Wir über uns:

Die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V. (HBKG) vertritt die gemeinsamen Interessen der insgesamt 13 kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser im Land Bremen mit zurzeit 5.500 Betten bzw. Behandlungsplätzen. Im Jahr 2022 wurden hier 176.400 Fälle pro Jahr voll- und 26.438 Fälle teilstationär sowie weitere etwa 110.000 ambulante Fälle (Jahr 2023) und schließlich etwa 137.000 rein ambulante Notfälle (Jahr 2023) behandelt.

Die in der HBKG zusammengeschlossenen Krankenhäuser sind mit ihrem Jahresumsatz von rd. 1,4 Mrd. Euro einer der herausragenden Wirtschaftsfaktoren und mit etwa 11.500 Beschäftigten einer der bedeutendsten Arbeitgeber in der Freien Hansestadt. In den Ausbildungsstätten werden 1.260 Plätze für Auszubildende in der Pflege, der Physiotherapie, der Ergotherapie und für Medizinisch-Technische Berufe sowie in weiteren Gesundheitsfachberufen zur Verfügung gestellt. Die Ausbildung erfolgt nicht nur zur Deckung des Bedarfs an qualifiziertem Personal in den Krankenhäusern, sondern auch für die übrigen Sektoren der Gesundheitswirtschaft.

Die Krankenhäuser in Bremen und Bremerhaven erbringen nahezu das gesamte Leistungsspektrum der stationären medizinischen und pflegerischen Behandlung. Auch für das niedersächsische Umland erfüllen sie eine wichtige Versorgungsfunktion.

Aufgaben der HBKG sind insbesondere

- die politische Interessenvertretung,
- die Mitwirkung in Gremien auf Bundes- und Landesebene,
- der Abschluss von Verträgen und Vereinbarungen auf Landesebene,
- die Information und Beratung der Mitgliedskrankenhäuser,
- die Durchführung von Seminaren für die Krankenhausmitarbeiter.

Im Vorstand und in der Mitgliederversammlung, sowie in internen Arbeitsgruppen aus Fachleuten der Krankenhäuser, werden die wesentlichen Themen bearbeitet sowie Entscheidungen vorbereitet und getroffen. Für die laufenden Geschäfte wird eine Geschäftsstelle vorgehalten.

impressum

Herausgeber: Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V.
Anne-Conway-Straße 10
28359 Bremen
Tel.: +49 421 2410-20
Fax: +49 421 2410-223
E-Mail: info@hbkg.de

Redaktion: Dipl. Kaufmann Heiko Ackermann
Meike Dirksen
Marleen Nieweler M.A.
Dipl. Volkswirt Uwe Zimmer, V. i. S. d. P.

Druck: Druckerei Brüggemann GmbH
Violenstraße 23, 28195 Bremen
www.druckerei-brueggemann.de

