

JAHRESBERICHT 2017





JAHRESBERICHT 2017



EDITORIAL

VON JOACHIM GEMMEL UND WERNER KOCH

Sehr geehrte Leserinnen,
sehr geehrte Leser,

das Krankenhaus der Zukunft: Wie soll es aussehen und funktionieren, um uns allen eine moderne und verlässliche medizinische Versorgung bieten zu können? Eine breit angelegte gesellschaftliche Debatte über das Thema ist überfällig. Politik und Krankenkassen scheinen ihre Antwort schon gefunden zu haben: Das Krankenhaus der Zukunft ist nach ihren Vorstellungen offenbar ein möglichst strikt reguliertes Krankenhaus – mit genauen Vorgaben für Personalausstattung, Strukturen und Abläufe, deren akribische Einhaltung lückenlos nachzuweisen ist.

Für uns Krankenhäuser führt dieser allein auf Regulierung fokussierte Weg, der sowohl medizinische als auch organisatorische Notwendigkeiten und Potenziale systematisch außer Acht lässt, in eine Sackgasse. Krankenhäuser brauchen Freiheitsgrade. Ohne eine gewisse Flexibilität, ohne ein ausreichendes Maß an Gestaltungsspielraum und ohne eine gesunde Balance zwischen Kontrolle und Autonomie wird der wirtschaftliche Betrieb von Kliniken immer schwieriger – wenn nicht sogar auf Dauer unmöglich.



Ein Krankenhaus muss etwa sein Fachpersonal flexibel einsetzen können. Für den Personaleinsatz sollte der Pflegebedarf der aktuell behandelten Patienten maßgeblich sein. Über diesen kann und sollte nur vor Ort auf den Stationen entschieden werden. Eine bundesweit gültige akademische Patient/Nurse-Ratio kann nur zu pflegerischer Fehlversorgung führen: Wenn auch für Patienten mit geringerem Pflegebedarf die geforderten Pflegeschlüssel einzuhalten sind, fehlen eben diese Pflegekräfte bei anderen Patienten. Außerdem wird den Pflegedienstleistungen in unseren Krankenhäusern damit jede fachliche Kompetenz abgesprochen, über den Personaleinsatz in ihrer Berufsgruppe verantwortungsvoll entscheiden zu können.



Zusätzlich wächst der (unbezahlte!) bürokratische Aufwand für die Dokumentation des Personaleinsatzes gegenüber Krankenkassen und Behörden wegen der zunehmenden Regulierungsdichte stetig. Unsere Ärzte und Pflegekräfte werden dadurch vom Patienten ferngehalten – was weder im Sinne derer ist, die uns ihre Gesundheit anvertrauen, noch derer, die für die Gesundheitsversorgung in Deutschland die Verantwortung tragen.

Die fortschreitende Bürokratisierung öffnet zudem ein weiteres Einfallstor für finanzielle Eingriffe zu Lasten der Krankenhäuser: Teilweise unsachgerechte, realitätsferne personelle und strukturelle Vorgaben werden missbraucht, um Häuser, die auch nur geringfügig davon abweichen, zu sanktionieren. Beispiele in Form von Rechnungskürzungen und Rückforderungen hat es bereits gegeben. Wenn dieser Irrweg weiter beschritten werden sollte, wird sich die ohnehin in vielen Fällen angespannte wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser weiter verschlechtern, einige Kliniken dürften sogar in existenzbedrohende Liquiditätsengpässe getrieben werden.

Der Mainstream von Überregulierung, Kontrollen und Sanktionen führt aber nicht nur zu einer weiteren Erosion der wirtschaftlichen Basis des deutschen Krankenhauswesens, er offenbart auch ein enormes Misstrauen. Es wird der Eindruck erweckt, dass Krankenhäuser ohne massive Aufsicht nicht ordnungsgemäß arbeiten. Wird dieses, bei fairer Betrachtung völlig haltlose Vorurteil von Politik und Krankenkassen zur Rechtfertigung der Überregulierung bewusst genährt, ist das ein Schlag ins Gesicht aller Menschen, die unter oft sehr schwierigen Arbeitsbedingungen dennoch hoch motiviert ihren Dienst tun.

Ein solches Verhalten konterkariert alle Bemühungen, die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus zu erhöhen. Und nicht zuletzt widerspricht es auch den nachweislich guten Qualitätsergebnissen der Hamburger Krankenhäuser.

Wir sind aus den genannten Gründen fest davon überzeugt: Der eingeschlagene Weg von immer mehr Vorschriften und Kontrollen ist falsch. Er schafft nicht mehr Transparenz und Sicherheit, sondern noch mehr Komplexität, Bürokratie und Fehlallokation personeller und finanzieller Ressourcen.

Auf Seite 31 zeigen wir auf, wie wir uns das Krankenhaus der Zukunft vorstellen.

Wir laden alle ein, denen an einem leistungsfähigen, gesunden Krankenhauswesen gelegen ist, mit uns zusammen diesen Weg in die Zukunft zu gehen!

Die Vorstandsvorsitzenden

Joachim Gemmel

Werner Koch



GRUSSWORT

VON CORNELIA PRÜFER-STORCKS

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser ändern sich. Die Gründe dafür sind vielfältig: Medizinischer Fortschritt, technische Innovationen, Digitalisierung, demografischer Wandel, steigende Qualitätsanforderungen und der Fachkräftemangel vor allem in der Pflege zählen zu den wichtigsten. Die Krankenhäuser stehen vor der Herausforderung, sich diesen ändernden Gegebenheiten anzupassen und ihre Versorgungsstruktur zu optimieren.

Das traditionelle Krankenhaus, das das gesamte Behandlungsspektrum anbietet, wird zukünftig seltener zu finden sein. Der Fokus wird stattdessen verstärkt auf Spezialisierung, Arbeitsteilung und lokaler und regionaler Vernetzung liegen. Positiv ist, dass Interdisziplinarität und fachübergreifende Bündelung von Kompetenzen in vielen Hamburger Plankrankenhäusern bereits gelebter Alltag sind.

Die zu Jahresbeginn in Kraft getretene Zwischenfortschreibung 2017 des Krankenhausplans 2020 ist ein wichtiger Schritt zu mehr Transparenz und Sicherheit für die Patienten und Patientinnen. Künftig dürfen Krankenhäuser eine Herz-, Thorax- oder Gefäßchirurgie nur betreiben, wenn sie rund um die Uhr über ausreichend Personal mit hoher Qualifikation und Berufserfahrung sowie über die entsprechende Infrastruktur verfügen. Zentren für besondere



Aufgaben stellen die besondere Expertise der Krankenhäuser heraus und fördern die Spezialisierung der Hamburger Hochleistungsmedizin. Entgegen dem Trend in den anderen Bundesländern wurden die Kapazitäten an Betten und teilstationären Behandlungsplätzen erhöht, um dem gestiegenen Bedarf Rechnung zu tragen.

Auch auf Bundesebene gibt es wichtige Weichenstellungen: Es ist richtig, dass bundesweit ab 2019 verbindliche Personaluntergrenzen in der Pflege eingeführt werden. Die Koalitionsvereinbarung auf Bundesebene sieht vor, diese Untergrenzen über die pflegeintensiven Bereiche hinaus auf alle bettenführenden Abteilungen auszudehnen.

Ich begrüße es ausdrücklich, dass die neue Bundesregierung außerdem die Krankenhauspflege besser und bedarfsgerecht vergüten will.

Ein weiterer Erfolg ist, dass der Strukturfonds für Krankenhaus-Umbaumaßnahmen – wie von Hamburg gefordert – weitergeführt wird. Mit diesen Mitteln konnte zuletzt erfolgreich die Neuordnung der Geburten- und Notfallversorgung im Süderelberaum umgesetzt werden.

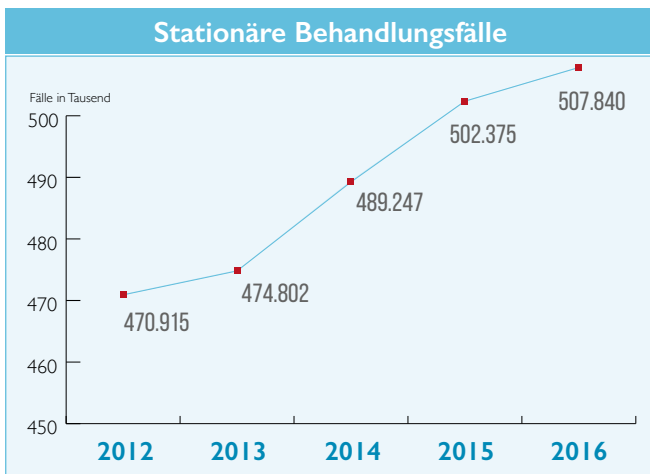
Ich bin zuversichtlich, dass die Hamburger Krankenhäuser den sich wandelnden Anforderungen erfolgreich stellen werden. Wir sollten das Jahr 2018 intensiv nutzen, um die Zukunft des Krankenhauses gemeinsam zu gestalten.

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

MEDIZINMETROPOLE HAMBURG

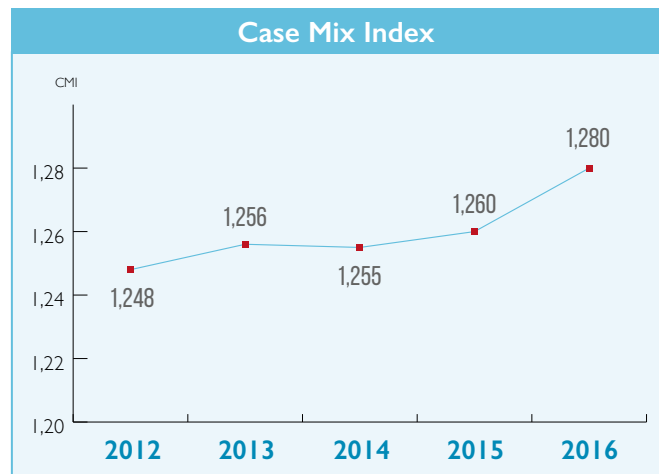
ZAHLEN UND FAKTEN

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.

Behandlungen immer komplexer



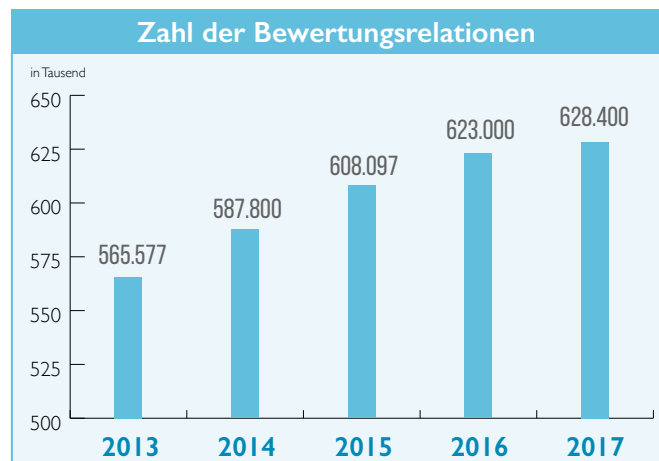
Der Case Mix Index (CMI), der die Fallschwere wiedergibt, steigt in Hamburg kontinuierlich an. Dies spricht für eine hohe Kompetenz und Spezialisierung der Hamburger Krankenhäuser, da hier die personellen und apparativen Voraussetzungen gegeben sind, um besonders schwere und komplexe Fälle zu behandeln.

Modernste Medizintechnik

Gerät	Anzahl
Computertomograph (CT)	38
Dialysegerät	82
Digitales Subtraktions-Angiographie-Gerät (DAS)	22
Gammakamera	10
Herz-Lungen-Maschine	24
Kernspintomograph	32
Koronarangiographischer Arbeitsplatz	39
Linearbeschleuniger	9
Positronen-Emissions-Tomograph (PET)	2
Stoßwellen-Lithotripter	11

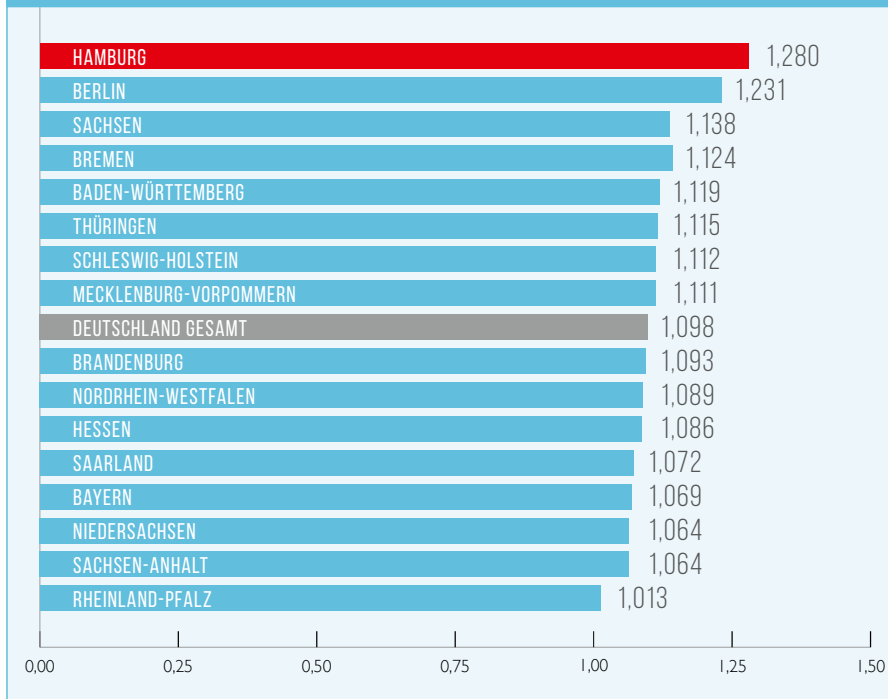
Hamburger Krankenhäuser sind mit verschiedensten medizinischen Groß- und Spezialgeräten ausgestattet, die eine Diagnostik und Therapie auf höchstem Niveau möglich machen.

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.

