatorin Silke Martini im Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg Führungskräfte aus Mitgliedskrankenhäusern über Möglichkeiten der Konfliktbearbeitung und -prävention.

dass der Versorgungszuschlag zum Ausgleich der doppelten Degression zum 1. Januar 2017 zwar wegfällt, aber kein Pflegezuschlag abgerechnet werden kann, weil es noch keine Vereinbarungen mit den Kostenträgern gibt. Fazit: Gut gedacht, aber schlecht gemacht.

Pflegeförderprogramm

Das mit dem KSHG beschlossene Pflegeförderprogramm beinhaltet, dass zusätzliche Personalkosten, die auf bettenführenden Stationen bei der Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal oder bei der Aufstockung von Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung entstehen, zu 90 % finanziell gefördert werden. Die Förderung beträgt für die Jahre 2016 bis 2018 bis zu 0,15 % der

Gesamterlöse des Krankenhauses. Das Programm wird bisher jedoch unterschiedlich in Anspruch genommen. Möglicherweise liegt dies am Fachkräftemangel, an bürokratischen Anforderungen oder auch an den Nachweiskosten.

Hygieneförderprogramm

Durch das KHSG wird das Hygieneförderprogramm bis zum Jahr 2019 verlängert. Weiterhin ist die Förderung bestimmter hygienebezogener Weiterbildungen auch über das Jahr 2019 hinaus möglich, wenn diese spätestens in jenem Jahr beginnen. Dies betrifft die Weiterbildungen zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie zum Krankenhaushygieniker. Darüber hinaus werden

zusätzliche Fördermittel für Weiterbildungen im Bereich der Infektiologie bereitgestellt. Die Einstellung von zusätzlichen hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten einschließlich entsprechender Fort- oder Weiterbildungsmaßnahmen wird dagegen nicht weiter gefördert. Insgesamt ist die Verlängerung des Förderprogramms positiv zu beurteilen; allerdings werden die Verhandlungen durch die Kostenträger restriktiv geführt, sodass bereits aufwendige Schiedsverfahren durchgeführt werden mussten.

Zentrums-Zuschläge

Nach bisherigem Recht wurden für sechs Hamburger Krankenhäuser für folgende Bereiche Zentrums-Zuschläge vereinbart: Herzzentrum, Tumorzentrum, Traumazentrum, Kinderonkologie, Überregionale Stroke Unit, Transplantationszentrum, Überregionales Traumazentrum, Onkologisches Zentrum. Überwiegend kam es dafür zu Schiedsverfahren. Die Vertragsparteien auf Bundesebene wurden beauftragt, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten zu konkretisieren. Diese können sich insbesondere daraus ergeben, dass ein Zentrum überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgaben wahrnimmt oder besondere Strukturen und Kompetenzen vorhält. Auch außergewöhnliche technische und personelle Voraussetzungen können es notwendig machen, dass die Versorgung an einzelnen Standorten konzentriert wird.

Der Verhandlungsprozess war von einem wesentlichen Dissens geprägt: Dem GKV-Spitzenverband ging es in der Vereinbarung nicht nur darum, die besonderen Aufgaben zu konkretisieren, sondern vielmehr auch Voraussetzungen zu definieren, die erfüllt sein müssen, damit die betreffenden Krankenhäuser diese besonderen Aufgaben überhaupt erst wahrnehmen dürfen. Aus Sicht der DKG war diese Auffassung jedoch nicht vom gesetzgeberischen Auftrag an die Vertragsparteien abgedeckt. Die Verhandlungen scheiterten. Da sich die Vertragsparteien auf der Bundesebene nicht einigen konnten, entschied die Bundesschiedsstelle. Sie schloss sich der Rechtsauffassung der DKG an und lehnte eine Definition entsprechender Voraussetzungen ab.

Für die Landesebene gilt, dass die besonderen Aufgaben von Zentren im Krankenhausplan des Landes ausgewiesen sein müssen. Im Einzelfall ist es auch möglich, dass die zuständige Landesbehörde sie für ein Krankenhaus festlegt. Gemäß der Neuregelung wirken sich Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren nicht mehr absenkend auf den Landesbasisfallwert aus. Auf Landesebene haben die Beratungen über die Umsetzung der Zentrumsregelungen im Februar 2017 begonnen. Auf der Krankenhaus-Ebene vereinbaren die Vertragsparteien wie bisher die Zuschläge für besondere Aufgaben von Krankenhäusern.

Sicherstellungszuschlag

Das KHSG sieht vor, dass künftig der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Kriterien zur Vergabe der Sicherstellungszuschläge festlegt. Somit hatte der G-BA erstmals bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben zu beschließen, wie Sicherstellungszuschläge für somatische sowie für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vereinbart werden sollen. In Hamburg dürfte der Sicherstellungszuschlag allerdings keine Bedeutung haben.

Mehrkosten durch G-BA-Richtlinien

Im KHSG sind „befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ge-

setzlich verankert. Der G-BA kann in seinen Richtlinien die Vereinbarung von Zuschlägen für Krankenhäuser, die die zusätzlichen Anforderungen des G-BA nicht erfüllen, zeitlich und inhaltlich einschränken. Auf der Krankenhaus-Ebene können die Vertragsparteien, unter Berücksichtigung der Vorgaben der Bundesebene, befristete krankenhausesindividuelle Zuschläge vereinbaren. Zuschlagsfähig sind demnach Mehrkosten, die aufgrund der Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität in den Richtlinien zur Qualitätssicherung entstehen. Die Zuschlagsregelung betrifft somit ausschließlich die Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung und die dort geregelten Mindestanforderungen. Die Vertragsparteien

APRIL

19

HIGHLIGHTS AUS DEM HKG-KALENDER



Zwei Mal, am 19. April und am 3. November, treffen sich im Jahr 2016 die Beschwerdebeauftragten der Hamburger Krankenhäuser zum Meinungs- und Erfahrungsaustausch. Bei der Veranstaltung im April hält Frank Liedtke, Landesgeschäftsführer der Barmer Ersatzkasse (BARMER), einen Vortrag über das Beschwerdemanagement seines Unternehmens.

MAI

10

HIGHLIGHTS AUS DEM HKG-KALENDER



Auf der Vorstandssitzung der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft verabschiedet Geschäftsführerin Dr. Claudia Brase den zweiten Vorstandsvorsitzenden Dr. Christoph Mahnke, der die Asklepios Kliniken Hamburg verlässt, und dankt ihm für seinen verdienstvollen langjährigen Einsatz für die HKG. Die Mitgliederversammlung wählt am 2. Juni Joachim Gemmel, Geschäftsführer der Asklepios Kliniken Hamburg, zu seinem Nachfolger.



Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft steht für einen qualitätsorientierten Wettbewerb um die besten Ergebnisse in der Versorgung der Patientinnen und Patienten aus der Region Hamburg. Sie führt die Diskussionen mit allen Beteiligten transparent und konsequent und vertritt damit wirkungsvoll die Krankenhäuser Hamburgs.

Dr. Klaus Schmolling, Geschäftsführender Direktor der Asklepios Klinik St. Georg

auf der Bundesebene haben den Auftrag, insbesondere die Dauer der befristeten Zuschläge zu vereinbaren. Auf der Landesebene führen befristete Zuschläge nicht zu einer Absenkung der Landesbasisfallwerte. Die erste Bundesvereinbarung über die Zuschlagsregelung wurde zwischenzeitlich abgeschlossen; auf der Krankensebene dürfte eine Vereinbarung allerdings nur im Dissens möglich sein, da eine Reihe von Abgrenzungsfragen zu klären ist. Nach wie vor bleibt dieser beträchtliche Kosten verursachende Bereich praktisch ohne Finanzierung.

Notfallzuschläge

Die Finanzierung der Notfallbehandlung im Krankenhaus ist seit Langem unbefriedigend. Dies gilt für den stationären wie für den ambulanten Bereich. Künftig soll ein gestuftes System aus Zu- und Abschlägen Abhilfe schaffen, das der G-BA bis zum 31. Dezember 2016 zu beschließen hatte. Auf dieser Grundlage sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge vereinbaren. Kommt es zu keiner Einigung, entscheidet die Bundesschiedsstelle, die auch vom Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden kann. Die Zeitplanung wird sich allerdings weiter verzögern.

Die Beratungen im G-BA über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern waren bisher von zahlreichen Konflikten geprägt. Der GKV-Spitzenverband legte einen Vorschlag vor, der erhebliche negative Auswirkungen auf die Anzahl der Krankenhäuser mit Notfallversorgung gehabt hätte. Der Gesetzgeber hat zudem mit dem PsychVVG die Frist für den G-BA um ein Jahr verlängert, das Notfallstufenkonzept zu beschließen. So ist also auch hier nicht mit einer baldigen Verbesserung der Finanzierungssituation zu rechnen.

Ambulante Notfallvergütung

Die ambulante Notfallvergütung ist seit Jahren nicht kostendeckend. Nach einer von der DKG beauftragten Studie ergeben sich durchschnittliche Kosten für ambulante Notfallpatienten von 126 Euro je Fall. Die Erlöse liegen bei nur ca. 35 Euro. Durch das KHSG wird die ambulante Notfallbehandlung sowohl in struktureller als auch in finanzieller Hinsicht angepasst. Zu den strukturellen Merkmalen zählt eine konkretisierte Kooperationsverpflichtung. Um den ärztlichen Notdienst sicherzustellen, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen Notfallpraxen einrichten, die direkt in oder an Krankenhäusern angesiedelt sind. Außerdem können auch Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den

kassenärztlichen Notdienst eingebunden werden.