Inhaltsverzeichnis

VORWORT 5

I. SCHWERPUNKTE DER GESUNDHEITSPOLITISCHEN ENTWICKLUNG 7

Existentielle wirtschaftliche Bedrohung der Krankenhäuser 7

Krankenhausreform oder Krankenhausschließungsprogramm? 11

Entwicklung der Pflege im Krankenhaus 19

Fehlende Aufarbeitung der Corona Pandemie 21

II. RECHTS- UND VERTRAGSANGELEGENHEITEN 22

Wichtige Bundesgesetzgebung 2023-24 22

Verhandlungen der Landesbasisfallwerte 2023-24 25

Budget- und Entgeltverhandlungen 2023-24 26

Ambulante Notfallversorgung 27

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V 29

Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) 31

Ausgleichsfonds zur Finanzierung der Ausbildung nach § 17a KHG 33

III. KRANKENHAUS- UND INVESTITIONSPLANUNG 35

Krankenhausplanung- Umsetzung 2023-24 35

Umsetzung des Landespsychiatrieplanes 39

Krankenhausinvestitionen 2023-24 40

IV. QUALITÄTSSICHERUNG 43

Entwicklungen auf der Bundesebene 43

Bremer Krankenhausspiegel 46

Internes Qualitätsmanagement zur Prozessverbesserung 50

V. DIE HBKG IM GESUNDHEITSWESEN DER FREIEN HANSESTADT.....52

Landesgremium nach § 90a SGB V 52

Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz..... 53

Bremer Pflegeinitiative..... 53

Geschäftsstelle der Schiedsstelle nach § 18 a KHG ab 2023 54

Runder Tisch zur Hospiz- und Palliativversorgung 54

MRE-Netzwerk Land Bremen..... 55

Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KOSTA)..... 57

Umsetzung von IVENA..... 58

VI. HBKG INTERN 59

Wechsel in der Geschäftsführung der HBKG.....59

Mitarbeit in der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) 60

Zusammenarbeit der Landeskrankenhausgesellschaften 60

Seminare 2023-2024 61

Beteiligung an der DKTIG 62

VII. Qualitätsbüro der Landesarbeitsgemeinschaft Bremen (LAG-GS).....63

ANHANG 65

Satzung der HBKG..... 65

Mitgliedskrankenhäuser der HBKG 71

Vorstand der HBKG 74

Mitarbeit der HBKG in Gremien auf Landesebene 75

Mitarbeit der HBKG in Gremien auf Bundesebene 77

Besetzung der Geschäftsstelle 78

Verzeichnis der aktuellen Verträge und Vereinbarungen 79

Vorwort

Dipl.-Kfm.Thomas Kruse
Vorsitzender der HBKG

Die Jahre 2023 und 2024 waren verlorene Jahre für die Krankenhäuser im Land Bremen. Nachdem wir im letzten Geschäftsbericht schon eindringlich auf die dringendsten Probleme hingewiesen haben, die durch die verfehlte Gesundheitspolitik der scheidenden Bundesregierung nicht angegangen, sondern leider weiter verstärkt wurden, gibt es auch aus den beiden letzten Jahren leider keine Entwarnung zu berichten.

Ganz im Gegenteil:
Noch nie seit Einführung des Krankenhausfinanzierunggesetzes (KHG) im Jahr 1972 (!!!) waren die wirtschaftlichen Sorgen der Krankenhausträger größer als zum Jahreswechsel 2024/25. Als im Jahr 2022 in Folge von Lieferkettenproblemen und dem Energiepreisschock zweistellige Inflationsraten die Krankenhäuser erreichten, waren diese schon wirtschaftlich angeschlagen.

Die HBKG hat immer wieder auf diese Bedrohungen hingewiesen. Schon 2022 haben die Krankenhäuser im Land Bremen die Alarmstufe Rot ausgerufen und öffentlich auf die prekäre Situation hingewiesen. Weitere Aktionen in der Öffentlichkeit, offene Briefe, Stellungnahmen und Proteste folgten in den Jahren 2023 und 2024.

Doch trotz bundesweiter Aktionstage, Kundgebungen, Stellungnahmen zur Rettung der Krankenhäuser mussten wir beobachten, dass die Bundesregierung keineswegs gewillt ist, Abhilfe zu schaffen.

Dabei haben die Beschäftigten nicht nur in den Zeiten der Pandemie einen großartigen Job gemacht. Sie verdienen Dank und Respekt für die außerordentlichen Leistungen. Sie sind es leid, mit ständig neuen unnötigen Bürokratien belastet zu werden und gleichzeitig hinzunehmen, dass man Ihnen finanziell in die Tasche greift und die Arbeitsplätze in Gefahr bringt.

Leider haben die Krankenhäuser im Land Bremen keine Unterstützung durch die Landespolitik erfahren dürfen, obwohl mehrfach auf die kurzfristig bestehenden Finanzierungsprobleme hingewiesen wurde, die auch durch eine wie auch immer wirkende Krankenhausreform nicht zu beheben sind. In den entscheidenden Abstimmungen im Bundesrat wurde den Gesetzesentwürfen der scheidenden Bundesregierung ohne Finanzierungszusagen zugestimmt.

Damit hat der Senat viel während der Corona Krise aufgebautes Vertrauen wieder verspielt. Durch Streichungen von bereits avisierten Mitteln bei der Investitionsfinanzierung und die im Wesentlichen ignorierten Forderungen der Krankenhäuser nach wirtschaftlicher Unterstützung hat der Senat daher zur Verschärfung der Lage beigetragen und trägt an dem einem Arbeitsplatzabbau in den Krankenhäusern eine Mitverantwortung.