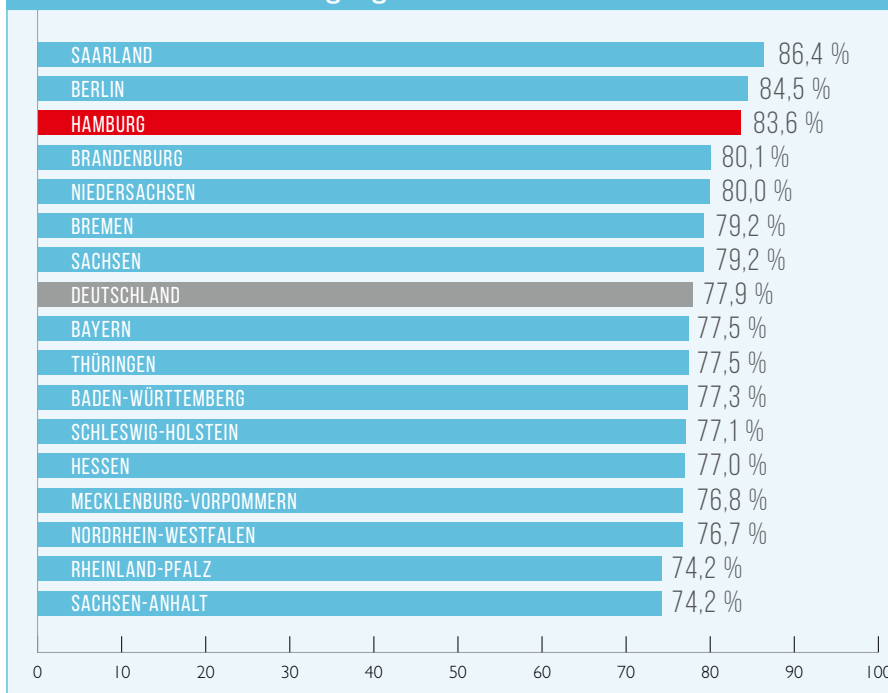
Case Mix Index 2016 nach Bundesländern



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.

Bettenbelegung 2016 nach Bundesländern

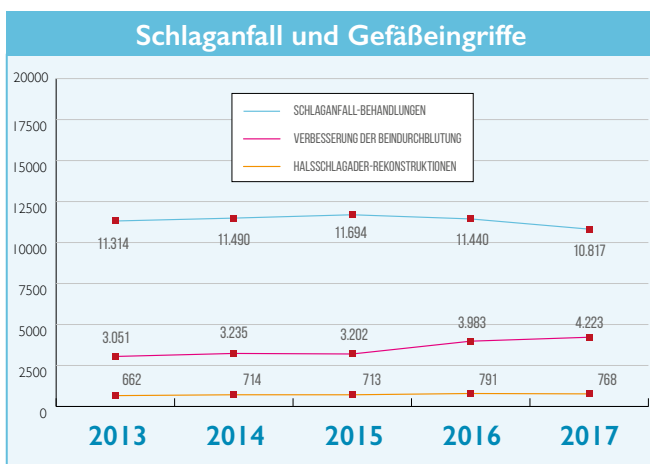
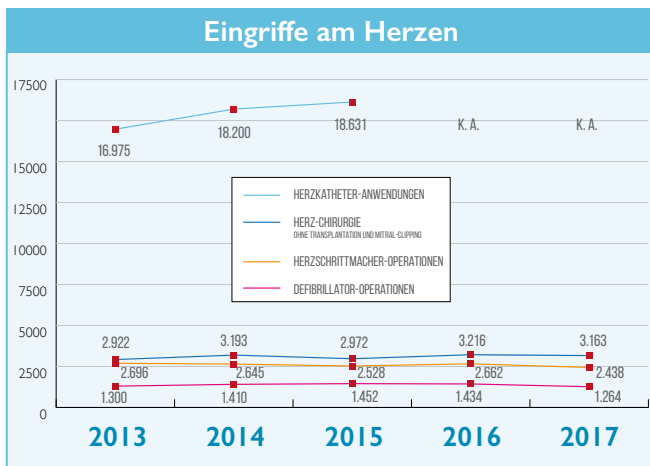


Krankenhausbetten gut belegt

In Hamburg sind im Jahresdurchschnitt 83,6 % 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.



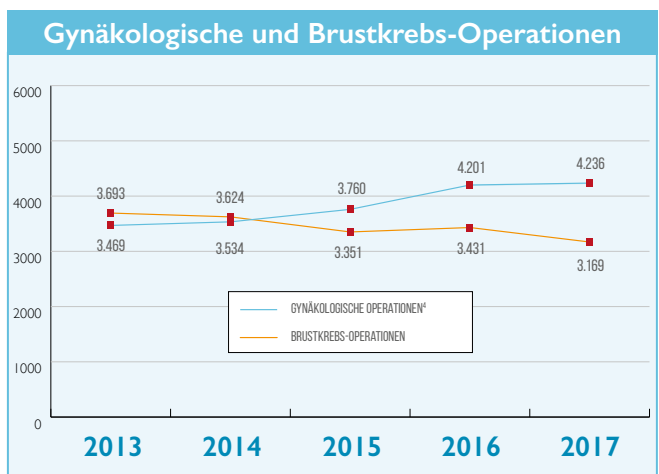
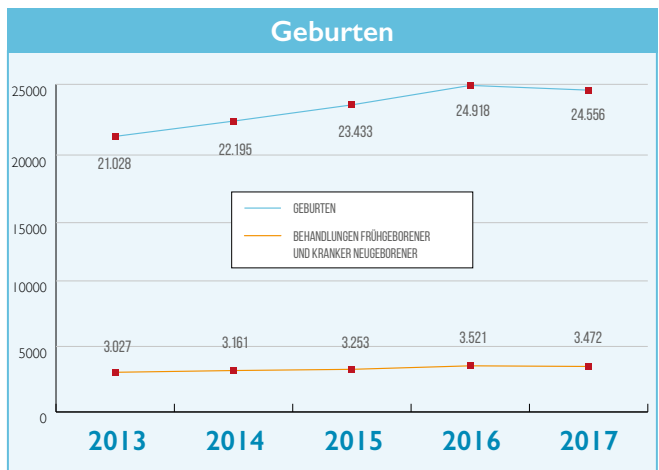
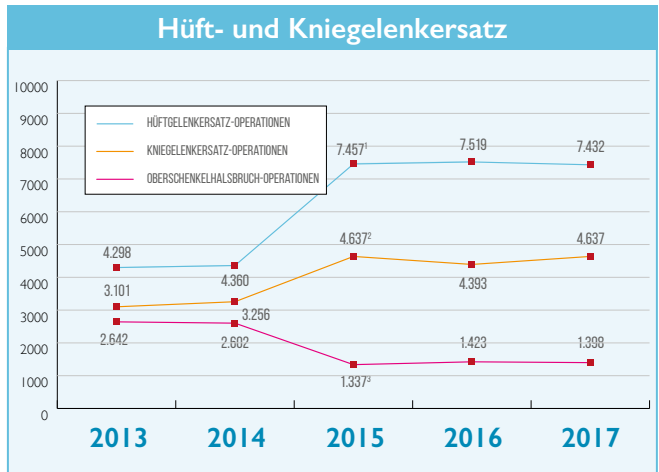
Änderungen der Zählweise:

¹ ab 2015 incl. Wechseloperationen und Versorgung von Oberschenkelhalsbrüchen mit künstlichem Hüftgelenk

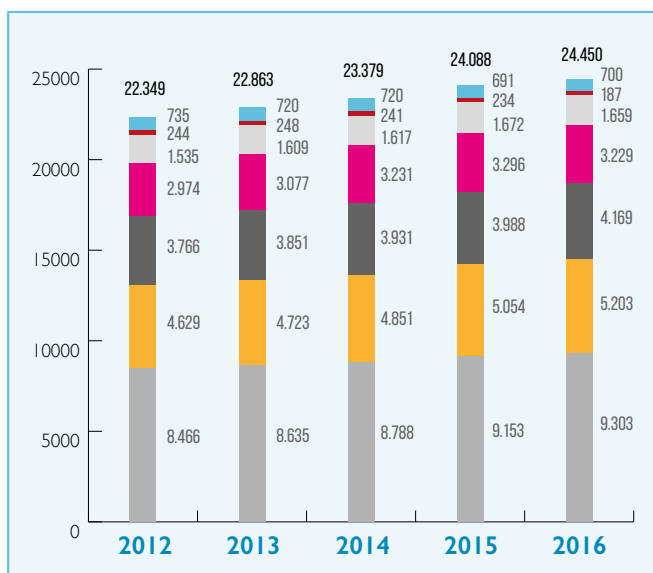
² ab 2015 incl. Wechseloperationen

³ ab 2015 nur noch osteosynthetische Versorgungen (mit Nägeln, Schrauben, Platten oder Drähten). Mit künstlichem Hüftgelenk versorgte Oberschenkelhalsbrüche fortan unter „Hüftgelenkersatz“

⁴ ohne operative Entfernungen der Gebärmutter



Arbeitgeber Krankenhaus

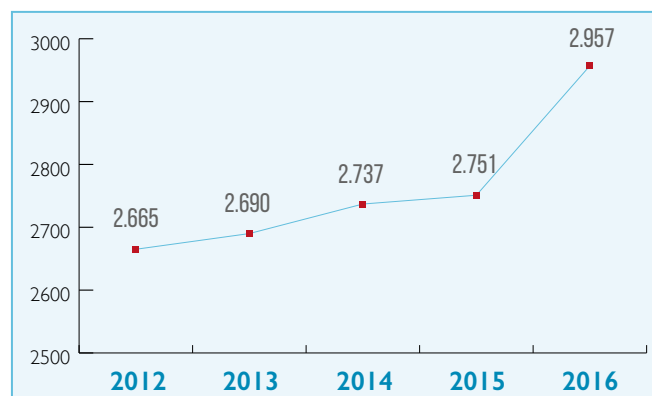


Auch wenn in den Medien häufig von einem Personalabbau in den Krankenhäusern die Rede ist – die Zahlen zeigen, dass die Hamburger Krankenhäuser ihr Personal kontinuierlich aufstocken, gerade auch im ärztlichen und pflegerischen Bereich. Dennoch verhindern der leer gefegte Arbeitsmarkt und die chronisch 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 Hafenwirtschaft 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.

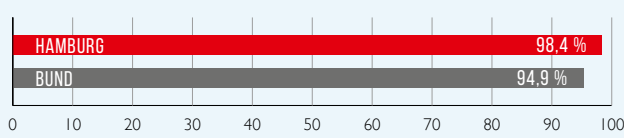
SO GUT IST DIE BEHANDLUNGSQUALITÄT

QUALITÄTSERGEBNISSE DER HAMBURGER KRANKENHÄUSER

Hamburger Krankenhäuser bieten auf vielen Gebieten eine hervorragende Behandlungsqualität. Dies zeigen die Ergebnisse der Externen Stationären Qualitätssicherung (EQS), an der sich bundesweit alle Krankenhäuser nach einheitlichen Kriterien beteiligen müssen. Dabei wird die Qualität der stationären Krankenhausversorgung in zahlreichen Behandlungsgebieten anhand der Dokumentationsdaten von mehreren Millionen Patienten erfasst und ermittelt. Bei vielen Qualitätskriterien schneiden die Hamburger Krankenhäuser im Landesdurchschnitt deutlich besser ab als der Bundesdurchschnitt. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2016. Ausführliche Qualitätsergebnisse zeigt in patientenverständlicher Form das Internet-Portal www.hamburger-krankenhausspiegel.de

Herz

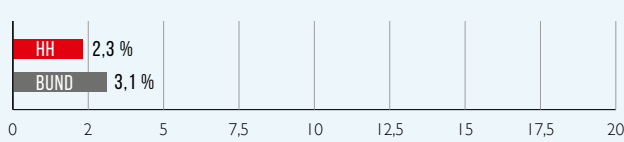
Verwendung der Brustwand-Arterie als Bypass



Nach wissenschaftlichen Studien ist die innere Brustwand-Arterie deutlich besser als Bypass geeignet als Venen aus Unter- oder Oberschenkel.

Herz

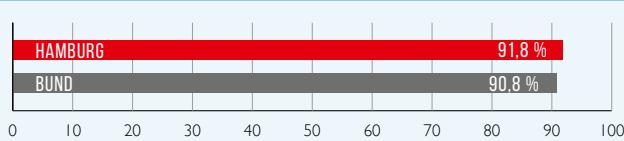
Sterblichkeit bei Bypass-Operationen



Bypass-Operationen verlaufen in der Regel sehr komplikationsarm. Bei Notfällen und stark vorerkrankten Patienten gibt es jedoch ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko.

Herz

Verbesserte Durchblutung durch Katheter-Eingriff*

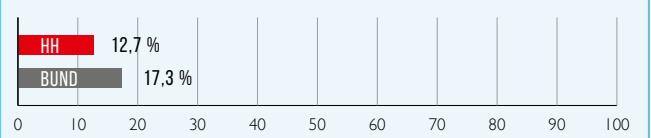


Ziel der Herzkatheter-Behandlung bei akutem Herzinfarkt ist die schnelle Verbesserung der Durchblutung. Auf diese Weise kann das Leben der Patienten oft gerettet werden.

*Ballonkatheter-Eingriff; Daten von 2015

Herz

Erhöhte Strahlenbelastung bei Katheter-Eingriff*

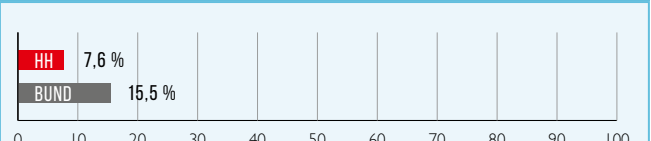


Während eines Herzkatheter-Eingriffs wird der Patient mit Röntgenstrahlen durchleuchtet. Der Anteil der Patienten, bei denen die empfohlene Strahlenbelastung überschritten wird, sollte möglichst gering sein.