Zu den finanziellen Anpassungen gehören unmittelbar finanzwirksame Regelungen sowie veränderte Vergütungsstrukturen. Unmittelbar finanzwirksam ist, dass der Investitionskostenabschlag für Krankenhäuser, die ambulante Leistungen erbringen, ersatzlos wegfällt. Parallel dazu ist vorgesehen, dass Leistungen für die Notfall- bzw. Notdienstversorgung künftig aus einem eigenen Honorarvolumen vergütet werden. Damit soll auf der Ebene der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen zeitnah eine angemessene und rechtskonforme Vergütung umgesetzt werden, die unmittelbar den Krankenhäusern zu Gute kommt.

Der zuständige Bewertungsausschuss, an dem zusätzlich auch die DKG beteiligt war, hatte den Auftrag, bis Ende 2016 die Regelungen für die Notfall- und Notdienstversorgung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren. Das Ergebnis dieser Verhandlungen ist allerdings, dass sich die Vergütung für die Betreuung von bundesweit Millionen Patienten verschlechtert. So wurde eine Abklärungspauschale neu eingeführt – eine Gebührenposition für Fälle, bei denen keine sofortige medizinische Notfallmaßnahme erforderlich ist, sondern die von einem Vertragsarzt während der gängigen Sprechstundenzeiten versorgt werden können. Diese Pauschale ist so berechnet, dass der behandelnde Arzt in der

Notaufnahme nur zwei Minuten Zeit hat, den Fall abzuklären. Diese höchst unrealistische Kalkulation stößt auf größten Widerstand der Krankenhäuser. Eine grundlegende Reform der Notfallversorgung und ihrer Vergütung ist daher weiterhin überfällig.

DRG-Sachkostenumverteilung

Nach dem KHSG müssen bei Fallpauschalen die Sachkostenanteile korrigiert werden, wenn sich daraus mögliche Fehlanreize ergeben, z.B. weil Kosten systematisch übervergütet werden. Dazu sollen die Sachkostenanteile aller voll- und teilstationären Leistungen jährlich daraufhin analysiert werden, ob unsachgerechte Kostenvorteile entstehen, wenn Sachkosten sinken und Landesbasisfallwerte steigen. Solche Kostenvorteile sollen durch eine Korrektur der Bewertungsrelationen vermieden werden. Das dabei reduzierte Casemix-Volumen soll aufkommensneutral im Gesamtsystem umverteilt werden, um damit personalintensive Leistungen höher zu bewerten. Dem Krankenhausbereich sollen keine Mittel entzogen werden.

Diese Regelung und das Konzept des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wurde von der HKG auch gegenüber der Senatorin kritisiert. Wann Sachkosten im Sinne des Gesetzes bzw. der Gesetzesbegründung systematisch übervergütet werden und ob davon überhaupt Fehlanreize ausgehen, wird in diesem Konzept nicht analysiert. Dieser gesetzgeberische Eingriff in die Ent-

wicklung des DRG-Katalogs und das InEK-Konzept werden mit Besorgnis gesehen, da sie zu einer deutlichen Umverteilung zwischen einzelnen Leistungen führen. So sollten DRG (einschließlich Personalkosten) nach diesem Konzept ab einem Sachkostenanteil von rund 18 % abgewertet werden. Im Ergebnis wurde die Umverteilung auf zwei Jahre verteilt, so dass nicht der volle Effekt bereits 2017 wirksam wird.

Dennoch hat dies auf die Hamburger Krankenhäuser negative Auswirkungen. Am stärksten betroffen sind die Bereiche Kardiologie/Herzchirurgie, Beatmungen, Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems sowie Knochenmark-/Stammzelltransplantationen. Bezogen auf die Hambur-

ger Leistungsstruktur, kommt es hier im Saldo zu Erlösminderungen von mindestens 5 Millionen Euro, die aus Hamburg abfließen. Von diesem Eingriff in die DRG-Kalkulation sind negative Auswirkungen insbesondere für technisch hochwertige und innovative Leistungen zu erwarten, wie sie die hochspezialisierten und innovativen Krankenhäuser der Metropolregion Hamburg erbringen.

Bewertungsrelationen bei „mengenanfälligen“ Leistungen

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben vereinbart, dass Leistungen abgesenkt oder abgestuft werden, wenn es Anhaltspunkte für eine wirtschaftlich begründete Steigerung der Fallzahlen gibt. Bereits zur Einführung des

HIGHLIGHTS AUS DEM HKG-KALENDER

MAI

18



HKG-Geschäftsführerin Dr. Claudia Brase vertritt als Podiumsgast die Position der Hamburger Krankenhäuser auf einer Informationsveranstaltung des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) zu den Folgen des Pflegeberufegesetzes. Außerdem auf dem Podium: Uwe Clasen, Leiter der bpa-Landesgeschäftsstelle Hamburg, und MdB Dr. Edgar Franke (SPD), Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag.

pauschalierenden Vergütungssystem war eine Regelung vorgesehen, die den Vertragsparteien auf der Bundesebene die Möglichkeit gab, die Relativgewichte der betreffenden Leistungen zu mindern; allerdings hatten sie bislang davon keinen Gebrauch gemacht. Mit dem KHSG wurden die Vertragsparteien nun verpflichtet, die Bewertung solcher Leistungen gezielt abzusenken oder abzustufen.

Da nach mehreren Verhandlungsrunden der Selbstverwaltung kein Konsens erzielt werden konnte, leitete die Bundesschiedsstelle das Verfahren von Amts wegen ein. Im Rahmen der Schiedsstellenverhandlung wurden zwei Leistungsbereiche (acht Fallpauschalen), nämlich „Behand-

lungen im Wirbelsäulenbereich“ und „Operationen des Hüftgelenks“, festgelegt. Aus Landes- und Krankenhaussicht werden sich hier nachteilige Auswirkungen zeigen, je nach Zusammensetzung des Leistungsspektrums. Es steht zu befürchten, dass insbesondere Krankenhäuser in den Metropolen davon betroffen sein werden, da diese Leistungsbe- reiche hier insgesamt einen großen Anteil haben. Im Gegenzug sind diese Leistungen allerdings vom FDA befreit.

Palliativmedizin

Bei der Palliativmedizin werden die Voraussetzungen, unter denen Palliativstationen oder -einheiten aus dem Vergütungssystem herausgenommen werden können, im KHSG neu geregelt. Demnach können zukünftig

Palliativstationen, die die räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllen, als „besondere Einrichtungen“ zeitlich befristet separat vergütet werden; außerdem wird die Kalkulation eines Zusatzentgelts ermöglicht. Diese Regelungen wurden bereits mit der Vereinbarung für Besondere Einrichtungen 2016 (VBE 2016) aufgegriffen und umgesetzt.

Repräsentativität der DRG-Kalkulation

Im KHSG wurden die Vertragsparteien auf Bundesebene aufgefordert, bis zum 31. Dezember 2016 ein Konzept zu vereinbaren, mit dem die Kalkulation der DRG-Bewertungsrelationen repräsentativer wird. Eine Vereinbarung dazu wurde im September 2016 geschlossen. Danach soll eine begrenzte Anzahl von Krankenhäusern neu in die Kalkulationsstichprobe aufgenommen und so die Repräsentativität in vielen Leistungsbereichen deutlich erhöht werden. Die Stichprobe wurde unter notarieller Aufsicht am 31. Oktober 2016 im InEK gezogen und die Vorgabe des Gesetzgebers damit termingerecht umgesetzt.

Qualitätskriterien und Qualitätszu- und abschläge

Die Qualitätsverbesserung der Versorgung – das zentrale Thema des KHSG – erforderte methodische Vorarbeiten im Hinblick auf planungsrelevante Qualitätsindikatoren sowie auf Zu- und Abschläge für gute oder schlechte Qualität. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) legte jedoch im Jahresver-

lauf ein Konzept für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vor, das auf den Indikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung fußt. Der G-BA fasste zum Jahresende den ersten Beschluss zur Einführung dieser Indikatoren in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Damit ist dieser erste Schritt in die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nahe an dem Vorschlag, den die HKG bereits 2013 als Impuls in diese Richtung unterbreitet hatte. Auf der Bundesebene wurden erste konzeptionelle Schritte für die Entwicklung von Zu- und Abschlägen für gute bzw. schlechte Qualität vorbereitet. Hier sind greifbare Ergebnisse jedoch erst in den Jahren 2017 und 2018 zu erwarten.

Bürokratie nimmt weiter zu

In der Gesamtsicht des Jahres 2016 lässt sich feststellen, dass die Umsetzung des KHSG die Selbstverwaltung in erheblichem Maße in Anspruch genommen hat. Die im Zuge des Gesetzes zu schließenden Vereinbarungen führen zu weiteren Regulierungen und vergrößern das Ausmaß der zu beachtenden Vorschriften. Statt Bürokratieabbau findet ein weiterer Aufbau statt, der in den Krankenhäusern zusätzliche Kosten verursacht.

Ob diese Regulierungswut, an der auch der G-BA maßgeblichen Anteil hat, am Ende wirklich zu einer verbesserten Qualität der Behandlung führen wird, darf bezweifelt werden. Der Glaube, durch verordnete Eingriffe in den Krankenhausbetrieb alles verbessern zu können, auch wenn die dafür notwendigen

Die neue rechtliche Definition von Zentren durch das Krankenhausstrukturgesetz hat Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft setzt sich dafür ein, dass eine Struktur von Zentren in Hamburger Krankenhäusern anerkannt wird, die der Metropolfunktion Hamburgs gerecht wird.