Diese Mitverantwortung an der Misere der Krankenhäuser im Land Bremen kann für den Senat in Zukunft auch weitere finanzielle Verantwortung für alle Krankenhausträger bedeuten, wenn in Folge der Krise, bedarfsnotwendige Leistungsangebote im Wege der Sicherstellungsverantwortung für die Daseinsvorsorge aus bremischen Steuereinnahmen finanziert werden müssen.

Auf jeden Fall aber schwächt dieses Politikversagen bundesweit das Vertrauen Wir hoffen hier auf die dringend notwendige Umkehr in der neuen Legislaturperiode durch die kommende Bundesregierung!

Den Kostenträgern danken wir für die konstruktive Vertragspartnerschaft in den letzten beiden Jahren. In vielen inhaltlichen Themen gab es überraschende Übereinstimmungen, weil das gegenseitige Verständnis ausgeprägter war, als der zurecht auch bestehende Interessengegensatz.

Es hat sich in diesen schwierigen Zeiten gezeigt, wie wichtig es ist, durch und mit der HBKG als gemeinsames Sprachrohr zu agieren. Die ehrenamtliche engagierte Mitwirkung der Mitglieder im Vorstand, in den verschiedenen Gremien und Arbeitsgruppen bildet dafür eine wichtige Grundlage. Dafür sei ebenfalls ausdrücklich gedankt.

Die HBKG dankt auch allen weiteren Partnern auf Landesebene für die immer sachbezogene und konstruktive Zusammenarbeit.

Thomas Kruse
- Vorsitzender –

I. Schwerpunkte der gesundheitspolitischen Entwicklung

Existentielle wirtschaftliche Bedrohung der Krankenhäuser

„Es herrscht noch immer Alarmstufe ROT“

Als wir zum Jahresende 2022 den letzten Geschäftsbericht der HBKG abschlossen, hofften die Krankenhäuser im Land Bremen noch, dass die Überschrift zu diesem Kapitel sich ändern würde. Leider gibt es jedoch nicht den geringsten Grund zur Entwarnung.

Im Gegenteil müssten wir eigentlich „Es herrscht Alarmstufe **DUNKELROT**“ titeln.

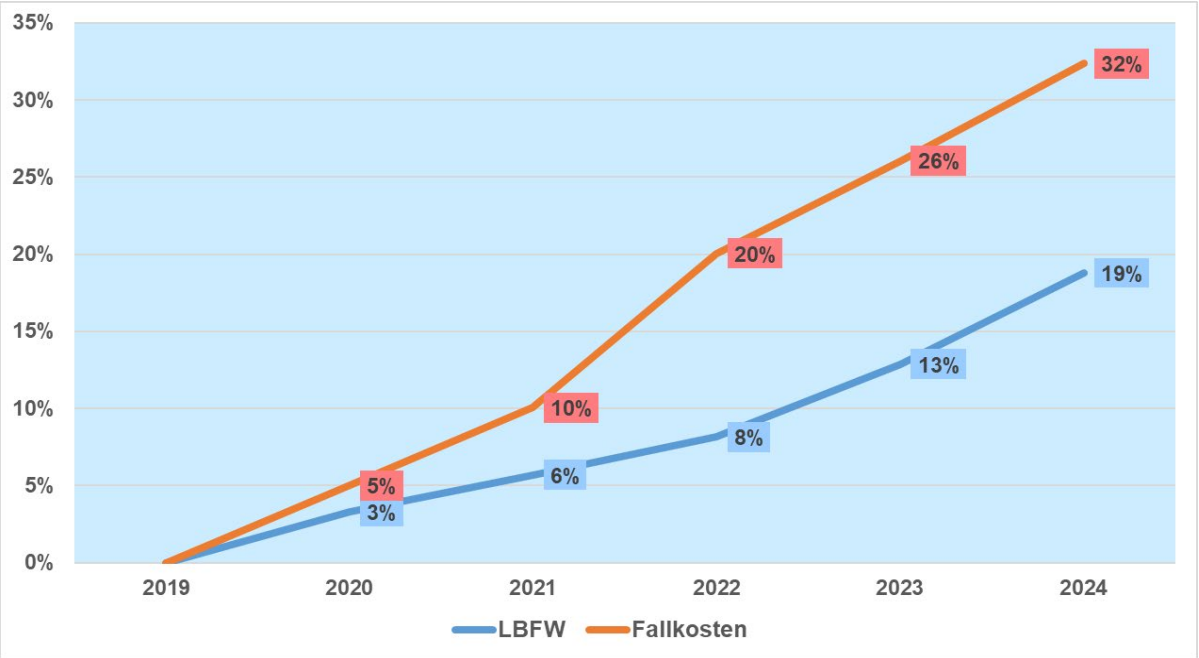
Zur Erinnerung:

Im Jahr 2021 wurden viele Belastungen aus den Herausforderungen der Corona-Pandemie wie Erlösverluste wegen Bettenfreihaltung und Personalengpässen noch mit einmaligen Hilfszahlungen ausgeglichen.

Im Jahr 2022 wurden die Lasten in Folge der Corona-Pandemie, nur noch geringfügig und deutlich vor dem Ende der Pandemie, von der neuen Bundesregierung unter Bundesminister Lauterbach ausgeglichen. Die exorbitanten Folgen der Inflation mit Kostensteigerungen für die Krankenhäuser im zweistelligen Bereich wurden dagegen lediglich mit Einmalzahlungen teilweise überdeckt.

Mit diesen schlechten Vorzeichen ging es in die Jahre 2023 und 2024, die als historisch unterfinanziert in die Geschichte der Krankenhausfinanzierung eingehen werden.

Grafik: Lücke zwischen bereinigten Fallkosten und Landesbasisfallwert seit 2019 (Kosten-Erlös-Schere)



Quelle: Kostennachweise des Statistischen Bundesamtes, Vereinbarungen zum LBFW, eigene Berechnungen

Trotz einer Vielzahl von Appellen an die Bundesregierung und die Länder in den letzten zwei Jahren hat die Politik die Krankenhäuser im Regen stehen lassen. Inzwischen hat sich bis zum Jahresende 2024 eine Lücke von geschätzt 13 % im LBFW gegenüber dem Verlauf der bereinigten Fallkosten aufgebaut.

Durch die stabilisierende Wirkung des Pflegebudgets auf die Kosten des Pflegedienstes ist im hier dargestellten Zeitfenster die absolute Auswirkung dieser Kosten-Erlösschere etwas abgemildert worden. Das gilt auch für weitere Elemente der Vergütung (Zuschläge, bestimmte Zusatzentgelte und teilweise die Vergütung von Tageskliniken), aber leider nicht für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik.

Insgesamt ergibt sich alleine durch diese Kosten-Erlös-Schere eine Unterfinanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser im Land Bremen von etwa 100 Mio. Euro zum Jahresende des Jahres 2024.

Hinzu kommen die Belastungen aus dem Rückgang der vollstationären Fallzahlen, der noch immer als Nachwirkung aus der Corona-Pandemie zu beobachten ist. Zwar haben sich die Fallzahlen seit 2022 wieder erhöht, aber liegen noch immer deutlich unter dem Niveau von 2019. Daraus ergibt sich weiterer ökonomischer Druck, weil nicht ausgelastete Kapazitäten zwar gemäß Krankenhausplan vorzuhalten sind, aber die Patientenlücke ungedeckte Fixkosten verursacht.

Eine Möglichkeit darauf zu reagieren, wäre es, diese ungedeckten Fixkosten über eine entsprechende Erhöhung des Landesbasisfallwertes auszugleichen. Die dafür vorgesehene gesetzliche Regelung wurde jedoch kurz vor der erstmaligen Anwendung von der Bundesregierung ersatzlos gestrichen.

Den Krankenhäusern im Land Bremen fehlen daher zusätzlich etwa 10 bis 15 Mio. Euro pro Jahr.

Zusätzliche Verluste ergeben sich darüber hinaus aus der Finanzierung der Eigenanteile in der Investitionsfinanzierung, die aufgrund der wirtschaftlichen Misere aus den zu geringen Vergütungen und den ungedeckten Fixkosten nicht mehr finanzierbar sind. Darüber hinaus sind vorhandenen regulären Fördermittel, wie die Landesregierung selber einräumt, nicht bedarfsdeckend. Das führt zur Unterlassung notwendiger Investitionen mit Rückwirkung auf die Wirtschaftlichkeit und zum Ansteigen der Instandhaltungsaufwendungen.