*kombinierter Herz-/Ballonkatheter-Eingriff; Daten von 2015

Herz

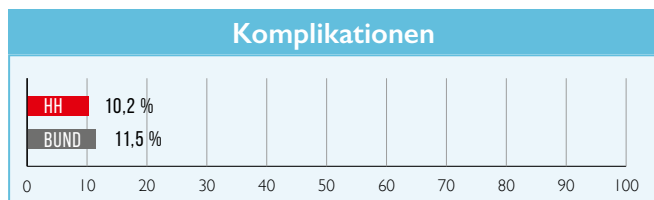
Erhöhte Kontrastmittel-Menge bei Katheter-Eingriff*



Während eines Herzkatheter-Eingriffs erhält der Patient ein flüssiges Kontrastmittel, damit auf dem Monitor der Blutfluss in den Herzkranzgefäßen zu erkennen ist. Der Anteil der Patienten, bei denen die empfohlene Kontrastmittel-Menge überschritten wird, sollte möglichst gering sein.

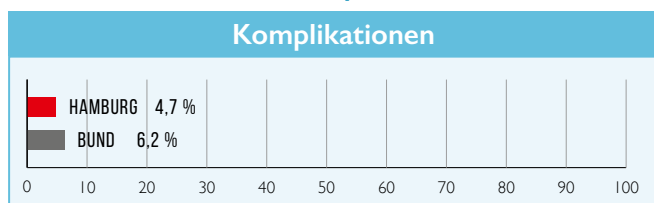
*kombinierter Herz-/Ballonkatheter-Eingriff; Daten von 2015

Hüftgelenk-Ersatz nach Oberschenkelhalsbruch



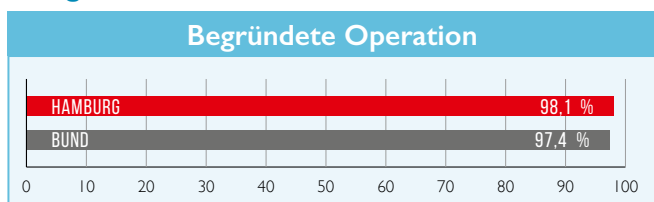
Bei älteren Patienten mit mehreren Erkrankungen besteht ein erhöhtes Risiko von allgemeinen Komplikationen wie Embolien, Thrombosen, Schlaganfällen oder Lungenentzündungen.

Oberschenkelhalsbruch-Operation



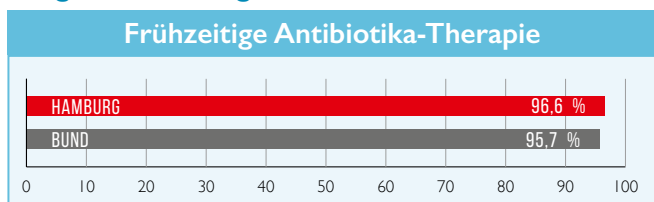
Bei älteren Patienten besteht ein erhöhtes Risiko von allgemeinen Komplikationen wie Embolien, Thrombosen, Lungenentzündungen oder Harnwegsinfektionen.

Kniegelenk-Ersatz



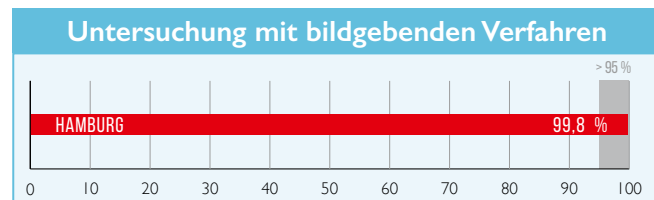
Eine Total-Endoprothese sollen Patienten nur dann erhalten, wenn dieser Kniegelenk-Ersatz gemäß strenger medizinischer Leitlinien gut begründet ist.

Lungenentzündung



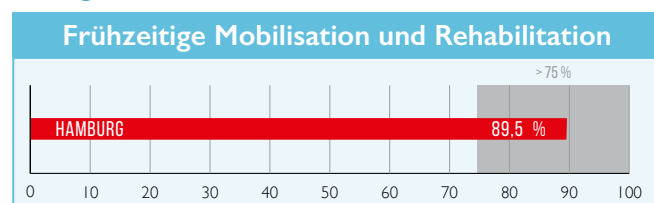
Eine frühzeitige Therapie mit Antibiotika – möglichst innerhalb von 8 Stunden nach der Einlieferung – verbessert den Heilungsverlauf von Patienten mit einer Lungenentzündung deutlich.

Schlaganfall



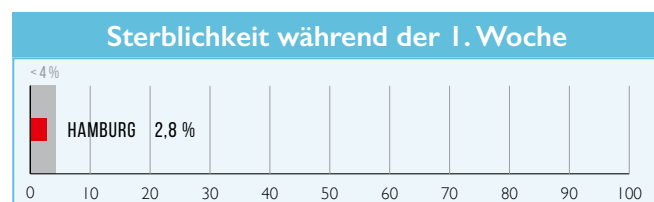
Möglichst viele Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall sollten direkt nach der Einlieferung mit einem bildgebenden Verfahren (CT, MRT) untersucht werden. Die Quote sollte über 95,0 % liegen – dann liegt gute Behandlungsqualität vor.

Schlaganfall



Der Anteil der Patienten, die spätestens 48 Stunden nach der Aufnahme ins Krankenhaus erste Mobilisations- und Reha-Maßnahmen erhalten, sollte möglichst hoch sein. Dies erhöht die Genesungschancen beträchtlich. Die Quote sollte über 75,0 % liegen – dann liegt gute Behandlungsqualität vor.

Schlaganfall



Der Anteil der Schlaganfall-Patienten, die während der ersten Woche nach ihrer Aufnahme im Krankenhaus versterben, sollte möglichst gering sein. Die Quote sollte unter 4,0 % liegen – dann liegt gute Behandlungsqualität vor.

Der Leistungsbereich „Schlaganfall“ wird nicht bundesweit verpflichtend gemessen; daher gibt es keinen Bundes-Vergleichswert.

IMMER MEHR DETAILVORSCHRIFTEN, IMMER MEHR GREMIEN, IMMER MEHR BÜROKRATIE

JAHRESRÜCKBLICK 2017

Das Jahr 2017 war für die Hamburger Krankenhäuser aufgrund der vielen neuen Regelungstatbestände ein durchaus turbulentes Jahr. Mit der Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) dauert der Mainstream der vergangenen Jahre an, Krankenhäuser und Krankenkassen mit detaillierten und konfliktträchtigen Regelungen sowie deren Umsetzung und Kontrolle zu beschäftigen. Einige gesetzliche Vorgaben nahmen erst im Jahr 2017 konkrete Formen an. Dabei setzte sich die Erkenntnis fort, dass die Realisierung der getroffenen Regelungen in der Praxis zahlreiche, häufig strittige Fragen aufwarf.



Unerwartet und erfreulicherweise gelang es den Krankenkassen und der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft allerdings, bereits in der ersten Verhandlung am 17. Januar

2017 eine Einigung über den Landesbasisfallwert 2017 zu treffen – ein Lichtblick in der ansonsten so schwierigen Beziehung zwischen den Vertragspartnern!

Umsetzung des Entlassmanagements

Viel Arbeit für die Krankenhäuser verursachte die Umsetzung der Rahmenvereinbarung zum Entlassmanagement des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Nachdem der lange und konfliktreiche Verhandlungsprozess gescheitert war und die Bundesschiedsstelle die sehr bürokratielastige Rahmenvereinbarung schließlich gegen die Stimmen der DKG festgesetzt hatte, war der ursprünglich vorgesehene Start der Umsetzung zum 1. Juli 2017 nicht mehr zu erreichen und wurde auf den 1. Oktober 2017 festgelegt. Doch auch dieser Zeitpunkt war ein ehrgeiziges Ziel, waren doch viele organisatorische Vorkehrungen zu veranlassen, etwa die Beschaffung von Nadeldruckern für die Verordnungsformulare, die Schulung der Ärztinnen und Ärzte über die Regularien der Arzneiverordnung im Rahmen des Entlassmanagements und vieles mehr. Parallel dazu initiierten wir einen Dialog mit einigen interessierten Krankenkassen, die sich mit Sozialdiensten Hamburger Krankenhäuser über praktische Probleme bei der täglichen Organisation des Entlassmanagements austauschten und Lösungen zu finden versuchten. Dies wurde im Folgejahr fortgeführt.

JAN

12

HIGHLIGHTS AUS DEM HKG-KALENDER



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

Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Nachdem Ende 2016 im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine neue dreijährige Übergangsfrist für die Pflegepersonalvorgaben der QFR-RL für Perinatalzentren beschlossen worden war, ging es 2017 erstmals darum, den dafür neu geschaffenen „Klärenden Dialog“ zu führen. In Hamburg hatten alle sieben Perinatalzentren gegenüber dem G-BA erklärt, dass sie die QFR-RL nicht erfüllen könnten. Daher wurden alle sieben in den Klärenden Dialog einbezogen, für den vom Kuratorium der Externen Qualitätssicherung Hamburg (EQS) eine eigene Fachgruppe gegründet wurde. Diese nahm in der zweiten Jahreshälfte ihre Arbeit auf. Ein völlig neues Verfahren musste unter hohem Zeitdruck entwickelt werden; viele Fragen waren zu klären. Im Ergebnis konnte über den Jahreswechsel 2017/2018 mit allen Perinatalzentren eine Zielvereinbarung geschlossen und der geforderte Bericht schließlich beim G-BA abgegeben werden.

Unverändert hohe Schlagzahl in der Schiedsstelle

Die Schiedsstelle nach § 18a KHG tagte 14 Mal im Jahr 2017. Diese beträchtliche Zahl dokumentiert das angespannte Verhandlungsklima zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, das durch mehrere grundsätzliche Fragen zur Rechtsauslegung geprägt war, über die die Schiedsstelle zu entscheiden hatte.

AUSWAHL AUS DEM HKG-KALENDER

12. JAN	Gesundheitspolitischer Jahresauftakt
25. JAN	Seminar zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
27. JAN	Seminar zum Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)
23. FEB	Pressekonferenz Hamburger Krankenhausspiegel, Schwerpunktthema Kardiologie und Herzchirurgie
02. MÄRZ	Seminar „Datenschutz und Schweigepflicht im Krankenhaus“
30. MÄRZ	Seminar „Budgetverhandlung 2017“
04. APR	14. Treffen der Umweltexperten der Hamburger Krankenhäuser
05. APR	Tag der Beschwerdebeauftragten der Hamburger Krankenhäuser
08. MAI	Seminar „MDK-Prüfverfahren“
10. MAI	Seminar „Entlassmanagement“
11. MAI	Senatsempfang für Hamburgs Ausbildungsbeste in der Pflege mit Grußwort von Dr. Claudia Brase
12. MAI	Seminar „Personelle Engpässe im Krankenhaus“

MDK-Strukturprüfungen sorgen weiterhin für Ärger

Die Krankenkassen hatten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bereits 2016 beauftragt, in Hamburg flächendeckend die Voraussetzungen für die Abrechnung verschiedener Komplexpauschalen des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS), insbesondere der intensivmedizinischen Komplexbehandlung, zu überprüfen. Ein großer Teil der durch die Prüfungen ausgelösten Konflikte beschäftigte Krankenhäuser und Krankenkassen im Jahr 2017. Obwohl es bis heute keine Rechtsgrundlage gibt, erklärten sich die Krankenhäuser grundsätzlich auf freiwilliger Basis zu diesen Strukturprüfungen bereit. Dies machte es jedoch notwendig, ein nicht im Gesetz beschriebenes Verfahren gemeinsam sinnvoll auszugestalten und eigene Wege für Konfliktlösungen zu finden. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft schloss daher mit den Krankenkassenverbänden eine Rahmenvereinbarung über Ablauf und Inhalt der Prüfungen ab, die

ein partnerschaftlich abgestimmtes Vorgehen zum Ziel hatte.

Abrechnung von Komplexpauschalen verweigert

Da aber vorab kein Konsens über die Auslegung der OPS-Kriterien erzielt werden konnte, trafen in der Praxis unterschiedliche Sichtweisen aufeinander. Die Krankenkassen folgten der Auffassung des MDK, was zur Folge hatte, dass die Ergebnisse der Strukturprüfungen von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich umgesetzt wurden. Bei einzelnen Kassen führte dies sogar so weit, dass sie ab sofort eine weitere Abrechnung der Komplexpauschale ablehnten und die Beträge für vier Jahre zurückforderten bzw. verrechneten.

Mühsamer Klageweg für Krankenhäuser

Dies versetzte etliche Krankenhäuser in erhebliche Liquiditätsprobleme. Eine Schlichtung ist hier allerdings nicht vorgesehen, sodass betroffene Krankenhäuser sofort den Klageweg beschreiten müssen. Ein weiterer

AUSWAHL AUS DEM HKG-KALENDER

08. JUNI	HKG-Mitgliederversammlung
15. JUNI	Hamburger Krankenhaustag
05. SEPT	Seminar „Entlassmanagement“
08. SEPT	Vortrag von Dr. Claudia Brase im Rahmen der ver.di-Fachtagung „Auf dem Weg zu einer gesetzlichen Personalbemessung“
12. SEPT	15. Treffen der Umweltextperten der Hamburger Krankenhäuser
18. SEPT	30. Gemeinsames Gespräch der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit den Umweltschutzarbeitskreisen der Länder in Hamburg
12. OKT	Seminar „Psych-Personalnachweis-Vereinbarung“
07. NOV	Tag der Beschwerdebeauftragten der Hamburger Krankenhäuser
07. DEZ	HKG-Mitgliederversammlung
14. DEZ	Gründungssitzung der Landesarbeitsgemeinschaft „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung“

Versuch, sich über die Kriterien des OPS für die intensivmedizinische Komplexbehandlung noch zu verständigen, scheiterte leider. Dies führte dazu, dass sich Krankenhäuser, denen vom MDK bereits die nächste Prüfung – die der geriatrischen Komplexbehandlung – angekündigt wurde, diesem Ansinnen nicht mehr zustimmen konnten, ohne vorher Einigung über einen Kriterienkatalog erzielt zu haben. Die Krankenhäuser unterbreiteten hierfür einen Vorschlag.