Tobias Schwarz, Geschäftsführer des Albertinen-Krankenhauses



Ressourcen nicht vorhanden sind, bleibt an der Oberfläche und stellt keine Problemlösung dar.

Investitionsförderung weiter ungelöst

Die grundlegenden Probleme werden nicht angegangen. So ist die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen seit Jahren nicht ausreichend. Dies gilt für Hamburg wie für alle anderen Bundesländer: Investitionsfinanzierung wird nicht nach Notwendigkeit, sondern nach Kassenlage gemacht. Auch wenn durch Rankings versucht wird, die Spitzenstellung Hamburgs herauszustellen, wird die notwendige Investitionsquote von 8 % nicht annähernd erreicht. Hamburgs Krankenhäuser brauchen ein jährliches Fördermittelvolumen von 175 Mio. Euro. Dann könnten die Eigenbeteiligungsquoten der Träger von bis zu 50 % abgebaut werden. Hierzu ist bislang kein Lösungsansatz erkennbar.

Methodischer Sündenfall

Kritisch zu sehen sind auch die Eingriffe in die Entgeltkataloge. Dies ist der methodische Sündenfall – es steht zu befürchten, dass weitere folgen werden. Die auf der Basis fester Regeln und Kalkulationsdaten der Krankenhäuser ermittelten Preisrelationen für die einzelnen

Leistungen werden durch Eingriffe in die politisch gewünschte Richtung geändert. Gerade für Hamburg wirkt sich dies negativ aus.

Die Aufhebung der doppelten Degression haben die Krankenhäuser seit Längerem gefordert und jetzt endlich erhalten. Ob die Nachfolgeregelungen Leistungssteigerungen, wie sie gerade in Metropolen anzutreffen sind, wieder zunichtemachen, muss die Krankenhausrealität zeigen. Für die Zuschlagsregelungen gilt, dass sie an Voraussetzungen geknüpft sind – der Versorgungszuschlag ist dagegen bereits zum Jahresanfang 2017 entfallen.

Aufwand in keinem Verhältnis zum Nutzen

Das KHSG verursacht Streit und viel Bürokratie bei der Abarbeitung der zahlreichen detaillierten Regelungen, die in keinem Verhältnis zum Nutzen für die Krankenhäuser stehen. Vielfach kommt das den Krankenhäusern ordnungspolitisch zugedachte Geld in der Realität gar nicht an. Grundlegende Probleme bleiben weiterhin ungelöst.

JULI

14

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



Dr. Thomas Wolfram, Konzerngeschäftsführer der Asklepios Kliniken (Mitte), und Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks (rechts), legen den Grundstein zum Haus 8b der Asklepios Klinik Harburg. In dem achtgeschossigen Gebäude werden künftig unter anderem die Lungenabteilung, die Geburtshilfe und die Gefäßchirurgie untergebracht sein. Der Neubau soll 2019 in Betrieb genommen werden.

ABKEHR VON EINER LEISTUNGSORIENTIERTEN VERGÜTUNG

DAS PSYCH-VVG BRINGT EIN BUDGETSYSTEM MIT WIRTSCHAFTLICHEN RISIKEN UND ZWÄNGEN DURCH PERSONALVORGABEN

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych-VVG), das im November 2016 vom Bundestag verabschiedet wurde und zum 1. Januar 2017 in Kraft trat, ist der seit 2009 verfolgte Weg zu einem leistungsorientierten Preissystem für psychiatrische Krankenhäuser verlassen worden. Das neue Gesetz droht, die Krankenhäuser in ein enges Korsett zu zwängen, sie unter starken wirtschaftlichen Druck zu setzen und ihre Autonomie und Flexibilität deutlich zu beschneiden. Dies stößt auf Kritik – insbesondere da es sich bei psychiatrischen Erkrankungen um einen dynamisch anwachsenden Bereich handelt.

Psychiatrische Erkrankungen sind in Schwere und Verlauf individuell sehr unterschiedlich. Dieser Herausforderung hatte das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nicht gerecht werden können. Anders als in der Somatik war es nach Meinung vieler Experten nicht gelungen, die Vielfalt und den tatsächlichen

Aufwand der Behandlungen in den PEPP-Entgelten sachgerecht abzubilden. Diese Sichtweise hat sich in der jahrelangen Diskussion um eine Neuordnung des Vergütungssystems in der Psychiatrie und Psychosomatik und im anschließenden Gesetzgebungsverfahren letztendlich durchsetzen können.

Die Hamburger Krankenhäuser bedauern dies allerdings vom Grundsatz her – denn das neue System stellt eine grundlegende Abkehr vom Leistungsbezug dar. Schlimmer noch, es legt die Grundlagen für zusätzliche wirtschaftliche Risiken und macht starre Vorgaben, die unterschiedlichen Behandlungskonzepten, Qualifikations-Mixes und Patientengruppen nicht gerecht werden. Die Kosten der Kliniken sollen zwar in krankenhausspezifische Budgets einfließen – theoretisch könnten also regionale und strukturelle Besonderheiten berücksichtigt werden –, faktisch sehen die betroffenen Hamburger Krankenhäuser hier aber ein Einfallstor für neue Konzepte der Krankenkassen, die Budgets nach unten zu korrigieren. Anders als in der Somatik bleiben die Budgets grundsätzlich durch die Veränderungsrate gedeckelt und können nur unter bestimmten Voraussetzungen überschritten werden.

Der in diesem Zusammenhang vom Gesetz vorgesehene Krankenhausvergleich stellt in dieser Hinsicht eine große Gefahr dar. Zwar soll er nur als Orientierungshilfe zur Budgetfindung dienen. Da das Budget jedoch vereinbart werden muss, werden die Krankenkassen versuchen, diesen Vergleich als Instrument einzusetzen, um Budget-Absenkungen oder anderweitige Sanktionen zu begründen. Streit und wirtschaftlicher Druck auf die Krankenhäuser sind vorprogrammiert – und dies in einem sensiblen Bereich der Krankenhausversorgung, der bei steigenden Patientenzahlen heute schon Wartezeiten, Engpässe und Personalnot aufweist.

Hauptkritikpunkt: Personalvorgaben

Der Hauptkritikpunkt der Hamburger Krankenhäuser am PsychVVG richtet sich gegen die dort festgeschriebenen verbindlichen Personalvorgaben. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhält einen gesetzlichen Auftrag, solche Vorgaben gemäß einer leitliniengerechten Behandlung zu erarbeiten und festzulegen. Sie sollen zum 1. Januar 2020 wirksam werden. Mit diesem Auftrag manifestiert sich nun auch im PsychVVG die Absicht des Gesetzgebers, immer stärker in klinikinterne Strukturen und somit in die Autonomie der Krankenhäuser einzugreifen. Bei der Festlegung der Personalvorgaben durch den G-BA wird dringend darauf zu achten sein, dass den Krankenhäusern eine Flexibilität für den Personaleinsatz erhalten bleibt. In Zeiten zunehmenden Fachkräftemangels dürfen arbeitsmarktbedingte Personalengpässe nicht gegen die Krankenhäuser in Form von Budgetkürzungen verwendet werden.

Schon heute haben zwei Drittel aller psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken erhebliche Probleme, offene Arztstellen zu besetzen, sowie ein Drittel, ausreichend qualifizierte Pflegekräfte zu finden. Sollten strenge Personalvorgaben ohne Flexibilitätskorridore kommen, wären die Kliniken konsequenterweise gezwungen, ihre Kapazitäten zu reduzieren, um keine finanziellen Sanktionen zu riskieren. Dies würde die Versorgung psychisch kranker Menschen erheblich verschlechtern. Darüber hinaus ist auch Flexibilität

Metropolkrankenhäuser sind medizinische Leuchttürme und besitzen eine Strahlkraft weit ins Umland und darüber hinaus. Mit innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden spielen sie auch international in der ersten Liga. Deswegen ist es gut, dass die Hamburgische Krankenhausgesellschaft auch die besonderen Interessen hochspezialisierter und wachsender Hamburger Metropolkrankenhäuser immer im Blick hat.



Dr. Mathis Terrahe, Direktor für Medizin und Strukturplanung im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

hinsichtlich unterschiedlicher medizinischer Konzepte zu berücksichtigen. Gerade in der Psychiatrie mit ihren teils sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern und Zugängen zu psychisch kranken Menschen ist eine Vielfalt von therapeutischen Konzepten und Angeboten unverzichtbar. Kliniken müssen weiterhin die Freiheit haben, sich zu spezialisieren, unterschiedliche therapeutische Ansätze zu verfolgen und dafür auch

eine angemessene Personalausstattung vorhalten zu können. Eine Einheitspsychiatrie ohne die heute mögliche Differenzierung von Therapiekonzepten darf keinesfalls das Ergebnis des neuen Vergütungssystems sein und würde die Versorgung um Jahrzehnte zurückwerfen.

Zudem muss auch ab 2020 gewährleistet sein, dass die Kosten der durch die künftigen

AUG

17

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



Nach knapp zwei Jahren Bauzeit wird im Bethesda Krankenhaus Bergedorf eine auf 22 Betten erweiterte hochmoderne Intensivstation und eine neue großzügige Eingangshalle eingeweiht. Zur Eröffnung spricht unter anderem Bergedorfs Bezirksamtsleiter Arne Dornquast, der selbst im Bethesda geboren wurde.