Damit nicht genug werden die Krankenhäuser durch die Neuregelungen der Bundesregierung gezwungen, vermehrt ambulante Leistungen (aus dem AOP-Katalog) oder Hybrid-DRG's anstatt der vollstationären Leistungen durchzuführen. Die Kostendifferenz dieser erzwungenen Leistungen zur vollstationären Leistungserbringung ist jedoch höher als die Vergütungsdifferenz. Oder andersrum gesagt: Die Vergütungen sind deutlich zu niedrig! Mit dieser Strategie wird die Leistung zukünftig entweder mit Verlust erbracht oder mangels wirtschaftlicher Tragfähigkeit gar nicht mehr angeboten.

Den Krankenhäusern im Land Bremen und bundesweit steht in der Summe dieser weiter ungebremsten Entwicklung finanziell das Wasser buchstäblich bis zum Hals.

Ohne die dauerhafte Schließung dieser Finanzierungslücken durch die kommende Bundesregierung und die deutliche Erhöhung der Investitionsfinanzierung durch das Land Bremen drohen daher weiterhin Entlassungen von Personal und die Schließung von Krankenhäusern.

Gemeinsame Kundgebung der Krankenhäuser in Bremen und Niedersachsen, am 20.09.2023 in Hannover

Vor diesem Hintergrund haben die Krankenhäuser bundesweit monatelang protestiert, über Social-Media-Kampagnen und in Veranstaltungen vor Ort die Politik und die Öffentlichkeit informiert und zuletzt mit großen Protestkundgebungen auf die wirtschaftliche Krise hingewiesen und endlich ein Einlenken der Bundesregierung gefordert.

Bundespolitik gefährdet Patientenversorgung

Die Bundesregierung hat diesen Protest und die damit verbundenen essentiellen Forderungen der Krankenhäuser jedoch weitgehend ignoriert, obwohl selbst die Bundesländer einstimmig mehrfach entsprechende Gegenmaßnahmen bei der Finanzierung der Betriebskosten gefordert haben.

Die Krankenhäuser im Land Bremen fordern die Bundesregierung daher weiterhin auf, nicht weiter zu zögern, sondern den rechtswidrigen Zustand in der Krankenhausfinanzierung unverzüglich zu beenden. Sie verweisen dabei auf das:

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)
§ 1 Grundsatz

Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten.

Wenn das Gesetz seinen Zweck weiter erfüllen soll, wird es nur durch einen ausreichenden und dauerhaften Inflationsausgleich zu erreichen sein.

Stattdessen wurden in den Jahren 2022 bis einschließlich Oktober 2024 nur Gesetze initiiert und verabschiedet, die den Krankenhäusern Mittel dauerhaft entzogen haben, wie z. B. die aus Sicht der HBKG rechtswidrige Verordnung des BMG zur Normierung des DRG-Kataloges 2023, bei der rund 400 Mio. Euro dauerhafte Kürzung vorgenommen wurde oder die Streichung des § 10 Abs. 4 Satz 3 bis 6 KHEntgG, die den Krankenhäusern die verbleibenden Fixkosten bei weniger Patienten dauerhaft ersetzte.

Aufgrund dieser existentiellen Bedrohungslage für nahezu alle Krankenhausstandorte bundesweit sind viele Krankenhausträger inzwischen dazu übergangen, die Bundesregierung wegen Unterlassung direkt zu beklagen und Schadenersatz einzufordern. Auch dieses ist ein einmaliger Vorgang in der Geschichte der Krankenhausfinanzierung und zeigt, wie ernst die Lage inzwischen geworden ist.

Wenn die zukünftige Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern nicht schnell im Jahr 2025 handelt, wird es zunehmende Lücken in der Patientenversorgung geben, weil immer mehr Krankenhausträger aufgeben müssen und das gilt nicht nur in dünn besiedelten Gebieten, sondern auch in Ballungsräumen, wie im Land Bremen.