Landeskrankenhausplanung hält uns in Atem

Die Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans 2020 hielt uns das ganze Jahr 2017 über in Atem. Der ausgeprägte Regulierungswille der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ließ inhaltlich eher einen neuen Krankenhausplan entstehen statt den Krankenhausplan 2020 fortzuschreiben. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft war durchgehend damit beschäftigt, im Sinne der Krankenhäuser gegen die Detailplanung von Teilgebieten und gegen zusätzliche Qualitätsanforderungen des Landes zu argumentieren. Im Ergebnis konnten wir einige

Regelungen deutlich abschwächen oder sogar ganz verhindern.

Krankenhausplan auf Teilgebietsebene

Die Zwischenfortschreibung führte dennoch im Ergebnis erstmalig zu einem Krankenhausplan auf Teilgebietsebene, ergänzt durch landesspezifische Qualitätsanforderungen. Über die Neurochirurgie konnte bereits im Vorjahr ein Konsens erzielt werden, über drei zusätzliche (Teil-) Gebiete jedoch nicht, sodass diese am Ende eines konfliktbeladenen Beratungsprozesses per Rechtsverordnung festgesetzt werden mussten.

Ausweisung von Zentren

Positiv hervorzuheben ist, dass mit der Zwischenfortschreibung die Ausweisung von Zentren, die nach neuer Rechtslage vom Krankenhausplan gefordert wird, zügig umgesetzt werden konnte. Krankenhäuser, die im Krankenhausplan als Zentrum ausgewiesen sind, können über einen entsprechenden Zuschlag verhandeln. Daher gestaltete sich der Beratungsprozess in der Krankenhausplanung konfliktreich. Aus Sicht der Krankenhausgesellschaft

hätte es eine Selbstverständlichkeit sein sollen, dass der medizinische Spitzenstandort Hamburg einen vielfältigen Strauß von Zentren in seinem Leistungsportfolio führt. Die Krankenkassen hingegen sahen dies extrem restriktiv. Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz setzte mit ihrem Vorschlag eine Zentren-Landschaft durch, die nach unserem Verständnis zwar noch nicht alle Leuchttürme der medizinischen Versorgung umfasst, aber dennoch zahlreiche Zentren bestätigt. Damit ist Hamburg das erste Bundesland, das die neue Rechtslage für den Zentrumsbegriff mit Leben erfüllt hat.

Gesundheitspolitik vor der Bundestagswahl

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft beteiligte sich aktiv an der Entwicklung der Positionen der DKG zur 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags. Wir brachten insbesondere die Themen der Metropolenkrankenhäuser ein, die auch im Fokus des Hamburger Krankenhaustags 2017 standen. Unsere Kernforderungen waren und sind ein Ende der Überregulierung, der Missbrauchskultur und der Kontrollbürokratie, des Weiteren die gerechte Refinanzierung der Personalkosten einschließlich der Tarifierhöhungen sowie eine betriebswirtschaftlich ausreichende Investitionsfinanzierung – für Hamburg in Höhe von 175 Millionen Euro pro Jahr.

Pflegekampagne ohne Budget

Der Versuch, die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz in

die finanzielle Verantwortung für eine Imagekampagne zugunsten von Gesundheitsberufen im Krankenhaus zu nehmen, scheiterte leider. Unsere Experten aus Pflegeschulen und Pflegedirektorien hatten einen geeigneten Vorschlag mit Kostenrahmen entwickelt, der vorhandene Instrumente wie das Portal www.pflegeberufe-hamburg.de und andere eingebunden hätte. Die Auffassung unseres Verbands, dass Werbung für Gesundheitsberufe im Allgemeinen eine staatliche Aufgabe sei, überzeugte die Behörde bislang nicht.

Neuer Ausbildungsfonds Pflege

Mit der Hamburgischen Pflegegesellschaft nahmen wir erste Sondierungen auf, um eine gemeinsame Trägerstruktur für die neu zu schaffende „Zuständige Stelle“ zu entwickeln, optimalerweise als GmbH. Diese Stelle soll ab 2020 Träger des Ausbildungsfonds für Pflegeberufe sein. Zum Jahresende gaben wir in einem bilateralen Letter of Intent bekannt, dass wir dieses Projekt gemeinsam weiter konkretisieren wollen, und erweiterten diesen zu einer trilateralen Absichtsbekundung mit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz.

Start der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Am 14. Dezember 2017 konstituierte sich das Lenkungsgremium „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung“ und nahm seine Arbeit auf. Als Geschäftsstelle wurde für die ersten vier Jahre die EQS Hamburg beauftragt. Nun muss gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereini-

gung Hamburg, der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen ein Arbeitsprozess initiiert werden, der die Ergebnisse der ersten beiden sektorenübergreifenden Verfahren bewertet und an die Ärzte und Krankenhäuser zurückmeldet.

Dank an alle Beteiligten

Trotz mancher Widrigkeiten und Stolpersteine war die Zusammenarbeit mit den meisten Partnern der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft im Jahr 2017 insgesamt doch konstruktiv und vertrauensvoll. Dafür danke ich allen Beteiligten und hoffe auf ein weiteres gemeinsames Bekenntnis für eine verlässliche, innovative und endlich gut ausfinanzierte stationäre Gesundheitsversorgung in Hamburg.

Ich danke ganz besonders meinem Team in der Geschäftsstelle und der HKG Health Services GmbH für die hervorragende Arbeit und den engagierten Einsatz, ebenso den beiden Vorsitzenden und den Vorstandsmitgliedern der HKG für die enge Zusammenarbeit und ihr Vertrauen. Mein Dank gilt auch allen Mitgliedskrankenhäusern für ihre rege Unterstützung, insbesondere ihren Mitarbeitern und Experten, die uns in Verhandlungskommissionen und Arbeitsgruppen immer tatkräftig zur Seite gestanden haben.

Ihre

Dr. Claudia Brase

Dr. Claudia Brase

JAN

24

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



Mit dem interdisziplinären „Zentrum für Ältere“ wird im **Asklepios Klinikum Harburg** das vollstationäre Angebot mit 40 Betten in der Geriatrie um ein tagesklinisches Angebot mit 20 Behandlungsplätzen für die Gerontopsychiatrie und weiteren zehn für die Geriatrie ergänzt.

KRANKENHAUS – QUO VADIS? SIND WIR AUF DEM RICHTIGEN WEG?

HAMBURGER KRANKENHAUSTAG 2017

Krankenhaus – quo vadis? Das fragen sich nicht nur in Hamburg die Krankenhäuser, ihr Personal, verantwortliche Politiker und nicht zuletzt die Öffentlichkeit. Im Jahr der Bundestagswahl lag es nahe, den Blick auf die kommende Legislaturperiode zu richten und die aus Sicht der Krankenhäuser notwendigen Weichenstellungen aufzuzeigen und zu diskutieren. Hierzu lud die Hamburgische Krankenhausgesellschaft zu ihrem alljährlichen Hamburger Krankenhaustag am 15. Juli 2017 traditionell in das Hotel Hafen Hamburg ein.



Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hatte Ende März 2017 die Positionen der Krankenhäuser für die kommende Legislatur-

periode des Deutschen Bundestags mit dem Titel „Patientenwohl und Daseinsvorsorge“ der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Hamburgische Kran-

kenhausgesellschaft hatte sich stark in die Erarbeitung dieser Positionen eingebracht und wollte diese auch in Hamburg intensiv diskutiert sehen.



Der große Kongresssaal des Hotels Hafen Hamburg war beim Hamburger Krankenhaustag 2017 wieder bis auf den letzten Platz besetzt.

Außerdem wollte sie den einen oder anderen Akzent aus Metropolsicht setzen. Hierzu stellte der Hamburger Krankenhaustag ein geeignetes Forum dar.

Nach den Grußworten des Ersten Vorsitzenden der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft, Werner Koch, und der Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, Cornelia Prüfer-Storcks, stellte der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Thomas Reumann, die gesundheitspolitischen Positionen der DKG vor und zeigte die Widersprüche der Gesetzgebung zwischen den gesetzten Zielen und den ergriffenen Maßnahmen auf. Die DKG-Positionen benennen die notwendigen ordnungspolitischen Schritte, um die Gesundheitspolitik widerspruchsfreier und bürokratieärmer zu machen, die Arbeitsbedingungen für das Krankenhauspersonal zu verbessern und Versorgung aus einer Hand für die Patienten Realität werden zu lassen.

Selbst geschaffene Widersprüche überwinden

Eine an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitspolitik müsse die vielen von ihr selbst geschaffenen Widersprüche überwinden, forderte Reumann. Bürokratie, Misstrauens- und überzogene Kontrollkultur sowie chronische Unterfinanzierung müssten ein Ende haben. Um die Versorgung der Menschen langfristig in Flächenländern und Metropolregionen gleichermaßen auf einem

Ausreichende Investitionen der Freien und Hansestadt Hamburg in die Infrastruktur der hiesigen Krankenhäuser sind die Basis für Spitzenmedizin. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft setzt sich politisch für eine langfristig gesicherte Investitionsfinanzierung in betriebswirtschaftlich notwendigem Umfang ein.

Arne Berndt, Geschäftsführer der Schön Klinik Hamburg Eilbek



hohen Qualitätsniveau zu sichern, sollten alle Beteiligten buchstäblich an einem Strang und in die gleiche Richtung ziehen. Damit das gelinge, seien die Rahmenbedingungen für ein faires Miteinander deutlich zu verbessern.

Im Anschluss zeigte Prof. Dr. Günter Neubauer vom Institut für Gesundheitsökonomik in München die langfristigen Entwicklungsperspektiven des Gesundheitswesens auf und warf einen Blick teils bis über die Jahrhundertmitte hinaus. Als globale Treiberfaktoren für die nächsten

Jahrzehnte machte er die demografische Entwicklung und den damit verbundenen Bedarf an flexibleren Versorgungsformen sowie die wissenschaftlich-technische Entwicklung, insbesondere die Digitalisierung, aus.

Auf nationaler Ebene kämen Faktoren wie die gewachsene Krankenhausstruktur mit vielen kleinen, wenig spezialisierten Krankenhäusern, der Rationalisierungsdruck und Qualitätswettbewerb, die zurückgehende Trägervielfalt und die allgemeine anhaltende Investitionsschwäche hinzu. Das gegenwärtige



V.l.n.r.: Thomas Reumann, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, Werner Koch, erster Vorsitzender der HKG, und Dr. Claudia Brase, Geschäftsführerin der HKG



Interessenvertretung auf der politischen Bühne ist das Eine – aber auch bei den vielen „kleinen“ Fragen und Problemen, die in der täglichen Verwaltungspraxis aufkommen, hilft die Hamburgische Krankenhausgesellschaft konkret und schnell.

Roswitha Dethlefs, Geschäftsführerin der Klinik Fleetinsel Hamburg

die öffentliche Wahrnehmung, es würden zu wenige Pflegekräfte eingesetzt und die Patienten daher pflegerisch nicht ausreichend versorgt, die Pflegequalität sinke ebenso wie die Patientenzufriedenheit und

Hauptproblem sei zweifelsohne das stetige Auseinanderdriften der vorhandenen Versorgungsstrukturen und der Bedarfsentwicklung, das zu zunehmender Unter-, Über- und Fehlversorgung führe, so Prof. Neubauer. Für die kommenden Legislaturperioden sah er daher besonderen Bedarf an einer grundlegenden Reform der Krankenhausfinanzierung sowie an tiefgreifenden gesundheitspolitischen Struktur-reformen.

Zukunft der Pflege im Krankenhaus

Speziell mit der Zukunft der Pflege im Krankenhaus beschäftigte sich Prof. Dr. Boris Augurzky vom Rheinisch-Westfälischen Institut



Prof. Dr. Günter Neubauer vom Institut für Gesundheitsökonomik in München sprach über langfristige Entwicklungsperspektiven des Gesundheitswesens in Deutschland

für Wirtschaftsforschung in Essen. In seinem Vortrag überprüfte er

die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte aufgrund immer schlechterer Arbeitsbedingungen. Dies führte ihn zu der Fragestellung, ob eine Erhöhung der Zahl der Pflegekräfte in Form von Personalmindestvorgaben die Pflegequalität und die Zufriedenheit verbessern könne.



Joachim Gemmel, zweiter Vorsitzender der HKG, und Prof. Dr. Günter Neubauer, Institut für Gesundheitsökonomik, München

Effiziente Prozesse, gutes Pflegemanagement

Aufgrund der Studienlage lässt sich allerdings kein direkter Zusammenhang zwischen Personalbesetzung und Pflegequalität herstellen. So ist die Zahl der Pflegekräfte je Fall und Belegungstag in den vergangenen Jahren zwar zurückgegangen, die Patientenzufriedenheit zum Beispiel

blieb jedoch in fast allen Erhebungen weitgehend unverändert, die Dekubitus-Rate als Indikator möglicher Pflegemängel ging sogar merklich zurück. Am Ende sei es unklar, ob die Versorgungsqualität im Krankenhaus durch eine Umschichtung der Ressourcen in Richtung Pflege tatsächlich erhöht werden könne. Es käme vielmehr auf effiziente Prozesse und gutes Pflegemanagement, auf die Verlagerung pflegeferner Leistungen, auf Bürokratieabbau und Digitalisierung an. Die wettbewerbliche Ausrichtung des DRG-Systems erfordere, dass jedes Krankenhaus im Rahmen eines Qualitätswettbewerbs selbst über den Ressourceneinsatz entscheiden können müsse, daher seien Freiräume beim Einsatz von Pflegepersonal nötig.

Abschließende Podiumsdiskussion

Die Erkenntnisse aus den vorangegangenen Referaten diskutierten im Anschluss, neben den Vortragenden, auf dem Podium der parlamentarische Geschäftsführer der FDP-Fraktion in der Hamburgischen Bürgerschaft und Bürgerschafts-abgeordnete Michael Kruse, der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Walter Plassmann, das Vorstandsmitglied der BARMER, Dr. Mani Rafii, sowie die HKG-Geschäftsführerin Dr. Claudia Brase.

Mit einem gemeinsamen Mittagessen und der Gelegenheit zum fachlichen und persönlichen Austausch endete der Hamburger Krankenhaustag 2017.

Ausufernde Dokumentationspflichten und Kodiertätigkeiten nehmen immer mehr Zeit in Anspruch. Es ist daher von größter Bedeutung, dass sich die Hamburgische Krankenhausgesellschaft dafür einsetzt, dass die Bürokratie nicht noch weiter zunimmt. Angesichts des Pflegenotstandes müssen sich unsere Ärztinnen und Ärzte, Schwestern und Pfleger auf unsere kleinen Patienten konzentrieren können.