SEPT

16

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



Die Asklepios Klinik Wandsbek eröffnet neun neue Hightech-Operationssäle und eine Neugeborenen-Intensivstation. Prof. Dr. Thomas Koeppel, Chefarzt der Gefäßchirurgie (links), Gesundheitsssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks (Mitte) und Dr. Thomas Wolfram, Konzerngeschäftsführer der Asklepios-Kliniken (rechts), besichtigen den neuen Hybrid-OP samt robotergestütztem Röntgenarm.

G-BA-Richtlinien vorgegebenen Personalausstattung vollständig refinanziert werden. Wer auf der einen Seite bestimmtes Personal fordert, muss auf der anderen Seite dafür sorgen, dass die Krankenhäuser dieses bezahlen können. Sämtliche Personalkosten einschließlich aller Tarifanpassungen müssen eins zu eins und ungedeckt in die Budgets einfließen. Diese Aspekte werden mit dem verabschiedeten Gesetz zwar besser als im ursprünglichen Gesetzentwurf, aber immer noch nicht ausreichend berücksichtigt. Hier muss in der nächsten Legislaturperiode nachgebessert werden.

Psychische Erkrankungen verzeichnen in den letzten Jahren erhebliche Zuwächse bei den Fallzahlen von

Krankenhäusern. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen; daher ist auch in Zukunft von einem steigenden Behandlungsbedarf aufgrund psychischer Erkrankungen auszugehen. Der ursprüngliche Referentenentwurf sah vor, das damit verbundene Morbiditätsrisiko vollständig den Krankenhäusern aufzubürden. In den letzten Änderungen am Entwurf setzte sich, dank der Intervention der DKG, die Einsicht durch, dass die Kliniken auch künftig den steigenden Behandlungsbedarf durch mehr und auch durch schwerere Fälle geltend machen können und die Ausgaben dafür nicht gedeckt werden. Ohne diese Korrektur wäre eine deutliche Verschlechterung bei der Finanzierung des zusätzlichen Leistungsbedarfs gegenüber dem bisherigen Recht eingetreten.

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich die geplante Stärkung einer sektorenübergreifenden Versorgung durch die Einführung einer stations-äquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Somit können psychiatrische Kliniken künftig das so genannte „Home Treatment“ durch multiprofessionelle Behandlungsteams anbieten. Dies muss jedoch ein zusätzliches, freiwilliges und ergänzendes Angebot sein und darf nicht stationäre Behandlungen ersetzen. Zudem ist Home Treatment deutlich aufwendiger, da das Personal längere Zeit pro Patient benötigt wird als im stationären Umfeld. Dieses Mehr an Personal und die Fahrzeiten stellen die Umsetzung gerade außerhalb von Städten vor erhebliche Herausforderungen, sofern es hier keine zusätzliche und kostendeckende Vergütung geben wird. Grundsätzlich begrüßen auch die Hamburger Krankenhäuser Home Treatment, da in Modellprojekten bereits positive Erfahrungen gemacht wurden. Die Versorgung von psychisch kranken Menschen kann dadurch flexibler gestaltet werden.

Mit der Verschiebung der Einführungsphasen um ein Jahr hat der Gesetzgeber eine elementare Forderung der Krankenhäuser aufgegriffen. Aufgrund der grundsätzlichen Neuausrichtung des Systems und der damit verbundenen zusätzlichen Aufgaben ist diese zeitliche Entzerrung dringend erforderlich. Dies betrifft zum Beispiel die erforderliche Anpassung des Entgeltkatalogs ebenso wie die Entwicklung des geplanten Krankenhausvergleichs einschließlich der hierfür erforderlichen Datenübermittlungen.

SEPT

27

HIGHLIGHTS AUS DEM HKG-KALENDER



Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Fa. gematik berichten in der Asklepios Klinik St. Georg auf einer Informationsveranstaltung der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft über den aktuellen Stand und die Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte. Unter anderem informiert Jens Grot, Bereich Technik der Fa. gematik, über Komponenten und Prozesse der Telematikinfrastruktur für Krankenhäuser.

ZIEL: EIN FAIRES VERFAHREN AUF FREIWILLIGER BASIS

HAMBURGER KRANKENHÄUSER STELLEN SICH DEN STRUKTURPRÜFUNGEN DES MDK

Die Krankenkassen haben im Jahr 2016 begonnen, in Hamburger Krankenhäusern flächendeckend Strukturprüfungen durchzuführen. Geprüft wird dabei, ob die Häuser festgelegte Mindestmerkmale bei der Durchführung medizinischer Maßnahmen wie Behandlungen und Operationen eingehalten haben. Diese Merkmale betreffen beispielsweise die Besetzung mit Fachpersonal, die apparative Ausstattung oder die Verfügbarkeit von bestimmten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen vor Ort im Klinikum. In Hamburg wurden bislang hauptsächlich die Strukturvorgaben für komplexe intensivmedizinische Behandlungen (OPS 8-980 für einfache und OPS 8-98f für aufwendige Basisprozeduren) geprüft.

Grundlage für die Prüfungen ist der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Operationen, Prozeduren und allgemeinen medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gibt den Operationen- und Prozedurenschlüssel im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit heraus. Der OPS dient zum Kodieren von medizinischen Maßnahmen, die das Krankenhaus erbracht hat, und letztendlich zur Abrechnung der Fallpauschalen. Er ist somit relevant für die Erlöse des Krankenhauses. Bei Strukturprüfungen, die den OPS betreffen, geht es daher im Grunde um die Überprüfung der Abrechnungsvoraussetzungen.

Der OPS ist deutlich zu unterscheiden von den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der G-BA beschließt für verschiedene medizinische Behandlungsgebiete Richtlinien zur Qualitätssicherung. Hier sind vom Sozialgesetzbuch SGB V Kontrollen

vorgesehen, ob die Krankenhäuser diese Qualitätsrichtlinien einhalten. Strukturprüfungen hinsichtlich des OPS hingegen haben keine gesetzliche Grundlage und können daher nicht eingefordert werden. Dennoch erklärten sich die Hamburger Krankenhäuser auf freiwilliger Basis bereit, sich prüfen zu lassen. Wie in anderen Bundesländern be-

auftragten die Krankenkassen ihren Medizinischen Dienst (MDK) mit der Durchführung.

Einheitliche Rahmenbedingungen für Strukturprüfungen

Da keine gesetzlichen Regelungen für solche Strukturprüfungen bestehen, nahm die HKG Gespräche mit den Krankenkassen auf, um Einigkeit über die Rahmenbedingungen zu erzielen. Die Erfahrungen in anderen Bundesländern hatten gezeigt, dass ein unregelmäßiges Prüfverfahren zu erheblichen Problemen führt. So war es beispielsweise in den meisten Bundesländern nicht möglich, dass die Krankenhäuser Einsicht in die Gutachten des MDK nehmen konnten. Auch konnten sie nicht Stellung nehmen und gegebenenfalls durch ergänzende

OKT

5

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



Die LungenClinic Großhansdorf eröffnet eine interdisziplinäre Palliativstation mit zehn Betten. Die Station ermöglicht eine ganzheitliche Rund-um-die-Uhr-Versorgung schwer erkrankter Patienten durch ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Pflegekräften, Physio-, Atem- und Psychotherapeuten, Seelsorgern sowie Sozialarbeitern.



Jedes Krankenhaus braucht unternehmerische Freiheit und Flexibilität, um unter den restriktiven finanziellen Rahmenbedingungen erfolgreich und wirtschaftlich bestehen zu können. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft setzt sich dafür ein, dass den ständigen Versuchen von Politik und Krankenkassen, diese Freiheit immer weiter zu beschneiden, Grenzen gesetzt werden.

Jörn Wessel, Geschäftsführer des Agaplesion Diakonieklinikums Hamburg

Informationen belegen, dass sie die geforderten Strukturmerkmale doch eingehalten hatten. Zudem setzten die Krankenkassen die Prüfungsergebnisse uneinheitlich und oft ohne Ankündigung um, was ebenfalls auf Kritik stieß. Um diese Probleme in Hamburg zu vermeiden, sollten einheitliche Rahmenbedingungen für die Strukturprüfungen vereinbart werden, über die nach mehreren Gesprächsrunden auch Einvernehmen erzielt werden konnte. Ein wesentliches Element dieser Rahmenbedingungen ist das Auftaktgespräch, in dem die Einzelheiten der Prüfung wie Ablauf, Inhalt und Umfang zwischen Krankenhaus und Krankenkassen geklärt werden. Die Prüfung hat sich auf die konkreten Vorgaben des OPS zu beziehen; geforderte Nachweise dürfen keinen unangemessen hohen Aufwand für das Krankenhaus verursachen. Weiterhin wurde festgelegt, dass das Krankenhaus das Gutachten des MDK unverzüglich nach der Fertigstellung erhält und innerhalb von vier Wochen dazu Stellung nehmen kann. Weitere Unterlagen und Nach-

weise können bis eine Woche vor dem Abschlussgespräch eingereicht werden. In diesem Gespräch werden die Ergebnisse der Prüfung und die weitere Vorgehensweise diskutiert. Bis dahin leiten die Krankenkassen keine Umsetzungsmaßnahmen wie Zurückweisungen von Rechnungen ein.

Stichprobenhafter Einblick während drei Monaten

Aus Krankenhäusern, die bereits eine Strukturprüfung des OPS 8-98f hatten, wurde berichtet, dass die Festlegung eines Zeitraums für die Überprüfung der personellen Voraussetzungen schwierig war. In vielen Fällen konnten sich die Beteiligten aber auf einen Zeitraum von drei Monaten und einen stichprobenhaften Einblick in die entsprechenden Unterlagen einigen. Allerdings ist bislang noch offen, welche Auswirkungen die unterschiedlichen Prüfungsmodalitäten haben und ob diese das Ergebnis der Strukturprüfungen beeinflussen können.