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) Krankenhausreform oder Krankenhausschließungsprogramm?

Die so genannte Krankenhausreform stand in den Jahren 2023 und 2024 im Mittelpunkt der Aktivitäten der HBKG. Als in einer Pressekonferenz am 06.12.2022 der scheidende Bundesgesundheitsminister die ersten Eckpunkte eines Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) der Öffentlichkeit vorstellte, waren nicht nur die Verbände der Krankenhäuser und der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen von den Inhalten überrascht, sondern insbesondere auch die für die Krankenhausplanung grundgesetzlich zuständigen Bundesländer.

Dabei waren sich zu Beginn der Diskussionen alle wesentlichen Player im Gesundheitswesen (Bund, Länder, Selbstverwaltung) trotz aller Unterschiede im Detail im Wesentlichen einig in der Ausgangsanalyse und der Zielsetzung:

Die nach der Corona-Pandemie erkennbaren stationären Überkapazitäten sollen durch eine Transformation der bestehenden Krankenhaustandorte zielgerichtet abgebaut und die verbleibenden Krankenhausstandorte durch höhere Spezialisierung und durch intelligente Substitution von vollstationärer in klinisch-ambulante Versorgung zukunftsfest gemacht werden. Die flächendeckende Versorgung sollte dabei erhalten und über die Ergänzung durch sektorenübergreifende Einrichtungen gesichert werden. Die Zielerreichung sollte durch eine Vereinfachung der bestehenden Regulierungen umgesetzt werden, so dass mit der damit verbundenen Entbürokratisierung dem Fachkräftemangel begegnet und eine effizientere Gesundheitsversorgung entstehen kann. Dazu waren auch die Krankenhäuser im Land Bremen und bundesweit in übergroßer Mehrzahl bereit, so dass in einem problemorientierten zielgerichteten und konstruktiven Dialog eben jener Beteiligter, die Chancen hoch waren, zu einer funktionalen Krankenhausstrukturreform zu kommen.

WENN DER BUNDESGESUNDHEITSMINISTER SO WEITERMACHT …

Leider wurde diese Chance nicht genutzt, wie im Folgenden zu berichten ist:

Schon im Januar 2023 begannen auf Drängen der Bundesländer intensive Beratungen zwischen Bund und Ländern, die nach einem halben Jahr im Juli 2023 in gemeinsam abgestimmte Eckpunkte über die wesentlichen Einigungen zwischen Bund und Ländern mündeten.

Was danach bis zur finalen Abstimmung des KHVVG kurz nach dem Scheitern der Ampel-Koalition im November 2024 im Bundesrat geschah, ist aus der Sicht der Krankenhäuser ein Lehrstück, wie man ein solches Projekt **nicht** mit funktionalen Regelungen ins Ziel bringt.

Dialog mit den unmittelbar an der Krankenhausplanung beteiligten Institutionen?

Fehlanzeige!

Ausloten tragfähiger Kompromisse in der Sache mit den zuständigen Bundesländern?

Fehlanzeige!

Konstruktive Beratungen der Gesetzesentwürfe im Bundestag?

Fehlanzeige!

Da wundert es nicht, dass die mit der so genannten Reform verbundenen Ziele mit der Umsetzung des KHVVG in den kommenden Jahren nicht erreicht oder sogar konterkariert werden.

Die zentralen Zielsetzungen waren lt. Gesetzesbegründung:

Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleitung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung und last but not least: Entbürokratisierung. Zu den wichtigsten Themen des KHVVG sei kurz aus der Sicht der Krankenhäuser im Land Bremen Stellung bezogen:

Vorhaltevergütung:

Dazu wird ab dem Jahr 2027 mit Vorlauf in 2025 und 2026 eine so genannte Vorhaltevergütung eingeführt, welche das Vorhalten von Strukturen in den Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung sichern soll.

Leider ist im KHVVG keine Vergütung enthalten, die dieser Beschreibung entspricht!

Stattdessen wird neben und zusätzlich zu dem bestehenden Fallpauschalensystem eine weitere nachgelagerte Fallpauschale eingeführt, die dem Wesen nach eben nicht unabhängig von der Leistungserbringung, sondern fallzahlbasiert ermittelt wird. Diese Vergütung umfasst zwischen 15 bis 20 % der Budgets der Krankenhäuser und ist weder von der Art noch von der Höhe her auch nur ansatzweise geeignet, das Vorhalten von Strukturen abzusichern.