Henning David-Studt, Geschäftsführer des Kath. Kinderkrankenhauses Wilhelmstift



Werner Koch, erster Vorsitzender der HKG, im Gespräch mit Thomas Reumann, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft



Bei der Podiumsdiskussion sprachen (v.l.n.r.) Prof. Dr. Boris Augurzky, Thomas Reumann, Dr. Claudia Brase, Walter Plassmann, Dr. Mani Rafii und Michael Kruse

REGELUNGSFLUT VERKOMPLIZIERT KRANKENHAUSPLANUNG

ZWISCHENFORTSCHREIBUNG KRANKENHAUSPLAN 2020

Kurz vor Weihnachten 2017 veröffentlichte die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz die Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans 2020. Sie enthält so viele methodische und inhaltliche Veränderungen, dass es sich im Grunde um einen ganz neuen Krankenhausplan handelt. Erstmals beziehen sich die Regelungen sogar auf einzelne Teilgebiete der Krankenhausversorgung. Eigene Qualitätsanforderungen der Freien und Hansestadt Hamburg sollen bundesweit geltende Bestimmungen ergänzen oder übertreffen. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft lehnte die Zwischenfortschreibung aus mehreren Gründen ab.

Die Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans 2020 begann wie gewohnt mit Analysen der Belegungsdaten sowie mit der Zusammenstellung von Anträgen einzelner Krankenhäuser auf zusätzliche Betten und der Vorbereitung entsprechender Beratungen. Erstmals waren die Krankenhäuser auch aufgerufen worden, Anträge zu stellen, um

als Zentren nach neuer Rechtslage ausgewiesen werden zu können. Die Finanzierungsregelung für Zentrumszuschläge nach altem Recht lief zum Jahresende 2017 aus. Ab Anfang 2018 müssen Krankenhäuser im Krankenhausplan eines Landes als Zentrum ausgewiesen sein, um mit den Krankenkassen über entsprechende Zuschläge verhandeln zu können.

FEB

7

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



Die Asklepios Klinik Altona präsentiert das erste da-Vinci-XI System in Hamburg für roboterassistiertes Operieren auf höchstem Niveau in den vier Fachrichtungen Allgemein-, Viszeral und Gefäßchirurgie, Spezielle operative und onkologische Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Urologie.

Krankenhausplan auch für Teilgebiete

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz hatte bereits im Krankenhausplan 2020 angekündigt, mit der Zwischenfortschreibung die Krankenhausplanung auf Teilgebiete ausweiten zu wollen und dies auch in die Praxis umzusetzen. Die HKG hatte schon vor drei Jahren intensiv gegen einen solchen planerischen Detaillierungsgrad argumentiert. Die Definition eines Teilgebiets als Fachabteilung ist schwer mit der heute üblichen Krankenhausorganisation der interdisziplinären Belegung von Stationen und mit der Zentrenbildung in Einklang zu bringen. Fachabteilungen müssen bereits jeweils für die Qualitätsberichtserstattung, für die Meldungen an das Statistische Bundesamt und für die Vereinbarung von Abrechnungsschlüsseln definiert werden. Nun kommt mit der Zuordnung von Teilgebieten im Krankenhausplan eine vierte Definition hinzu, die zu Inkonsistenzen und zahlreichen Folgefragen, z.B. für Budgetverhandlungen, führt. Zudem läuft die Ausweisung von Teilgebieten der Forderung der HKG nach einer Rahmenplanung des Landes entgegen, die die planerischen Vorgaben auf das Notwendigste beschränken will. Der Freiraum der Krankenhäuser, Spezialisierungen, Schwerpunkte und besondere Versorgungsangebote zu entwickeln, wird damit deutlich beschnitten.

Verknüpft mit der Ausweisung von Teilgebieten, schlug die Behörde vier ergänzende Qualitätsanforderungen für die Fachgebiete Herzchirurgie,

Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie und Viszeralchirurgie vor. Die HKG hatte bereits frühzeitig ihre Bereitschaft signalisiert, sich konstruktiv mit ergänzenden Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung auseinanderzusetzen, sofern für diese eine belastbare wissenschaftliche Erkenntnislage vorliegt – so wie es auch das Hamburgische Krankenhausgesetz vorsieht.

Qualitätsanforderungen für weitere Gebiete

Nachdem Ende 2016 nach einem langen Diskussionsprozess landeseigene Qualitätsanforderungen für die Neurochirurgie einvernehmlich verabschiedet worden waren, überraschte der Vorstoß der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz sehr, nunmehr kurzfristig Qualitätsanforderungen für weitere Fach- und Teilgebiete einführen zu wollen. Der schwierige Entwicklungsprozess in der Neurochirurgie hatte aufgezeigt, wie anspruchsvoll es sein kann, einzelne Parameter für ein bestimmtes Fachgebiet festzulegen. Für jedes Gebiet sind zunächst wissenschaftliche Studien, Leitlinien, Empfehlungen sowie Zertifikate von Fachgesellschaften auf geeignete Kriterien und ihre Evidenz zu durchforsten.

Ergebnisqualität vor Strukturqualität

Grundsätzlich räumt die HKG Kriterien zur Ergebnisqualität den Vorrang vor Struktur- und Prozessqualitätskriterien ein. Für letztere gibt es bislang keinen ausreichenden wissenschaftlichen Nachweis, dass sie die Qualität einer medizinischen

Mit ihrem täglichen Newsletter hält uns die Hamburgische Krankenhausgesellschaft verlässlich auf dem Laufenden über alle aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik auf Landes- und Bundesebene.



Christian Quack, Geschäftsführer des Ev. Amalie Sieveking-Krankenhauses

Behandlung tatsächlich erhöhen. Zu diesem Ergebnis kam auch das zwischenzeitlich von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz in Auftrag gegebene und Anfang 2017 abgenommene „Gutachten zur Ermittlung geeigneter Qualitätsanforderungen für die Krankenhausplanung der Freien und Hansestadt Hamburg“ des IGES-Instituts.

Das Gutachten erhob umfangreich mögliche fachgebietsbezogene Struktur- und Prozesskriterien. Es kam jedoch zu der Bewertung, dass

zwar viele Kriterien in der Krankenhausplanung kurzfristig umsetzbar seien, dass ein Zusammenhang mit einer messbaren Qualitätsverbesserung aber nicht nachzuweisen sei. Für die HKG ist die Qualität, die sich im Ergebnis einer medizinischen Behandlung beim Patienten zeigt, das Maß aller Dinge. Struktur- und Prozessanforderungen erzeugen hingegen unmittelbar viel zusätzliche Bürokratie und hohe Kosten, ohne dass ihre Wirksamkeit in der Regel nachgewiesen ist.

APR

1

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



Das **Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg** nimmt ein zusätzliches Angiografie-System in Betrieb. Mit der neuen Anlage werden die Behandlungskapazitäten der Klinik für Gefäßmedizin an die gestiegene Patientennachfrage angepasst.



Große Metropolenkrankenhäuser haben in der bundesweiten Kliniklandschaft besondere Funktionen und Bedürfnisse. Sie sind medizinische Leuchttürme und besitzen überregionale, bisweilen sogar internationale Strahlkraft. Sie brauchen eine starke Interessenvertretung wie die Hamburgische Krankenhausgesellschaft.

Dr. Ulrich Knopp, Geschäftsführender Direktor der Asklepios Klinik Nord

Beste Qualität in der Herzchirurgie

Auf Unverständnis stieß daher insbesondere die Auswahl der Herzchirurgie, da gerade hier die Qualitätsergebnisse der Hamburger Kliniken, die seit Jahren schon im Hamburger Krankenhausspiegel für jedermann zugänglich veröffentlicht werden, weit besser sind als der Bundesdurchschnitt. Die Sterblichkeit bei offen-chirurgischen

Herzklappen-Operationen liegt in Hamburg nur bei 0,8 %, im Bundesdurchschnitt hingegen bei 3,0 %. Neurologische Komplikationen wie Schlaganfälle treten bei kombinierten Bypass-Herzklappen-Operationen bei nur 0,6 % der Hamburger Patienten auf, bundesweit bei dreimal so vielen. Warum daher ausgerechnet in diesem Fachgebiet mit hervorragender Performance Qualitätsverbesserungen durch landeseigene Vorgaben notwendig sein sollten, erschloss sich nicht.

Umstrittene Pflegepersonalschlüssel

Besonders konfliktträchtig erwies sich in den Hamburger Qualitätsanforderungen ein konkret vorgeschriebener Pflegepersonalschlüssel pro Patient. Hier konnten weder die Argumente der Krankenhäuser, dass Stationen heute interdisziplinär belegt werden und dass Pflegekräfte im Qualifikationsmix mit anderen Gesundheitsberufen und mit Assistenzpersonal arbeiten, noch die fehlende Refinanzierung des geforderten zusätzlichen Pflegepersonals überzeugen. Eigene, flexible Steuerungsmöglichkeiten je nach Gesundheitszustand und Betreuungsbedarf eines individuellen Patienten bleiben dem Krankenhaus nicht. Kann ein Personalschlüssel auch nur über wenige Tage hinweg nicht erfüllt werden, drohen Sanktionen bis hin zum Verlust des Versorgungsauftrags.

Abgesehen vom erheblichen zusätzlichen Dienstleistungs- und Dokumentationsaufwand, erweist sich der Fachkräftemangel als das größte Hindernis für die Umsetzung. Nach eigener Erhebung fehlten bereits vor der Ankündigung zusätzlicher Pflegepersonalschlüssel in den Hamburger Krankenhäusern 5.700 Pflegekräfte in den kommenden fünf Jahren. Aktuell sind über 400 Stellen in der Krankenhauspflege unbesetzt.

APR

5

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



Bis zu 700 Patienten und Besucher kommen täglich durch den Haupteingang in die Asklepios Klinik Wandsbek. Ein Besucherstrom, der seit Jahren zunimmt. Während der in die Jahre gekommene Klinikbau schon in großen Teilen saniert, modernisiert und erweitert wurde, ist nun auch das Entrée der Klinik komplett neugestaltet.

Gerade in einer Metropole wie Hamburg mit vielen großen Playern benötigen auch kleinere Kliniken tatkräftige Unterstützung auf der gesundheitspolitischen Ebene. Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft behält auch unsere Interessen stets im Blick und setzt sich für alle ihre Mitglieder gleichermaßen engagiert ein.



Mike Koldewey, Geschäftsführer der Praxisklinik Bergedorf

Refinanzierung bleibt weiterhin ungeklärt

Überdies war die Frage der Refinanzierung der erheblichen Zusatzkosten, die durch landesspezifische ergänzende Qualitätsanforderungen verursacht werden, im Vorfeld nicht geklärt worden und bleibt weiter ungelöst. Nach Schätzungen der HKG belaufen sie sich allein für die ersten drei anvisierten Fachgebiete auf einen zweistelligen Millionenbetrag, der nicht über Fallpauschalen gegenfinanziert wird, sondern von den Krankenhäusern wieder einmal durch Einsparungen aus dem laufenden Betrieb erwirtschaftet werden muss. Die Hamburger Krankenhäuser laufen zudem Gefahr, in erheblichen wirtschaftlichen Nachteil gegenüber Häusern in anderen Bundesländern zu geraten.

Teilstationäre Kapazitäten zu niedrig geplant

Ein weiterer Kritikpunkt in der Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans war die teilstationäre Versorgung. Eine Anpassung der teilstationären Behandlungsplätze sollte sich nach dem Verständnis der Krankenhäuser grundsätzlich nach der Ist-Belegung und den tatsächlichen Verweildauern in den Tageskliniken richten. Die von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz geplanten zusätzlichen Kapazitäten sind im Ergebnis zu niedrig, werden dem Versorgungsbedarf nicht gerecht und bringen den Krankenhäusern dadurch auch ernsthafte wirtschaftliche Nachteile.

Zu wenig Plätze in psychiatrischen Tageskliniken

Zur Zwischenfortschreibung hatten die Hamburger Krankenhäuser 363 zusätzliche Betten (255 in somatischen und 108 in psychiatrischen Fachgebieten) sowie 371 teilstationäre Plätze (67 somatisch, 304 psychiatrisch, davon 182 Psychiatrie und Psychotherapie, 10 Kinder- und Jugendpsychiatrie, 112 Psychosomatik) beantragt. Im Ergebnis wies die Behörde 361 zusätzliche Betten und

40 teilstationäre Behandlungsplätze aus und erreichte damit bereits den ursprünglich erst für 2020 prognostizierten Bedarf. Gerade in den psychiatrischen Fachgebieten aber fiel die Kapazitätsaufstockung nach Einschätzung der HKG deutlich zu niedrig aus.

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN

JUNI

12



Das Asklepios Westklinikum Hamburg eröffnet den Erweiterungsbau für die Psychiatrie. Durch die räumliche und inhaltliche Neugestaltung werden die Behandlungsbedingungen für Patienten in akuten psychischen Krisen deutlich verbessert.

KLINISCHE ZENTREN AB 1. JANUAR 2018

Versorgungsbereich/Zentrum	Krankenhaus
Adipositaszentrum (Zentrum zur Behandlung von extremem Übergewicht)	Schön Klinik Hamburg Eilbek
Brustzentrum	Krankenhaus Jerusalem
Endoprothetik-Zentrum (Zentrum für Gelenk-Ersatz)	Helios Endoklinik Hamburg
Epilepsiezentrum	Ev. Krankenhaus Alsterdorf
Hernienzentrum (Zentrum für Leisten- und Narbenbrüche)	Wilhelmsburger Krankenhaus Groß Sand
Herzzentrum	Universitäres Herzzentrum am UKE Albertinen-Krankenhaus Asklepios Klinik St. Georg
Kinderorthopädisches Zentrum	Altonaer Kinderkrankenhaus
Komplexe und seltene Infektionen und Tropenkrankheiten	Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
Onkologisches Zentrum	Asklepios Klinik Barmbek (für die Hamburger Asklepios Kliniken) Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (einschl. Kinder-Hämatologie und -Onkologie)
Schwerbrandverletzentzentrum	BG Klinikum Hamburg
Schwerbrandverletzentzentrum Kinder u. Jugendliche	Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

JUNI

14

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



In der Asklepios Klinik Nord – Heidberg wird der Grundstein für einen Neubau gelegt, mit dem die Bereiche Neonatologie und Neurologie erweitert und neu strukturiert werden. V.l.n.r.: Dieter Statz, Projektleiter Bau der Asklepios Kliniken, Dr. Susanne Schmidtke, Chefärztin Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz, Prof. Dr. Günter Seidel, Chefarzt Neurologie und Neurologische Frührehabilitation, und Joachim Gemmel, Geschäftsführender Direktor der Asklepios Klinik Nord.