Eine wesentliche Schwierigkeit liegt in der Auslegung einzelner Mindestmerkmale. So ist es nach wie vor ungeklärt, was genau unter der Vorgabe „im eigenen Klinikum“ zu verstehen ist. Radiologische Diagnostik mittels Computer- oder Magnetresonanz-Tomographie wird heutzutage in vielen Kliniken zumindest zeitweise durch Teleradiologie sichergestellt, etwa in den Nachtstunden. Hierbei wird die Untersuchung des Patienten im Krankenhaus durchgeführt, lediglich die Befundung durch den Radiologen erfolgt per Datenübertragung außerhalb des Krankenhauses. In der Labormedizin ist ebenfalls eine digitale Befundübermittlung üblich.

Aufgrund der Erfahrungen mit den Strukturprüfungen hat sich die Hamburgische Krankenhausgesellschaft in den Gremien der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) dafür eingesetzt, dass die digitale Befundübermittlung in den OPS 8-98f aufgenommen wird. Die DKG wird in das Vorschlagsverfahren des DIMDI für die Neufassung des OPS 8-98f eine entsprechende Initiative einbringen.

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft wird weiterhin mit den Krankenkassen in Hamburg im Gespräch bleiben und auf ein faires Verfahren bei Strukturprüfungen hinwirken. Keinesfalls sollten Strukturprüfungen zur Kosteneinsparung und Leistungssteuerung verwendet werden, da hiermit letztendlich die Versorgung in bestimmten Leistungsbereichen gefährdet werden könnte.

AUF DEM WEG ZUR DIGITALEN KOMMUNIKATION

HAMBURGER KRANKENHÄUSER EINIGEN SICH AUF TELEMATIK-STANDARDS

Der digitalen Kommunikation und dem Datenaustausch innerhalb und zwischen den verschiedenen Sektoren der Gesundheitsversorgung gehört die Zukunft. Auch wenn das eHealth-Gesetz bereits Anfang 2016 in Kraft getreten ist – die Beteiligten sind unterschiedlich weit. Die Hamburger Krankenhäuser haben entschieden, diesen nicht einfachen Weg gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung zu gehen und im ersten Schritt das KV SafeNet für digitale Kommunikation zu nutzen.

Grundsätzlich sind die Hamburger Krankenhäuser sehr interessiert an einem Ausbau der digitalen Kommunikation untereinander sowie mit niedergelassenen Ärzten und anderen Institutionen der Gesundheitsversorgung. Sinnvolle Prozesse wären aus ihrer Sicht insbesondere der digitale Versand von Arzt- und Entlassbriefen, Befunddokumentationen, Laborbefunden und Bilddateien. Auch gegenseitige Terminbuchungen wären in einem weiteren Schritt sinnvoll; sie sind indes erst dann praktikabel, wenn eine Integrationstiefe erreicht ist, die Doppelstrukturen in der Terminverwaltung entbehrlich macht.

Eine bereits bewährte und flächendeckend vorhandene elektronische Kommunikationsstruktur für Ärzte und Krankenhäuser ist das KV SafeNet der Kassenärztlichen Vereinigungen.



Beim Arbeitstreffen „KV SafeNet im Krankenhaus“ am 24. Februar 2016 informierte Dr. Florian Fuhrmann, Geschäftsführer der KV Telematik GmbH, über die Möglichkeiten der intrasektoralen Vernetzung in Hamburg

Mit insgesamt 76.000 Teilnehmern bundesweit, davon 420 Krankenhäusern, ist dieses System das bislang größte Telematik-Netz in Deutschland. Fast alle Hamburger Krankenhäuser sind bereits für die Abrechnung ambulanter und berufsgenossenschaftlicher Patientenfälle ohnehin an dieses Netz angebunden. Ende 2015 erteilte die Mitgliederversammlung der HKG daher der Geschäftsstelle den Auftrag, die zusätzliche Nutzung von KV SafeNet für die telematische Kommunikation innerhalb des stationären Sektors sowie zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu prüfen.

Drei Arbeitsgruppensitzungen mit IT-Experten

Im Verlauf des Jahres 2016 führte die HKG zu diesem Zweck drei Arbeitsgruppensitzungen mit IT-Experten aus den Mitgliedskrankenhäusern

durch, auf denen die Erwartungen, die notwendigen Voraussetzungen und Standards sowie die bisherigen Erfahrungen mit KV SafeNet diskutiert wurden. Als Gäste nahmen an einzelnen Sitzungen auch Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie externe Experten eines Universitätsklinikums teil, die bereits erste Erfahrungen mit der digitalen Kommunikation über KV SafeNet gemacht hatten.

Im Ergebnis dieser Workshops verständigten sich die Teilnehmer darauf, dass KV SafeNet grundsätzlich für die sichere digitale Übermittlung von Daten geeignet ist und bereits zur Nutzung zur Verfügung steht. Als Alternative für die Hamburger Krankenhäuser käme nur eine eigene gesicherte Telematik-Struktur infrage,

deren Entwicklung und Implementierung jedoch als zu aufwendig und nicht zukunftsweisend betrachtet wurde. Eine bundesweite Telematik-Infrastruktur ist zwar bereits seit Jahren in der Entwicklung, für eine Umsetzung heute ist jedoch das KV SafeNet ein geeignetes und unkompliziert verfügbares Instrument. Die HKG hat empfohlen, eine Nutzung von KV SafeNet für die digitale Kommunikation mit niedergelassenen Ärzten oder unter Krankenhäusern beim Hamburgischen Datenschutzbeauftragten anzuzeigen, da dieser eine datenschutzrechtliche Bewertung von KV SafeNet durchführt.

Über die Nutzung einer Datenautobahn wie KV SafeNet oder die Telematik-Infrastruktur hinaus waren sich die Experten einig, dass die Anbindung der Software-Architekturen innerhalb der Krankenhäuser eine umfangreichere Problematik darstellt. Daher sei für eine zukünftig vereinfachte Vernetzung der verschiedenen Systeme ein gemeinsamer Standard anzustreben, der die erwartete Entwicklungsrichtung der Hamburger Krankenhäuser aufzeigen soll. Ein solcher Standard könne gegebenenfalls von Hamburg aus im Jahr 2017 als Vorschlag in das Interoperabilitätsverzeichnis (IOP) der deutschlandweiten Telematik-Infrastruktur eingebracht werden.



Am 7. Juni 2016 fand das zweite Arbeitstreffen zum Thema „KV SafeNet im Krankenhaus“ statt. Auf diesem Treffen informierten Experten eines Universitätsklinikums über ihre bisherigen Erfahrungen mit der Übermittlung von elektronischen Arztbriefen

Die Hamburger Krankenhäuser wollen hier nicht auf Vorgaben warten, sondern auf diese Weise selbst die Entwicklung aktiv mitgestalten. Auf der Mitgliederversammlung der HKG im Dezember 2016 wurde schließlich ein „Hamburger Standard“ als Empfehlung an die Mitgliedskrankenhäuser beschlossen, in dem die anzustrebenden Versionen für anstehende Veränderungen festgelegt sind: HL 7 Version 2 für Krankenhaus-IT-Systeme in Hinblick auf Telematik sowie CDA Level 2 für elektronische Arztbriefe.

Beteiligung an Informationsveranstaltung

Noch ist die Beteiligung der Vertragsärzte am KV SafeNet für die digitale Kommunikation in Hamburg geringer als in anderen Bundesländern. Aus diesem Grund beteiligte sich die HKG im November 2016 an der Informationsveranstaltung

„Hamburger Forum für sichere Kommunikation im Gesundheitswesen“ der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, auf der auch die Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz Cornelia Prüfer-Storcks sprach. Ziel dieser groß angelegten Veranstaltung war es vor allem, niedergelassene Ärzte zur Teilnahme an den Zusatzanwendungen via KV SafeNet zu bewegen. Die HKG manifestierte mit ihrer aktiven Beteiligung, dass sie dieses Ziel ausdrücklich unterstützt. Eine stärkere Anbindung der niedergelassenen Ärzte ist für die Hamburger Krankenhäuser eine zwingende Voraussetzung für eine funktionierende intersektorale digitale Kommunikation.

WIE REALISTISCH SIND PERSONALVORGABEN?

DIE QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE FRÜH- UND REIFGEBORENE ZEIGT DIE GRENZEN VON VERORDNETEN PERSONALAUSSTATTUNGEN AUF

Welche Schwierigkeiten Personalvorgaben im praktischen Krankenhausalltag bereiten können, illustriert die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL). Nach dieser Richtlinie müssten Krankenhäuser mit Perinatalzentren Level 1 und 2 eigentlich bundesweit ab Januar 2017 eine festgelegte Anzahl an Fachpersonal in der Kinderkrankenpflege und der pädiatrischen Intensivpflege vorhalten. Auf dem Arbeitsmarkt ist dieses Personal aber nicht zu bekommen. Damit die Versorgung von Frühgeborenen nicht flächendeckend zusammenbricht, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf seiner Sitzung Mitte Dezember 2016 die bisherige Übergangsregelung, nach der in begründeten Fällen von dieser Vorgabe abgewichen werden darf, unter zahlreichen zusätzlichen Maßnahmen bis zum 31.12.2019 verlängert.