Die Finanzierung dieser Vergütungsform erfolgt zu 100% aus den bisherigen Fallpauschalen, die inzwischen wegen der zu niedrigen Landesbasisfallwerte (vgl. Aussagen zur wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser im vorherigen Abschnitt) nicht ausreichen, die Betriebskosten der Krankenhäuser zu decken. Die Verteilung dieser unzureichenden Vergütung erfolgt nach den Prinzipien einer Zentralverwaltungswirtschaft über die Zuweisung so genannter Leistungsgruppen durch die Krankenhausplanungsbehörden der Länder. Die Umverteilungseffekte zwischen den Krankenhäusern sind nach den bisherigen Analysen unabhängiger Institute ein Nullsummenspiel mit geringen Auswirkungen auf die Budgets von plus/minus 1 %.

Allein vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es sich nicht um Vergütung zur Sicherung von Vorhaltung handelt und dass die wirtschaftlich stark gefährdenden Krankenhausstandorte durch dieses komplizierte Umverteilungsprozedere von unzureichenden Mitteln dadurch gesichert werden, bleibt eine der Legenden des scheidenden Bundesgesundheitsministers.

Problematisch daran ist weiter, dass zwei Jahre vor der Einführung dieser Vergütung kein Verantwortlicher in den Krankenhäusern abschätzen kann, wieviel davon in einem konkreten Standort ankommt, weil Anfang 2025 noch immer nicht klar ist, wie das zu Grunde liegende System von Leistungsgruppen in der Krankenhausplanung genau aussieht und welche der dort oberflächlich definierten Leistungsgruppen am Ende des anstehenden Planungsprozesses mit welchen Fallzahlen einem konkreten Krankenhausstandort rechtssicher zugewiesen werden.

Zu der wirtschaftlichen Unsicherheit kommt so die Planungsunsicherheit über die zukünftigen Strukturen und danach bestenfalls eine Vergütung, die in der Summe nicht die Betriebskosten deckt!

Position der Krankenhäuser im Land Bremen:

Die so genannte Vorhaltevergütung muss dringend ausgesetzt werden. Der kommenden Bundesregierung bleibt es im konstruktiven Dialog mit den Ländern und den Verbänden der Selbstverwaltung vorbehalten, eine Vergütung zu entwickeln, die der Zielsetzung entspricht.

Bis dahin muss die Vergütung für Fallpauschalen dringend an die Höhe der Betriebskosten auf Systemebene angepasst und durch struktursichernde Komponenten zusätzlich ergänzt werden.

Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen:

Vorbild für eine Planung nach Leistungsgruppen ist das Land Nordrhein-Westfalen (NRW). In NRW wurden sechs Jahre benötigt, um eine Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen in einem konstruktiven Dialog mit den Krankenhäusern, den Ärztekammern und den Krankenkassen zu entwickeln und durchzuführen.

Dieses Muster passt nicht vollständig auf die Bedürfnisse aller Bundesländer zur Sicherung der bedarfsnotwendigen und flächendeckenden Versorgung. Es ist aber eine gute Grundlage, die Krankenhaustrukturen zukunftssicher auszugestalten und bietet sich als Instrument an, den notwendigen Transformationsprozess auf einer möglichst objektiven und sachlich fundierten Grundlage zu flankieren.

Insoweit waren die anderen Bundesländer, aber auch die meisten Krankenhäuser bereit, unter Anwendung der Regelungen zur Krankenhausplanung in NRW zukünftig in die Systematik der Leistungsgruppen einzusteigen.

Die Bundesregierung hätte dieses System in das Gesetz übernehmen und so ausgestalten können, dass auch Abweichungen davon in den jeweils letztverantwortlichen Bundesländern über Ausnahmereglungen flexibel möglich gewesen wären. Auch die Vorbereitungen im Land Bremen lassen in den ersten Zwischenergebnissen darauf schließen, dass das „System-NRW“ ohne Verwerfungen in den Krankenhausstrukturen hätte umgesetzt werden können, wenn es an die Bremischen Verhältnisse flexibel adaptiert wird.