Neu: 32 Zentren in Hamburg

Mit dem Ziel einer weiteren Spezialisierung innerhalb der Hamburger Krankenhauslandschaft hatte die Behörde in der Zwischenfortschreibung erstmals eine Liste von 32 Krankenhäusern vorgelegt, denen zum 1. Januar 2018 der offizielle Status eines Zentrums zuerkannt wurde. Solche Zentren gibt es in Hamburg aktuell für 21 Versorgungsbereiche (siehe Seite 24 und 26). Die Hamburger Krankenhäuser hatten insgesamt 89 Anträge gestellt, als Zentrum anerkannt zu werden.

Mit der Anerkennung als Zentrum sind besondere Ausstattungsvoraussetzungen und Aufgaben verbunden, auf der anderen Seite aber auch die Möglichkeit, über Zuschläge zu verhandeln zu können. Das Anerkennungsverfahren war in den

Versorgungsbereich/Zentrum	Krankenhaus
Seltene Erkrankungen	Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf Universitäres Herzzentrum am UKE
Transplantationszentrum	Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf Universitäres Herzzentrum am UKE
Überregionale Stroke Unit (Schlaganfallzentrum)	Asklepios Klinik Altona Asklepios Klinik Barmbek Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
Überregionales Traumazentrum (Schwerverletztenzentrum)	Asklepios Klinik Altona Asklepios Klinik Nord Asklepios Klinik St. Georg Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
Viszeral-medizinisches Zentrum (Bauchchirurgisches Zentrum)	Israelitisches Krankenhaus
Zentrum für Altersmedizin	Albertinen-Krankenhaus (für das Netzwerk freier Träger) Asklepios Klinik Nord (für das Netzwerk der Asklepios Kliniken)
Zentrum für contergan-geschädigte Menschen	Schön Klinik Hamburg Eilbek
Zentrum für Kinder-Handchirurgie	Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Zentrum für querschnittgelähmte Menschen	BG Klinikum Hamburg
Zentrum für vaskuläre Anomalien (Gefäßmissbildungen) im Kindesalter	Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Beratungen stark umstritten und die Ausgestaltung der Vorgaben schwierig. Dennoch erwies sich die Zusammenarbeit mit der Behörde im Landesausschuss als konstruktiv und als ein zukunftsweisender Einstieg in die Thematik.

Weiterentwicklung notwendig

Aus der Sicht der HKG wären für eine Weiterentwicklung der Zentren-Struktur perspektivisch noch Ergänzungen notwendig, etwa für weitere organbezogene Zentren wie Lungen-, Nieren- und Gefäßzentren, für Zentren, die sich auf besonders anspruchsvolle Krankheitsbilder fokussieren und hier eine spezielle Kompetenz aufgebaut haben, sowie für die hochqualifizierten Hamburger Perinatalzentren.

SEPT

1

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



Das *Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand* und das *Marienkrankenhaus Hamburg*, die durch ihre katholische Trägerschaft verbunden sind, eröffnen ein gemeinsames Zentrum für Notfall- und Akutmedizin und damit eine der größten Notaufnahmen der Stadt. Das *Marienkrankenhaus* verfügt über eine zertifizierte Chest Pain Unit, eine Stroke Unit und ein Traumazentrum, das *Krankenhaus Groß-Sand* über ein Herzkatheterlabor direkt in der Notaufnahme. In beiden Kliniken gibt es eine Portalpraxis, in denen Patienten mit weniger dringlichen Erkrankungen behandelt werden können.

„KLÄRENDE DIALOG“ VOLLER UNKLARHEITEN

QUALITÄTSSICHERUNGSRICHTLINIE FRÜH- UND REIFGEBORENE

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verordnete, bundesweit geltende Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) schreibt bereits seit dem 1. Januar 2014 eine festgelegte Anzahl an fachweitergebildeten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräften und an Personal der pädiatrischen Intensivpflege für Perinatalzentren Level 1 und 2 vor. Die unzureichende Verfügbarkeit dieser Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt macht eine Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2017 erforderlich, die kurz vor ihrem Ablauf bis zum 31. Dezember 2019 verlängert werden musste, da sonst die Versorgung von Frühgeborenen hätte eingestellt werden müssen. Zentren, die die Verlängerung in Anspruch nehmen – und das sind in Hamburg alle – müssen nun in einem „Klärenden Dialog“ umfangreich ihre personelle Situation, ihre Dienstpläne und ihre Bemühungen auf dem Arbeitsmarkt erläutern. Dies ermöglichte allen Beteiligten tiefe Einblicke in die täglichen Herausforderungen der Perinatalzentren.

Die Qualitätsanforderungen des G-BA für intensivtherapiepflichtige und intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene betreffen in Hamburg

insgesamt sieben Perinatalzentren. Fünf davon gehören als Level 1-Zentrum zur höchsten Versorgungsstufe, zwei weitere haben den Status eines Level 2-Perinatalzentrums. Die Fach-

gruppe, die vom Kuratorium der Externen Qualitätssicherung Hamburg (EQS) beauftragt wurde, die Klärenden Dialoge mit diesen Perinatalzentren durchzuführen, setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen, der Ersatzkassen, der Hamburgischen Krankengesellschaft sowie der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz zusammen und wird durch Vertreter der Ärztekammer Hamburg sowie des Pflegerats unterstützt. Ab August 2017 befasste sich die Fachgruppe in zwölf Sitzungen ausführlich mit den Unterlagen der Perinatalzentren und führte intensive Gespräche mit diesen. Mit nahezu allen Häusern gab es je zwei Klärende Dialoge, für die zahlreiche Informationen, Musterformulare, Fragebögen, Checklisten, Dienst- und Zeitpläne zu analysieren waren.

SEPT

14

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



Nach drei Jahren Bauzeit wird am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) die Werner und Michael Otto Universitätskinderklinik, genannt Kinder-UKE, feierlich eröffnet. Sie ist die modernste Kinderklinik des Nordens und ganz auf die Bedürfnisse kranker Kinder und Jugendlicher sowie ihrer Familien zugeschnitten. Der Bau des Kinder-UKE wurde zu einem Drittel aus Spenden finanziert.

Fokus auf Strukturqualität

Die Beurteilung und Sicherung von Qualität in diesem komplexen Bereich muss Strukturen, Prozesse und Ergebnisse gleichermaßen im Blick haben. Im Rahmen des Klärenden Dialogs wurde mit den Personalschlüsseln der Fokus vom G-BA nur auf die pflegerische Strukturqualität gelegt. In einem sehr bürokratischen Verfahren werden die Zahlen von Kinderkrankenpflegekräften und pädiatrischen Intensivpflegekräften pro Schicht und pro Tag den Zahlen der intensivpflichtigen frühgeborenen Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm gegenübergestellt. Die Qualitätsanforderung gilt als erfüllt, wenn nach

einer komplizierten Rechenregel der vorgeschriebene Personalschlüssel eingehalten wurde.

Hohe tatsächliche Ergebnisqualität

Dieses komplizierte Verfahren wird weder dem hohen Engagement der Fachkräfte-Teams in den Perinatalzentren gerecht, mit denen diese täglich die Versorgung der Frühgeborenen und kranken Neugeborenen sicherstellen, noch der hohen tatsächlichen Ergebnisqualität, die kontinuierlich gemessen und in den Internet-Portalen hamburger-krankhauspiegel.de und perinatalzentren.org veröffentlicht wird. Die Qualität der Versorgung ist trotz der angespannten pflegerischen Situation in Hamburg in nahezu allen Bereichen und Zentren überdurchschnittlich. Die Früh- und Reifgeborenen haben in Hamburger Perinatalzentren eine höhere Überlebenschance als im Bundesdurchschnitt. Die Fachweiterbildungsquote in der pflegerischen Versorgung liegt zudem bei allen Einrichtungen über den geforderten Mindestwerten der QFR-RL.

Fehlende allgemeingültige Struktur der GBA-Vorgaben

Eine besondere Herausforderung waren die fehlende allgemeingültige Struktur der G-BA-Vorgaben, die unklaren Formulierungen und der Mangel an detaillierten Hinweisen für den Klärenden Dialog. Die vielen Interpretationsmöglichkeiten beschäftigten nicht nur die Fachgruppe in Hamburg.

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft bündelt die Interessen der betroffenen Krankenhäuser, zum Beispiel der Perinatalzentren bei der Umsetzung der G-BA-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, und gibt ihnen damit eine gemeinsame Stimme.



Phillip Frösche, Geschäftsführer der HELIOS Mariahilf Klinik Hamburg

Schon aufgrund der krankenhausspezifisch unterschiedlichen Zusammensetzung der Patienten eines Perinatalzentrums ist ein Qualitätsvergleich zwischen den Perinatalzentren daher nur eingeschränkt möglich, zwischen den Bundesländern gar nicht.

Die Erfassung der Daten sowie die Auswertung und Diskussion im Rahmen des Klärenden Dialogs haben sich als extrem zeitaufwendig erwiesen.

Aus Sicht der Krankenhäuser müsste es das Ziel sein, nach der Analyse der Detaildaten aus den Klärenden Dialogen aller Bundesländer zu einem vereinfachten Verfahren zu kommen. Mit Hilfe der gewonnenen Informationen müsste die QFR-RL an die reale Versorgung und an die tatsächlichen Umsetzungsmöglichkeiten angepasst sowie parallel dazu eine evidenzbasierte Grundlage für Pflegebetreuungs-schlüssel entwickelt werden.

OKT

19

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



Anlässlich des 250. Geburtstags seines Stifters Salomon Heine lädt das Israelitische Krankenhaus zu einer Feierstunde mit historischen Vorträgen, einem Dokumentarfilm und der Einweihung einer Gedenktafel für frühere Mitarbeiter des Krankenhauses, die während der NS-Diktatur vertrieben oder ermordet wurden.



Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft steht in kontinuierlichem Dialog mit ihren Mitgliedskrankenhäusern, um in Verhandlungen und Diskussionen deren aktuelle Erwartungen und Standpunkte vertreten und neue Aspekte berücksichtigen zu können. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für eine schlagkräftige Verbandsarbeit.

Ralf Zastrau, Geschäftsführer des Albertinen-Krankenhauses

Fester Personalschlüssel ist fachlich unsinnig

Ungelöst ist für die Perinatalzentren heute das Problem, dass für Früh- und Reifgeborene unter 1.500 Gramm ein fester Personalschlüssel eingehalten werden muss ohne Rücksicht auf den tatsächlichen Betreuungsaufwand.

Dieses Personal fehlt dann möglicherweise bei anderen ebenfalls intensiv zu betreuenden, schwereren Frühgeborenen und kranken Neugeborenen. Im Ergebnis werden die Krankenhäuser dadurch gezwungen, ihr Pflegepersonal nicht entsprechend dem tatsächlichen Pflegebedarf der kleinen Patienten einzusetzen.

QFR-RL kollidiert mit der Realität

Unberücksichtigt bleibt außerdem der Einsatz von zusätzlichem Personal, z.B. medizinischen Fachangestellten oder Pflegeassistentinnen und -assistenten, die die spezialisierten Pflegekräfte von zahlreichen Aufgaben entlasten. Wenn ein Perinatalzentrum solches Personal aufgrund starrer Personalvorgaben nicht mehr einsetzen kann, belastet es auf diese Weise seine Pflegefachkräfte unnötig mit Arbeiten, die sie von der Pflege an ihren Patienten fernhalten. Eine so detaillierte Personalvorgabe, wie die QFR-RL sie enthält, kollidiert daher an allen Ecken und Enden mit den tatsächlichen Erfordernissen der täglichen, sehr individuellen Patientenversorgung und kann daher bestenfalls eine Richtgröße sein.

DEZ

8

HIGHLIGHTS AUS DEN KRANKENHÄUSERN



Die Asklepios Klinik St. Georg eröffnet ihr neues Gebäude für Herz- und Gefäßmedizin. Es beherbergt ein hochmodernes Labor für elektrophysiologische Untersuchung und eine Angiographiekatheter-Anlage. Patienten mit Herzrhythmusstörungen, Schlaganfällen und Gefäßerkrankungen profitieren hier von dreidimensionaler, hochauflösender Bildgebung und deutlich reduzierter Strahlenbelastung.

Bei allem konstruktiven Engagement der Beteiligten und bei aller Transparenz und Kooperation der Perinatalzentren stellt sich die Frage, welchen praktischen Nutzen der höchst aufwendige Klärende Dialog zeitigt und welchen Einfluss er letztendlich auf das Grundproblem – den Fachkräftemangel – nehmen kann.

AUSBLICK AUF 2018

DAS KRANKENHAUS DER ZUKUNFT

Die ökonomischen und personellen Rahmenbedingungen, innerhalb derer Krankenhäuser agieren können und müssen, stehen in immer stärkerem Kontrast zu den Erwartungen und Anforderungen von Politik und Gesellschaft. Dieses zunehmende Spannungsverhältnis ist für die Hamburgische Krankenhausgesellschaft im Jahr 2018 Anlass, eine grundsätzliche Diskussion anzustoßen: Welche Art von Krankenhaus wollen wir? Wie stellen wir uns das Krankenhaus der Zukunft vor? Die verschiedenen Akteure verfolgen in dieser Hinsicht sehr unterschiedliche Zielsetzungen. Um die Zukunft der stationären Versorgung in Hamburg und Deutschland langfristig zu sichern, ist aber genau in dieser elementaren Frage gesellschaftlicher Konsens notwendig.