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) veröffentlichte auf der Grundlage einer aktuellen bundesweiten Umfrage in Perinatalzentren eine Untersuchung, dass die Mehrzahl der Krankenhäuser die Vorgaben der QFR-RL trotz intensiver Bemühungen auf dem Arbeitsmarkt nicht erfüllen kann. Mit dem Auslaufen der Übergangsregelung zum Jahresende 2016 hätten diese Krankenhäuser die Behandlung von Frühgeborenen eigentlich einstellen müssen. Die Umsetzung dieser Vorgaben verursacht erhebliche zusätzliche Kosten: Um sie in vollem Umfang erfüllen zu können, berechnete das DKI einen Bedarf von 3.042 Vollkräften und zusätzliche Kosten von 164,5 Millionen Euro.

Im Gegenzug konnte die Untersuchung nachweisen, dass die Perinatalzentren in den vergangenen drei Jahren nicht untätig waren. Die Personalkosten in der neonatologischen Intensivpflege sind bundesweit von 2013 bis 2015 um 18 % gestiegen, ohne dass es bislang eine Finanzierung für das zusätzliche Personal gab. Der Anzahl an Voll-

kräften ist seit 2013 um 8 %, die des fachweitergebildeten Pflegepersonals im Übergangszeitraum um 2 % gestiegen. Dass die Anstrengungen der Krankenhäuser auf dem Ausbildungsmarkt an ihre Grenzen stoßen, legt auch die Tatsache nahe, dass von den im Jahr 2016 angebotenen 700 Weiterbildungsplätzen nur 500 besetzt werden konnten (71 %).

Problem nur vertrag und nicht aus der Welt

Im Ergebnis zeigt das Gutachten, dass viele Perinatalzentren die Personalvorgaben mangels entsprechender personeller und finanzieller Ressourcen bis auf Weiteres nicht vollständig umsetzen können. Mitte Dezember wurde die Richtlinie so geändert, dass zwar die Personalvorgaben weiter in Kraft bleiben, die Krankenhäuser aber, die kein ausreichendes Personal bekommen können, noch bis Ende 2019 auf rechtlich gesicherter Grundlage weiter Früh- und Neugeborene versorgen dürfen. Das Problem ist damit jedoch nur vertragt und nicht aus der Welt geschafft.

Am Beispiel der Perinatalzentren wird deutlich, dass es keinen Sinn macht, Mindestpersonalbesetzungen und Fachkräftequoten festzulegen, die in der Praxis aus objektiven Gegebenheiten nicht zu jeder Zeit realisierbar sind.

Obwohl mit dem Krankenhausstrukturgesetz eine Finanzierungsregelung für Mehrkosten, die durch G-BA Richtlinien verursacht sind, geschaffen wurde, konnte in den Verhandlungen mit den Krankenkassen nur für einen Teil der tatsächlichen Kosten eine Vereinbarung erzielt werden. Das heißt, die Krankenhäuser müssen doch den größeren Anteil der zusätzlichen Personalkosten selbst tragen. Ein weiteres Beispiel dafür, dass von den finanziellen Mitteln, die der Gesetzgeber den Krankenhäusern zufließen lassen wollte, nur ein Bruchteil ankommt.

Für flexible Personalbesetzungen sprechen viele Gründe wie krankheitsbedingte Ausfälle oder mehr kurzfristig zu versorgende Patienten. Dies erfordert entsprechende personelle Spielräume für Kliniken, weil nur so die Versorgung sichergestellt werden kann. Dass die Qualität der Perinatalmedizin in Hamburg weiterhin sehr gut ist, zeigen die Krankenhäuser mit der Veröffentlichung ihrer Qualitätssicherungsergebnisse im Hamburger Krankenhausspiegel. Dort ist zu sehen, dass bei fast allen Qualitätskriterien im Bereich der Neonatologie die Komplikationsraten in Hamburg niedriger sind als prognostiziert und zudem deutlich besser als der Bundesdurchschnitt.

KRANKENHAUS – QUO VADIS?

AUSBLICK AUF 2017

Krankenhaus – quo vadis? Sind wir auf dem richtigen Weg? Mit diesem Motto wird der Krankenhaustag 2017 überschrieben sein. Schon allein durch die Bundestagswahl im September wird das Jahr 2017 ein Jahr der Weichenstellungen. Aber auch aus dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sind noch viele Themen offen wie planungsrelevante Qualitätsindikatoren oder Qualitätszu- und -abschläge. Beschäftigten werden uns weiterhin auch das Entlassmanagement, die Notfallversorgung und die großen Probleme der unzureichenden Investitions- und Personalfinanzierung, der Personalnot und der ausufernden Kontrollbürokratie.

Personal, das Schwerpunktthema des Jahres 2016, wird uns auch weiterhin als eines der drängendsten Problemfelder der kommenden Jahre begleiten. Denn mit diesem Thema hängen viele andere eng zusammen. Daher muss die Politik, neben den Kliniken selbst, mit allen Kräften dafür sorgen,

dass die Krankenhäuser ihren Personalbedarf angesichts der alternden Bevölkerung und den damit verbundenen medizinischen und pflegerischen Herausforderungen langfristig decken können. Dies gilt nicht nur für strukturschwache Regionen mit Ärztemangel, sondern inzwischen leider auch für



nahebringen und Interessenten zu Krankenhäusern und Ausbildungsstätten überleiten soll. Hier hoffen wir auf einen Schulterschluss mit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, denn ohne politische und finanzielle Unterstützung wird eine solche Kampagne nicht die Tragkraft erreichen, die sie braucht, um Erfolg zu haben. Schließlich ist ein ausreichender Zustrom von Auszubildenden und Fachkräften für Gesundheitsberufe nach Hamburg auch im Sinne der Politik, sind die Hamburger Krankenhäuser doch heute schon Arbeitgeber für 31.600 Menschen und versorgen über 500.000 Patienten im Jahr stationär, beides mit steigender Tendenz.

Probleme lösen statt Symptome kurieren

Dennoch, ohne grundlegende Korrektur der Krankenhausfinanzierung wird sich der Personalmangel in der Pflege sicherlich auch mit einer Kampagne nicht dauerhaft beheben lassen, da aufgrund des hohen wirtschaftlichen Drucks die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus durch schnelle Taktung und dünne Personaldecke sehr angespannt sind. Verpflichtende Personalvorgaben ohne vollständige Finanzierung sind der falsche Weg, da so wieder Symptome therapiert werden, nicht aber das zugrunde liegende Problem in Angriff genommen wird.

OKT

11

HIGHLIGHTS AUS DEM HKG-KALENDER



Zum 13. Mal treffen sich die Umweltexperten der Hamburger Krankenhäuser, diesmal im Israelitischen Krankenhaus, um sich über aktuelle Themen auszutauschen.

Metropolen wie Hamburg mit stetig steigendem Leistungszuwachs und einem zunehmendem Bedarf an hochqualifiziertem und spezialisiertem Klinikpersonal.

Nach einer aktuellen Einschätzung fehlen in den Hamburger Krankenhäusern in den nächsten fünf Jahren 2.200 Ärzte, 5.700 Pflegekräfte, ganz besonders in der Fachkrankenpflege Anästhesie/Intensiv, Geriatrie und im OP, mindestens 350 Fachkräfte aus Assistenzberufen wie Operationstechnische Assistenz (OTA), Anästhesietechnische Assistenz (ATA) und Chirurgisch-technische Assistenz (CTA) sowie 250 Fachkräfte aus sonstigen Berufen wie Medizinische Fachangestellte (MFA), Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA) und Kodierfachkräfte.

Staatliche Anerkennung neuer Berufsbilder

Längst überfällig ist daher zum Beispiel die staatliche Anerkennung der neuen Berufsbilder OTA, ATA und CTA. Krankenhäuser bilden junge Menschen in diesen Berufen bereits intensiv aus und können sie nach der Ausbildung sofort in den Operationssälen einsetzen, wo großer Mangel an fachweitergebildeten Pflegekräften besteht. Im Grunde haben diese Spezialisten jedoch keinen gesetzlich anerkannten Berufsabschluss. Auch die Ausbildungsfinanzierung sollte in diesem Zug der der Pflegeausbildung gleichgestellt werden.

Die Hamburger Krankenhäuser arbeiten derzeit an einem Konzept für eine übergeordnete Personalgewinnungskampagne, die Schulabgängern die Arbeit im Krankenhaus

NOV

2

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



Das Kath. Marienkrankenhaus eröffnet seinen neuen Zentral-OP mit insgesamt neun Sälen, davon vier neu gebauten und ausgestatteten. Sie verfügen über ein 4K-Video-managementsystem mit vierfacher Full-HD-Auflösung für brillante Bilder in Kino-Qualität. So sind Nervenfasern, Lymphknoten und Tumorgewebe durch die plastische Darstellung wesentlich besser erkennbar. Alle Arbeitsabläufe und Geräte im OP lassen sich über einen Touchscreen intuitiv steuern.

Misstrauens- und Kontrollkultur

In den vergangenen Jahren hat zudem eine völlig ausufernde Bürokratie das Fachpersonal in Krankenhäusern von der Arbeit am Patienten entfernt – maßgeblich getrieben von einer Misstrauens- und Kontrollkultur der Krankenkassen, die jedes erträgliche Maß verlassen hat. Da dies unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus hat, muss eine umfassende Entbürokratisierungsinitiative starten, damit Ärztinnen und Ärzte, Schwestern und Pfleger endlich wieder Zeit bekommen für das, weswegen sie eigentlich den Beruf ergriffen haben: ihre Kraft und ihr Wissen für Patienten einzusetzen

– und nicht um Excel-Tabellen, Formulare und Dokumentationsbögen auszufüllen.

Neutrale Prüfinstanz muss geschaffen werden

Vorrangig ist es daher, das Personal von der überbordenden Bürokratieflut zu entlasten und einen Systemwandel einzuleiten: Eine neutrale Prüfinstanz anstelle des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung muss geschaffen werden. Mit den durch das KHSG geschaffenen Qualitätskriterien für die Krankenhausplanung und für die Abrechnung von Qualitätszu- und -abschlägen werden die Aufgaben weiter zunehmen. Diese Prüfungen gehören in die gemeinsamen Hände

der Selbstverwaltung. Die Qualitätssicherung sollte außerdem sowohl ambulant als auch stationär und zudem sektorenübergreifend unter einem Dach zusammengeführt werden.

Auf eine Lösung wartet immer noch die unzureichende Finanzierung von Klinik-Investitionen. Weil die Länder ihren Verpflichtungen seit Jahren nicht nachkommen, sind die Krankenhäuser gezwungen, notwendige Investitionen zum großen Teil aus eigenen Mitteln zu bestreiten und aus dem Krankenhausbetrieb querzufinanzieren, was den Mangel noch verschärft. Hier besteht dringender Handlungsbedarf! Für Investitionen in digitale Technologien und eine bessere intersektorale Vernetzung ist zusätzlich ist eine bundesweite Telematik-Initiative erforderlich. Über einen Digitalisierungszuschlag müssen den Krankenhäusern endlich die notwendigen Mittel zufließen, damit die digitale Kommunikation flächendeckend auf ein neues Niveau gehoben wird.

Neustrukturierung der ambulanten Notfallversorgung

Um das System insgesamt zu einer „Versorgung aus einer Hand“ weiterzuentwickeln, sind für die kommende Legislaturperiode einige Weichen zu stellen. Dazu gehört insbesondere die Neustrukturierung der ambulanten Notfallversorgung. Hier werden die Krankenhäuser seit Jahren von Patienten aus dem ambulanten Bereich quasi überrannt, und dies aus unterschiedlichsten Gründen. Da die Patienten aber

faktisch auch bei kleineren Notfällen oder wegen Zugangsschwierigkeiten zum ambulanten Bereich das Krankenhaus aufsuchen, muss hier eine systemisch andere Lösung gefunden werden.

So könnten etwa die Länder stärker in die Verantwortung für beide Planungsbereiche eingebunden und die Krankenhäuser gleichberechtigt an der ambulanten Sicherstellung beteiligt werden, wenn die regionale Situation als unbefriedigend erachtet wird. Das Stufenkonzept für die Not- und Unfallversorgung, das eine grundlegende finanzielle Umverteilung vorsah, konnte im Gemeinsamen Bundesausschuss gerade noch einmal angehalten werden, um vor der Beschlussfassung die dringend notwendige Abschätzung der Folgen dieses Konzepts zu ermöglichen.

Gesetzgeber ist über das Ziel hinausgeschossen

Dies zeigt, dass der Gesetzgeber bereits weit über das Ziel hinausgeschossen ist, als er den Gemeinsamen Bundesausschuss mit unmittelbar versorgungsrelevanten Entscheidungen beauftragt hat. Eine grundlegende Systemkorrektur sollte in der nächsten Legislaturperiode diskutiert werden, damit künftig Entscheidungen dort getroffen werden, wo auch die Konsequenzen zu tragen sind. Für viele versorgungsrelevante Entscheidungen bedarf es einer politischen Legitimation. In der versorgungspolitischen Diskussion werden die ambulante Notfallversorgung und die der Krankenhäuser gerne in einen Topf geworfen,

In der Flut der ständigen gesundheits- und versorgungspolitischen Veränderungen braucht es eine Institution, die die Krankenhäuser verlässlich auf dem Laufenden hält. Dies tut die Hamburgische Krankenhausgesellschaft umfassend, zeitnah und verständlich mit rund 550 prägnant formulierten Rundschreiben pro Jahr über alle in der Krankenhauslandschaft wichtigen Themen.



Philip Wettengel, Geschäftsführer der Helios ENDO-Klinik Hamburg

obwohl sie ganz unterschiedliche Patientengruppen betreffen. Dies ist jedoch ein Irrweg. Neben der alltäglichen Versorgung von Schwerverletzten und akut lebensbedrohlich Erkrankten benötigen die hier verantwortlichen Länder schon aus Gründen des Katastrophenschutzes

ein funktionierendes System der Not- und Unfallversorgung, auf das sie im Ernstfall zurückgreifen können. Solche grundlegenden Aufgaben der Daseinsvorsorge können nur sichergestellt werden, wenn alle Verantwortlichen an strukturellen Entscheidungen beteiligt sind.

NOV 28 HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



Ein halbes Jahr nach der Grundsteinlegung für die Erweiterung der Zentralen Notaufnahme der Asklepios Klinik Nord – Heidberg wird der Neubau im Beisein von Hamburgs Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks (links) und der schleswig-holsteinischen Gesundheitsministerin Kristin Alheit (rechts) eröffnet. Für die Versorgung der inzwischen mehr als 56.000 Notfallpatienten pro Jahr stehen nun 22 Behandlungsräume, 3 Schockräume und 2 Computertomographen zur Verfügung.

DEZ 8 HIGHLIGHTS AUS DEM HKG-KALENDER

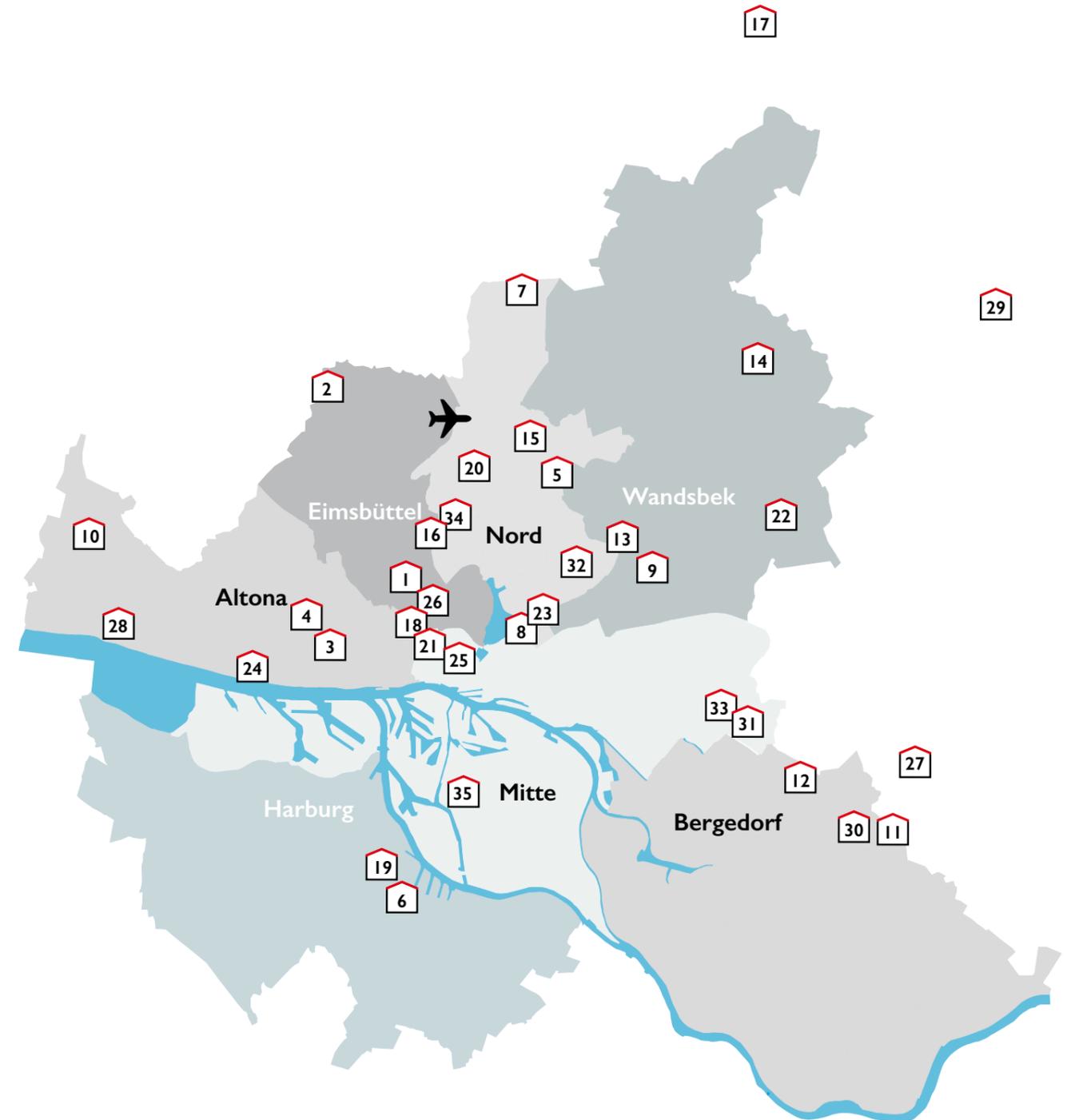


Michael Draheim, Referent für Krankenhausfinanzierung und -planung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, informiert im Anschluss an die Mitgliederversammlung der HKG über den Stand der Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes

DER VERBAND

DIE MITGLIEDSKRANKENHÄUSER UND IHRE SPITZENVERBÄNDE

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



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
 Bundesministerium der Verteidigung | www.bmvg.de