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft bringt zehn Positionen, die aus ihrer Sicht das Krankenhaus der Zukunft beschreiben, in die Diskussion ein. Sie skizzieren keine idealistische Vision, sondern zeigen die realen Anforderungen der Gesellschaft an ein modernes, leistungsfähiges und zukunftsorientiertes Krankenhaus auf – und damit die zentralen Problempunkte, die endlich nachhaltig zu lösen sind.

1 Schnelle und verlässliche Versorgung

Krankenhäuser sind heute für jeden Patienten jederzeit zugänglich. Hamburger Krankenhäuser versorgen über 500.000 Patienten im Jahr stationär, hinzu kommt eine hohe Zahl ambulanter Behandlungen. Der unmittelbare Zugang im Notfall und die Wahlmöglichkeit bei geplanten Behandlungen zeichnen das deutsche Gesundheitssystem aus und haben für Patienten hohen Wert. Es gibt keine Wartelisten oder gar Rationierungen von Gesundheitsleistungen.

Krankenhäuser sollen auch in Zukunft jederzeit in der Lage sein, Patienten angemessen, schnell und unkompliziert zu versorgen. Auch für geplante Krankenhausaufenthalte müssen ausreichende Kapazitäten bereitstehen. Der direkte Zugang zum Krankenhaus ist zwingend zu erhalten; ein Krankenhaus weist keine Patienten ab. Dies bedeutet auch, dass dort regelhaft Notfallpatienten gleichberechtigt zum ambulanten vertragsärztlichen System behandelt werden können. Hierfür müssen die notwendigen finanziellen Mittel bereitgestellt werden.

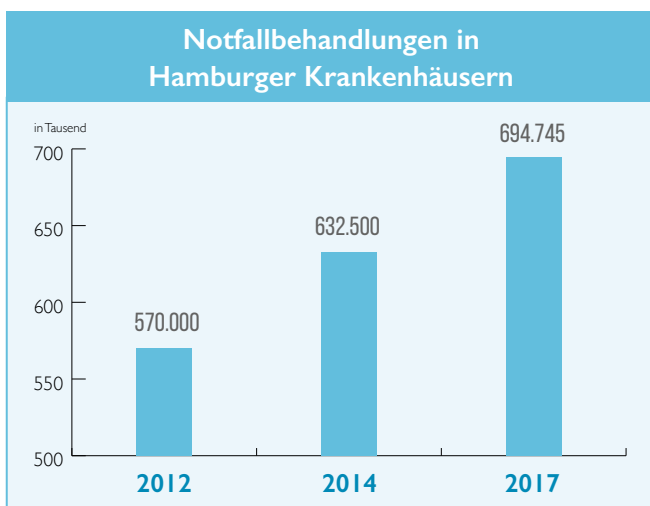
2 Flexible Sektorengrenzen

Die starre Trennung des ambulanten fachärztlichen vom Krankenhausbereich resultiert aus historisch gewachsenen unterschiedlichen Zuständigkeiten und getrennten Abrechnungssystemen. Im Sinne des Patienten ist diese artifizielle Trennung nicht. Oft warten Patienten trotz Termin-Servicestellen lange auf ambulante Termine bei Fachärzten. Der Ärztemangel, vor allem in der Fläche, verknüpft die zur Verfügung stehenden Termine bei Spezialisten zusätzlich, so dass mehr Patienten in die Metropolenversorgung strömen. Sektorenübergreifende fachärztliche Angebote wie die ambulante spezialärztliche Versorgung sollten ausgebaut werden, um die bestehende Versorgung weiter zu spezialisieren und zu ergänzen. Dazu muss diese Form deutlich entbürokratisiert und von Verwaltungsaufwand befreit werden.

Überall dort, wo aus Sicht der Patienten die Behandlungskette aufgrund von gewachsenen Strukturen, Zuständigkeiten und Vergütungssystemen unterbrochen oder behindert wird, ist der Gesetzgeber aufgerufen, Sektorengrenzen flexibler zu gestalten und das System zu entbürokratisieren.

3 Neuordnung der Notfallversorgung

Die Notfallversorgung ist primär weder dem ambulanten noch dem stationären Sektor zuzuordnen, sondern stellt de facto eine eigene Versorgungsform dar. Die Trennung in ambulante und stationäre Notfallversorgung ist artifiziell, da sie vom Ergebnis der Behandlung ausgeht und nicht von ihrem Beginn – bei dem der weitere Behandlungsbedarf und -weg ja noch offen sind.

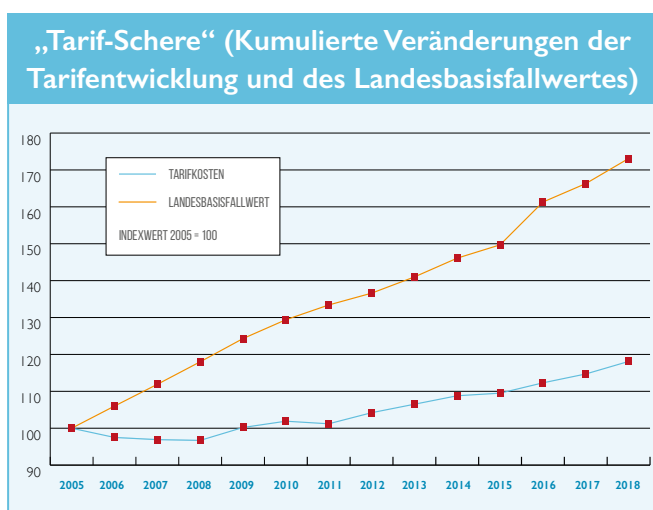


Krankenhäuser sind die Institutionen, die die höchste Expertise in der Notfallbehandlung haben, unabhängig von der Art der Abrechnung. In Hamburger Krankenhäusern wurden im Jahr 2017 463.720 Notfälle ambulant und 231.025 Notfälle stationär behandelt. Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass 54 % der Patienten, die selbstständig die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchten, dort während ärztlicher Sprechzeiten ankamen; 61 % hatten zuvor Kontakt zum Haus- oder Facharzt. Fast ein Drittel gab an, diesen nicht erreicht zu haben; ein weiteres Viertel war von dort ans Krankenhaus verwiesen worden. Die Notfallversorgung bedarf einer dringenden Neuordnung unter stringenter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse. Die Kapazitäten und Strukturen der Krankenhäuser in der Not- und Unfallversorgung müssen so geplant und ausgebaut werden, dass jederzeit sowohl leicht als auch schwer erkrankte Patienten ohne größeren Zeitverzug und lange Wartezeiten versorgt werden können. Dies erfordert eine gleichberechtigte Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten Notfallversorgung und ein eigenständiges, kostendeckendes Vergütungssystem.

Unabhängig vom Weg, den der eintreffende Patient genommen hat, müssen Krankenhäuser zu Notfällen eine medizinische Ersteinschätzung treffen und über die Dringlichkeit der weiteren Versorgung entscheiden. Die nachfolgende Diagnostik und Behandlung sollen, angepasst an leichter und schwerer erkrankte Patienten, in sinnvollen Prozessen organisiert sein. Dabei können die Versorgungsmodelle von Krankenhaus zu Krankenhaus durchaus variieren. Die Organisationshoheit muss beim Krankenhaus liegen; die Krankenkassen müssen – im Rahmen eines zu novelierenden Vergütungssystems – ihrer Verantwortung für eine betriebswirtschaftlich erforderliche Vergütung der Krankenhäuser nachkommen.

4 Gute Personalausstattung

Krankenhäuser haben schon heute erhebliche Schwierigkeiten, ausreichend Personal zu finden und zu bezahlen. Die jahrelange Unterfinanzierung der Krankenhäuser bei den Erlösen sowie die mangelhafte Investitionsfinanzierung der Länder haben über Jahre einen solchen Spardruck erzeugt, dass auf der Finanzierungsseite nun deutlich gegengesteuert werden muss.



Krankenhäuser sollten jederzeit über ausreichendes und qualifiziertes Personal verfügen. Sie sollen und wollen attraktive Arbeitgeber für alle Gesundheitsberufe sein und gute Arbeit leistungsgerecht entlohnen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen mit hoher Flexibilität in interdisziplinären Teams entsprechend ihrer Qualifikation zusammenarbeiten können. Die Voraussetzung für eine dauerhaft gute Personalausstattung ist, dass Krankenhäuser ihre Personalkosten und sämtliche tariflichen Lohnsteigerungen vollständig aus ihren Erlösen refinanzieren können. Pauschale Personalbesetzungsvorschriften gehen am realen Bedarf des einzelnen Patienten vorbei und führen zwangsläufig zu Unwirtschaftlichkeit und Fehlversorgung.

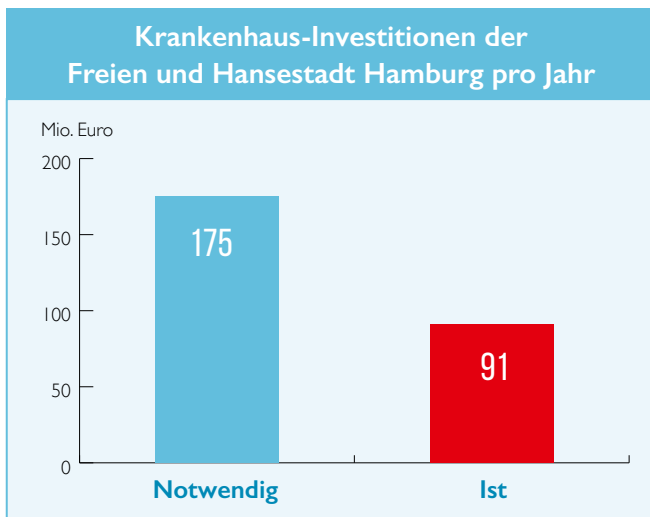
5 Orientierung an der Ergebnisqualität

Das Qualitätsverständnis der Gesundheitspolitik und der Kostenträger ist heute stark von detaillierten Strukturanforderungen geprägt und erzeugt eine Unmenge an Bürokratie, Kontrollen, Kosten und nachfolgenden Auseinandersetzungen. Eine nachgewiesene Qualitätsverbesserung für Patienten ist bei den allermeisten Strukturanforderungen mehr als fraglich; wissenschaftliche Erkenntnisse hierüber gibt es nur vereinzelt.

Die Qualität medizinischer Behandlungen sollte sich primär an ihrem Ergebnis messen lassen, und systemsteuernde Eingriffe sollten sich daran orientieren. Dazu müssen die etablierten Qualitätssicherungssysteme weiterentwickelt und Qualitätsergebnisse für planerische und vergütungsrelevante Entscheidungen nutzbar gemacht werden. Bereits eingeführte Strukturvorgaben sollten in allen Bereichen durch Ergebnisindikatoren ersetzt werden, für die valide Messwerte vorliegen.

6 Moderne Gebäude und Ausstattung

Krankenhäuser leiden unter den Folgen der mangelhaften Investitionsfinanzierung durch die Länder. Es besteht sowohl ein erheblicher Investitionsstau als auch ein jährliches Defizit bei der laufenden Investitionsfinanzierung. In Hamburg beträgt der jährliche betriebswirtschaftliche Investitionsbedarf 175 Millionen Euro, die Stadt finanziert hiervon 91 Millionen Euro.



Krankenhäuser sollten moderne und patientenfreundliche Gebäude nutzen können, die für optimale Abläufe innerhalb des klinischen Betriebs konzipiert sind. Sie sollten über eine moderne Ausstattung und über Medizintechnik auf dem aktuellen Entwicklungsstand verfügen. Die Investitionskosten für Gebäude und Technik sollten sie in betriebswirtschaftlich notwendiger Höhe aus der Investitionsförderung des Landes decken können.

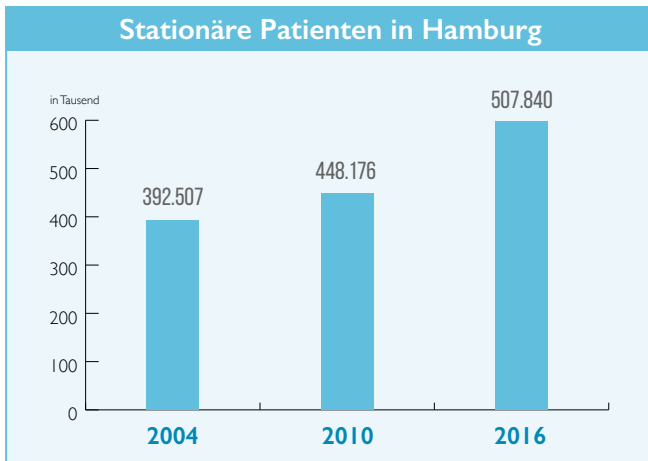
7 Digitalisierung

Eine flächendeckende digitale Kommunikation zwischen Ärzten und Krankenhäusern und Krankenhäusern untereinander ist heute noch immer eine Vision – ebenso eine elektronische Patientenakte außerhalb von Pilotprojekten. Zahlreiche Informationsverluste und Brüche in der Kommunikation sind die Folge. Die für sensible Patientendaten erforderliche hohe IT-Sicherheit bringt zusätzliche technische und personelle Herausforderungen.

Für eine flächendeckende digitale Kommunikation mit einer elektronischen Patientenakte bedarf es einer nationalen Anstrengung in Form eines digitalen Sonderprogramms. Die Digitalisierung der medizinischen Abläufe und der Kommunikation zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Therapeuten, Krankenkassen und Verwaltung erfordert schnellstmöglich eine bundesweite sichere Infrastruktur. Hierfür – ebenso wie für den Ausbau und die laufende Aktualisierung der IT-Sicherheit – benötigen Krankenhäuser einen separaten Investitionszuschlag.

8 Demografie und Morbiditätsentwicklung

Behandelt ein Krankenhaus mehr Patienten als im Vorjahr, muss es erhebliche Abschläge bei den Erlösen hinnehmen, die eine kostendeckende Behandlung der zusätzlichen Fälle unmöglich machen. Trotz bekannter Einflussfaktoren wie alternde Bevölkerung und medizinischer Fortschritt wird so das wirtschaftliche Risiko von mehr Krankenhausbehandlungen einseitig und systemfremd auf die Krankenhäuser verlagert.