GREMIEN

VORSTAND

I. Vorsitzender

Werner Koch

2. Vorsitzender

Joachim Gemmel

Mitglieder

Vertreter

Für die Asklepios Kliniken Hamburg GmbH:

Joachim Gemmel
Michael Schmitt
Dr. Klaus E. Schmolling
Manfred Volmer

Dr. Thomas Wolfram
Stefanie Ludwig
Dr. Christian Höftberger
Florian Nachtwey

Für das UKE:

Prof. Dr. Burkhard Göke

Dr. Mathis Terrahe

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

Dr. Gabriele Garz
Werner Koch
Matthias Scheller
Jörn Wessel

Markus Balters
Marcus Jahn
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)

Werner Koch
Joachim Gemmel
Dr. Mathis Terrahe

Stand April 2017

GREMIEN

MITARBEIT DER HKG IN DKG-GREMIEN

Vorstand

Werner Koch
Dr. Claudia Brase

Präsidium

Werner Koch

Satzungskommission

Dr. Claudia Brase

Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation

Angelika Bredehorst-Witkowski
Carsten Pape

Fachausschuss für Krankenhausfinanzierung

Horst Judaschke
Joachim Gemmel

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 Hygiene

Angelika Bredehorst-Witkowski
Dr. Susanne Huggett

Kommission Krankenhaus-Psychiatrie

Peter Heimscheid
Nicole Rotzolk

Kommission Leistungsentgelte

Horst Judaschke
Kim Fiedler
Gerd Bär

Kommission Qualitätssicherung

Angelika Bredehorst-Witkowski
Dr. Ulf Debacher

Stand April 2017

GREMIEN AUF LANDESEBENE

EQS-KURATORIUM

Vorsitzende

Kathrin Herbst [vdek](#)

Stv. Vorsitzende

Dr. Claudia Brase [HKG](#)

Mitglieder

Dr. Claudia Brase [HKG](#)

Dr. Martin Holder [HKG](#)
(UKE)

Dr. Ulrich Rosien [HKG](#)
(Israelitisches Krankenhaus)

Beate Smarsly [HKG](#)
(Asklepios Klinik Nord)

Marco Tergau [HKG](#)
(Asklepios Klinik Nord)

Kathrin Herbst [vdek](#)

Matthias Mohrmann [AOK](#)

Claudia W. Osten [IKK classic](#)

Gabriel Zahn [BKK](#)

Dr. Holger Bebensee [PKV](#)

Dr. Frank Ulrich Montgomery
[Ärztchamber Hamburg](#)

Dr. Andreas Krokotsch [MDK](#)

I. Stellvertreter

Dr. Ulf Debacher [HKG](#)
(Asklepios Kliniken Hamburg)

Prof. Dr. Gerhard Gebauer [HKG](#)
(Kath. Marienkrankenhaus)

Prof. Dr. Dr. habil. Thomas Carus [HKG](#)
(Asklepios Westklinikum Hamburg)

Tamara Leske [HKG](#)
(Kath. Marienkrankenhaus)

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

Thomas Schulte [vdek](#)

Markus Feger [AOK](#)

Bernd Krause [IKK classic](#)

Dr. Norbert Loskamp [PKV](#)

Dr. Annemarie Jungbluth
[Ärztchamber Hamburg](#)

Dr. Heymo Hein [MDK](#)

2. Stellvertreter

Horst Judaschke [HKG](#)

Prof. Dr. Manfred Dreyer [HKG](#)
(Asklepios Westklinikum Hamburg)

Prof. Dr. Rudolf Friedrich Töpfer [HKG](#)
(Asklepios Klinik Harburg)

Hans-Jürgen Thomsen [HKG](#)
(UKE)

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

Anne Busemeyer [AOK](#)

Sabine Beduhn [IKK classic](#)

Dr. Ralf Krämer [BKK](#)

Barbara Schmitz [PKV](#)

Dr. Klaus Beelmann
[Ärztchamber Hamburg](#)

Ständige Gäste

Sonja Chevalier
[Patienten-Initiative e. V.](#)

Christoph Kranich
[Verbraucherzentrale Hamburg e. V.](#)

Stand April 2017

GREMIEN AUF LANDESEBENE

SCHIEDSSTELLE NACH § 18A KHG

Vorsitzende

Lea Hämäläinen

Stv. Vorsitzender

Dr. Hartmut Günther

Mitglieder

Dr. Claudia Brase [HKG](#)

Matthias Waldmann [HKG](#) (UKE)

Nicole Rotzolk [HKG](#) (Asklepios Kliniken Hamburg)

Tobias Schwarz [HKG](#) (Albertinen-Krankenhaus)

Sabine Lessing [HKG](#) (Schön Klinik Verwaltung)

Manfred Seiffert [AOK](#)

Dr. Ralf Krämer [BKK](#)

Claudia W. Osten [IKK classic](#)

André Kohl [vdek](#)

Barbara Schmitz [PKV](#)

Stellvertreter

Horst Judaschke [HKG](#)
Maybritt C. Havixbeck [HKG](#)

Dr. Phillip Mannweiler [HKG](#) (UKE)
Dr. Martin Holder [HKG](#) (UKE)

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

Christoph Schmitz [HKG](#) (Kath. Marienkrankenhaus)
Christian Ernst [HKG](#) (Facharztambulanz Hamburg)

Philip Wettengel [HKG](#) (HELIOS ENDO-Klinik Hamburg)
Dr. Ulrich Knopp [HKG](#) (Schön Klinik Hamburg Eilbek)

Holger Isecke [AOK](#)
Ingo Müller [AOK](#)

Jörn Reichenberg [BKK](#)
Gabriel Zahn [BKK](#)

Bernd Krause [IKK classic](#)
Sabine Beduhn [IKK classic](#)

Axel Stauch [Barmer GEK](#)
Thomas Noll [TK](#)

Isabell Machill [PKV](#)

Geschäftsstelle

Heike Timmann [AOK](#)

Stand April 2017

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
Joachim Gemmel HKG (Asklepios Kliniken Hamburg)	Nicole Rotzolk HKG (Asklepios Kliniken Hamburg)	
Werner Koch HKG (Kath. Marienkrankenhaus)	Jörn Wessel HKG (AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM)	Matthias Scheller HKG (Albertinen-Diakoniewerk)
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	Jörn Reichenberg BKK	Gabriel Zahn BKK
Holger Isecke AOK	Marcus Bornhöft AOK	Katja Thiel AOK
Claudia W. Osten IKK classic	Bernd Krause IKK classic	Sabine Beduhn IKK classic
Barbara Schmitz PKV	Claudia Reuter PKV	Isabel Machill PKV
Geschäftsführung Gebhard Bahr BGV		

Stand April 2017

GREMIEN AUF LANDESEBENE

LANDESKONFERENZ VERSORGUNG

Vorsitzende Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks	
Mitglieder	Vertreter
AOK Rheinland/Hamburg	Günter Wältermann
BKK-LV Nordwest	Dr. Ralf Krämer
DAK-Gesundheit	Sabine Heitmann
IKK classic	Claudia W. Osten
TK-Landesvertretung Hamburg	Maren Puttfarcken
vdek Landesvertretung Hamburg	Kathrin Herbst
Patienten-Initiative Hamburg e.V.	Kerstin Hagemann
LAG für behinderte Menschen e.V.	Johannes Köhn
Verbraucherzentrale Hamburg e.V.	Christoph Kranich
Ärztekammer Hamburg	Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery
Psychotherapeutenkammer Hamburg	Heike Peper
Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.	Werner Koch
Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.	Dr. Claudia Brase
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg	Dr. Stephan Hofmeister
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg	Walter Plassmann
Zahnärztekammer Hamburg	Prof. Dr. Wolfgang Spreckels
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg	Dr./RO Eric Banthien
Bezirksamt Hamburg-Altona	Dr. Liane Melzer
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz	Dr. Matthias Gruhl
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz	Cornelia Prüfer-Storcks
Geschäftsführung Carsten Jaeger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Jenny Ly Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz	

Stand April 2017

GESCHÄFTSSTELLE



Geschäftsführerin
Dr. Claudia Brase
 040/25 17 36-11
 brase@hkgev.de



**Stv. Geschäftsführer, Kranken-
 hausentgelte und Statistik**
Horst Judaschke
 040/25 17 36-23
 judaschke@hkgev.de



**Krankenhausplanung und
 Krankenhausorganisation**
Angelika Bredehorst-Witkowski
 040/25 17 36-20
 bredehorst-witkowski@hkgev.de



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



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



Auszubildende
Larissa Hagen
 0040/25 17 36-11
 hkgev@hkgev.de



**Rechts- und Vertrags-
 angelegenheiten**
Maybritt C. Havixbeck
 040/25 17 36-26
 havixbeck@hkgev.de



Rechnungs- und Personalwesen
Jana Altmann
 040/25 17 36-13
 altmann@hkgev.de



Projektleitung
Hörscreening Hamburg
Janna Lena Bäßgen
 baessgen@hoerscreening-hamburg.de



Assistenz der Geschäftsführung
HKG Health Services
Irene Nahm
 040/25 17 36-15
 healthservices@hkgev.de

NOTIZEN

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Redaktion

impressum health & science communication, Hamburg
www.impressum.de

Gestaltung

Frank Wolf, WOLFWORK kommunikationsdesign
www.wolfwork.de

Fotos

HKG; HANSEPHOTO (S. 15-19); Hamburger Krankenhäuser;
Die Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt
Hamburg (S. 6)

Druck

W. B. Druckerei GmbH, www.wb-druckerei.de

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Zustimmung der HKG

Redaktionsschluss Mai 2017

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