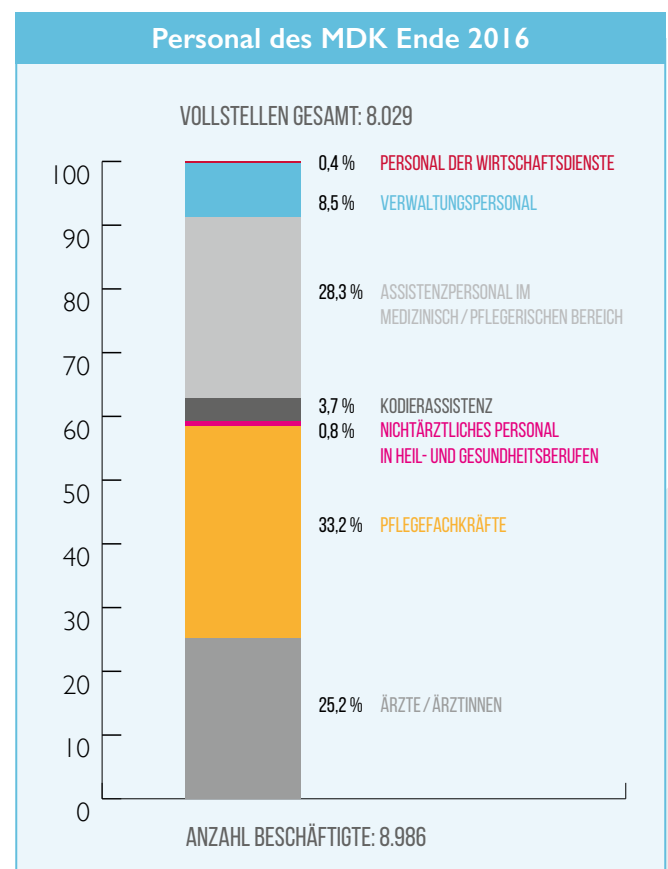
Zusätzliche Krankenhausbehandlungen, die aus diesen Faktoren resultieren, müssen wieder vollständig finanziert werden. Vergütungsabschläge, mit denen aus rein politischen Erwägungen Mengensteigerungen abgedämpft werden sollen und die die Krankenhäuser einseitig benachteiligen, sind zu beenden. Der Fixkostendegressionsabschlag muss außer Kraft gesetzt werden. Das Risiko steigender Krankenhausfälle gehört in die Verantwortung der Krankenversicherung.

9 Entbürokratisierung

Die Arbeit im Krankenhaus ist heute von einem unaufhörlich steigenden Dokumentations- und Bürokratieaufwand geprägt. Zahlreiche detaillierte Strukturvorgaben aus den Abrechnungs-codes des OPS, den Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Landeskrankenhausplanung und bundesgesetzlichen Normen führen zu einer kaum einzudämmenden Regelungsflut, die die Mitarbeiter immer stärker von der Patientenversorgung abhält. Die Forderungen von Kostenträgern und Politik nach noch mehr Dokumentation und Kontrolle sind auf ein notwendiges und praktikables Maß zu reduzieren. Die lange überfällige Wende zur Entbürokratisierung muss endlich vollzogen werden.

10 Vertrauen, Freiheit und Flexibilität

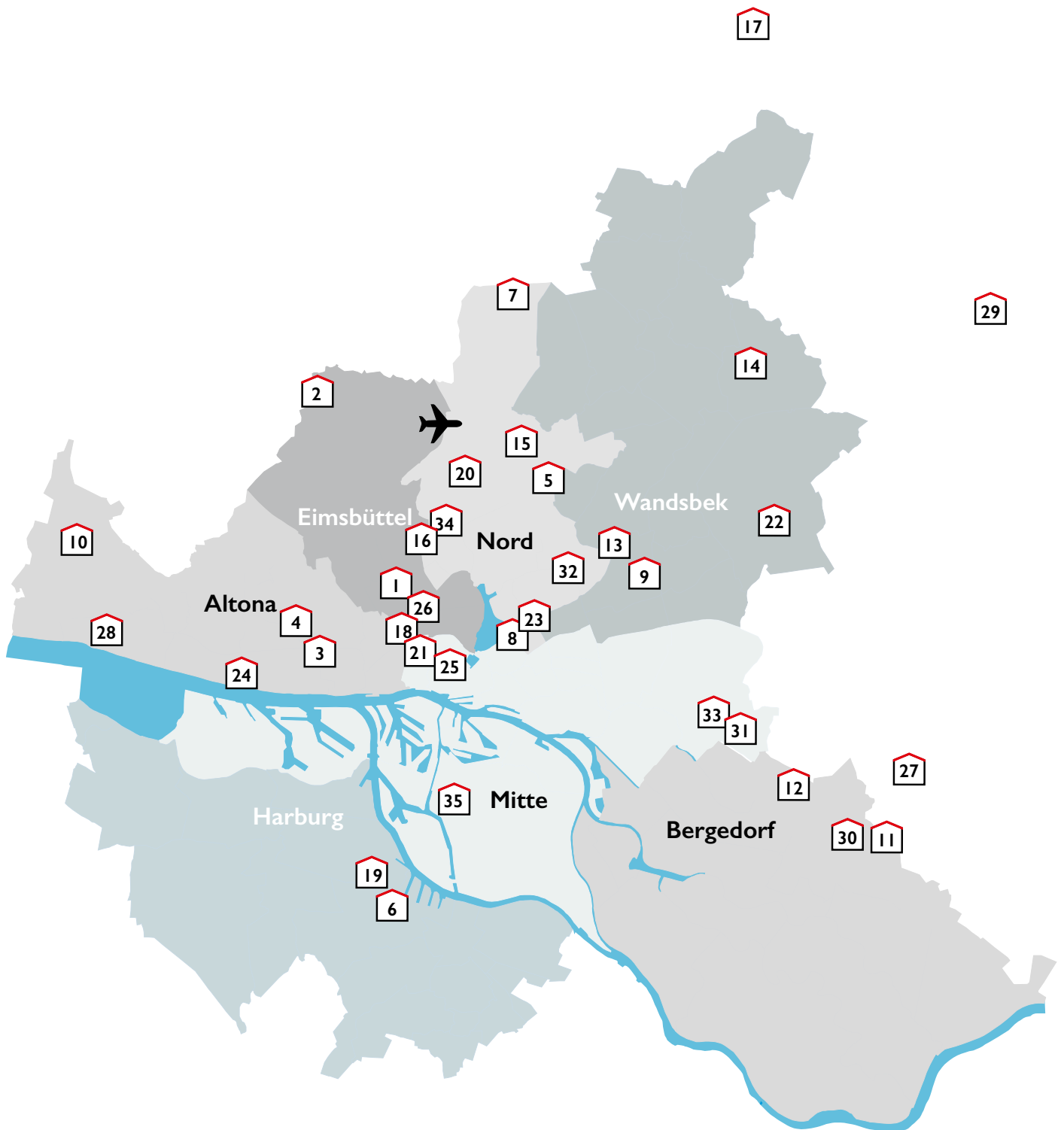
Die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ist durch die überbordenden Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und Abrechnungsstreitigkeiten zerrüttet und von Misstrauen geprägt. Immer mehr Mitarbeiter der Krankenhäuser sind mit Dokumentation und Bürokratie beschäftigt und fehlen in der Patientenversorgung. Das Verhältnis der Kostenträger zu den Krankenhäusern sollte wieder stärker von Vertrauen, Gestaltungsfreiheit und Flexibilität geprägt sein. Dadurch könnten ausufernde Kontrollen und Sanktionen abgebaut werden. Die Misstrauenskultur muss ein Ende haben.



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 Mümmelmannsberg
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 Kliniken
www.heinrich-sengelmann-kliniken.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

Joachim Gemmel

2. Vorsitzender

Werner Koch

Mitglieder

Für die Asklepios Kliniken Hamburg GmbH:

Joachim Gemmel

Dr. Ulrich Knopp

Michael Schmitt

Dr. Klaus E. Schmolling

Vertreter

Dr. Thomas Wolfram

Florian Nachtwey

Stefanie Ludwig

Philipp Noack

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

Philipp Wettengel

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

Joachim Gemmel

Werner Koch

Dr. Mathis Terrahe

Stand April 2018

GREMIEN

MITARBEIT DER HKG IN DKG-GREMIEN

Vorstand	Joachim Gemmel Dr. Claudia Brase
Präsidium	Dr. Claudia Brase (ständiger Gast)
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 Ehrstein Gerd Bär
Kommission Qualitätssicherung	Angelika Bredehorst-Witkowski Dr. Ulf Debacher

Stand April 2018

GREMIEN AUF LANDESEBENE

EQS-KURATORIUM

Vorsitzende

Dr. Claudia Brase [HKG](#)

Stv. Vorsitzende

Kathrin Herbst [vdek](#)

Mitglieder

Dr. Claudia Brase [HKG](#)

I. Stellvertreter

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

2. Stellvertreter

Horst Judaschke [HKG](#)

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

Markus Linniek [HKG](#)
(Bethesda Krankenhaus Bergedorf)

Joachim Gemmel [HKG](#)
(Asklepios Kliniken Hamburg)

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

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

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

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

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

Hans-Jürgen Thomsen [HKG](#)
(UKE)

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

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

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

Kathrin Herbst [vdek](#)

Thomas Schulte [vdek](#)

Matthias Mohrmann [AOK](#)

Markus Feger [AOK](#)

Anne Busemeyer [AOK](#)

Claudia W. Osten [IKK classic](#)

Bernd Krause [IKK classic](#)

Sabine Beduhn [IKK classic](#)

Gabriel Zahn [BKK](#)

Dr. Ralf Krämer [BKK](#)

Dr. Holger Bebensee [PKV](#)

Dr. Norbert Loskamp [PKV](#)

Barbara Schmitz [PKV](#)

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

Dr. Annemarie Jungbluth
[Ärztekammer Hamburg](#)

Dr. Klaus Beelmann
[Ärztekammer Hamburg](#)

Dr. Andreas Krokotsch [MDK](#)

Dr. Haymo Hein [MDK](#)

Ständige Gäste

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

Susanne Arnold
[Deutscher Diabetiker Bund LV HH e. V.](#)

Stand April 2018

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)

N. N.

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 Heimscheid [HKG](#) (Asklepios Kliniken)

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

Philip Wettengel [HKG](#) (HELIOS ENDO-Klinik Hamburg)
N.N.

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

Thomas Marks [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 2018

GREMIEN AUF LANDESEBENE

LANDESAUSSCHUSS FÜR KRANKENHAUS- UND INVESTITIONSPLANUNG

Vorsitzende

Dr. Matthias Gruhl [BGV](#)

Stv. Vorsitzende

Elke Huster-Nowack [BGV](#)

Mitglieder

Ute Banse [BGV](#)

Ersatzmitglieder

Dagmar Jensen [BGV](#)

Marco Kellerhof [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)

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

Dr. Klaus Schmolling [HKG](#)
(Asklepios Klinik Altona)

Uwe Lauer [HKG](#)
(Klinikgruppe Dr. Guth)

André Kohl [vdek](#)

Christine Goewe [vdek](#)

Uwe Wilts [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

Haidar Al-Douri [BGV](#)

Stand April 2018

GREMIEN AUF LANDESEBENE

SEKTORENÜBERGREIFENDE GESUNDHEITS- UND PFLEGEKONFERENZ

Vorsitzende

Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

Mitgliedsorganisation	Vertreter	Stellvertreter
AOK Rheinland/Hamburg	Günther Wältermann Matthias Mohrmann	Thomas Bott Michael Nagel
BKK-LV Nordwest	Dr. Ralf Krämer Jörn Reichenbach	Thomas Marks Winfried Harbig
IKK classic	Claudia W. Osten	Gerald Kätzler
vdek Landesvertretung Hamburg	Kathrin Herbst Katrin Schmieder Maren Puttfarcken Frank Liedtke	Claudia Straub Sabine Heitmann Renate Janssen Dennis Schilde
Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.	Joachim Gemmel Dr. Claudia Brase	Werner Koch Angelika Bredehorst-Witkowski
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg	Walter Plassmann Caroline Roos	Angelika Magas Dr. Jochen Kriens
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg*	Dr./RO Eric Banthien Dr. Claus Urbach	Dr. Gunter Lühmann Dr. Georg Intorf
Ärztchamber Hamburg	Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery	Christine Neumann-Grutzeck
Zahnärztekammer Hamburg*	Konstantin von Laffert	Dr. Thomas Einfeld
Psychotherapeutenkammer Hamburg	Heike Peper	Gabriela Küll
Hamburgische Pflegegesellschaft e.V.	Frank Wagner	Karin Kaiser
	Stefan Rehm	Martin Sielaff
Vertretung der Hamburgischen Pflegeberufe	Marion Harnisch	Christiane Kallenbach
Patienten-/Seniorenvertretung	Kerstin Hagemann Johannes Köhn Christa Herrmann Dieter Mahel	Elfie Hölzel Torsten Wolfsdorff Manfred Seigis N.N.
Bezirksämter	Dr. Liane Melzer	Dr. Christa-Maria Ruf
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz	Cornelia Prüfer- Storcks Matthias Gruhl Marco Kellerhof	Elke Badde N.N. N.N.

Geschäftsführung

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Carsten Jaeger
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Jenny Ly

*Bei Angelegenheiten der zahnärztlichen Versorgung und Berufsausübung (§ 2 Abs. 3 HmbSLKV)

Stand April 2018

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



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



Analysen und Strukturen
Kim Ehrstein
040/25 17 36-31
ehrstein@hkgev.de



Rechnungs- und Personalwesen

Jana Altmann

040/25 17 36-13

altmann@hkgev.de



EDV

Karin Metzner

040/25 17 36-14

metzner@hkgev.de



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. 18-21); Hamburger Krankenhäuser;
Die Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt
Hamburg (S. 7)

Schaubilder

Quelle aller Zahlenangaben: HKG, außer:

Statistisches Bundesamt:

S. 8 (Stat. Behandlungsfälle, CMI, Geräteausstattung),

S. 9 (CMI und Bettenbelegung nach Bundesländern),

S. 11, S. 35 (Stat. Behandlungsfälle)

Hamburger Krankenhausspiegel: S. 10, 12, 13

MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen:
S. 35 (Personal MDK)

Druck

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

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Zustimmung der HKG

Redaktionsschluss Mai 2018

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