Leider hat die Bundesregierung jedoch im Alleingang an diesem „System-NRW“ vielfältige Änderungen vorgenommen, die es dysfunktional machen.

Das fängt an, bei der detaillierten Beschreibung, welche Leistungen in welche Leistungsgruppe fallen. Hier wurde nicht die Zuordnung des „Systems-NRW“, sondern ein Auftrag an das InEK erteilt, eine komplett neue Zuordnung aller Fallpauschalen in die Leistungsgruppen vorzunehmen. Das Ergebnis dieser Zuordnung ist aber noch immer unbekannt, weil die Software, die diese Zuordnung vornimmt, noch immer nicht frei verfügbar ist. Obwohl das Gesetz also schon zwei Monate verabschiedet ist, bleibt es weiterhin das Geheimnis des BMG wie diese neuen Leistungsgruppen inhaltlich aussehen.

Da sich die Inhalte der Leistungsgruppen in unbekanntem Ausmaß vom „System-NRW“ unterscheiden, können weder die Planungsbehörden der Länder und schon gar nicht die einzelnen Krankenhäuser genauer feststellen, wie ihr aktuelles Leistungsspektrum auf die neuen Leistungsgruppen verteilt wird.

Damit fehlt auch die Grundlage, um festzustellen, wie sich diese neuen Leistungsgruppen auf die Mindestvoraussetzungen auswirken, die zu von jedem Krankenhausstandort zu erfüllen sind, um eine Zuweisung zu erreichen.

Gemeinsame Kundgebung der Krankenhäuser in Bremen und Niedersachsen, am 20.09.2023 in Hannover

Leider hat das BMG auch weitere Leistungsgruppen ergänzend zu dem „System-NRW“ aufgenommen, die bei Zuordnung von Leistungen, das Bild in anderen Leistungsgruppen wieder verändern, was die Planungsunsicherheit weiter erhöht.

Schließlich wurden die Vorschriften verschärft, welche Leistungsgruppen an welchem Standort in Kombination angeboten werden müssen und wie andere ergänzend notwendige Leistungsgruppen über die Kooperation mit anderen Standorten erbracht werden müssen.

Und damit nicht genug wurden so genannte „Mindestvorhaltezahlen“ frei und ohne wissenschaftliche Evidenz erfunden, deren Erfüllung ebenfalls für die Zuweisung von Leistungsgruppen notwendig ist.

Wie diese „Mindestvorhaltzahlen“ errechnet werden, ist grob dem Gesetz zu entnehmen. Näheres muss jedoch erst in einer Rechtsverordnung bestimmt werden, die aktuell nicht vorliegt und deren Anwendung erst über Berechnungen klärt, welche Fallzahlen in welcher Leistungsgruppe mindestens erbracht werden müssen, um eine Zuweisung zu erreichen.

Das weitere Problem mit diesen „Mindestvorhaltezahlen“ ist auch, dass diese voraussichtlich erst zum Jahresende 2025 vorliegen werden. Erst danach können überhaupt valide Aussagen darüber getroffen werden, welcher Krankenhausstandort, welche Leistungsgruppen mit welchen Fallzahlen erbracht hat. Erst dann können die Krankenhausträger prüfen, ob sie auch die Mindestvoraussetzungen erfüllen und erst danach kann erst der eigentliche Planungsprozess beginnen.

Das wird aber nach heutigen Erkenntnisse nicht vor dem Jahreswechsel 2025/2026 der Fall sein. Die gesetzlichen Fristen für die Einführung der Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen sind daher objektiv nicht einzuhalten.

Doch selbst, wenn die kommende Bundesregierung von der Kraft des Faktischen getrieben, den Zeitplan anpasst, wird das alleine noch zu wenig sein, weil ja erst dann klar wird, welche Auswirkungen das geänderte Leistungsgruppensystem auf die Versorgung hat.

Da die Länder das System nicht über sinnvolle Ausnahmen an die planerischen Bedürfnisse im Land anpassen können, weil dazu im KHVVG keine ausreichenden Ausnahmeregelungen vorgesehen sind, kann es sein, dass man eben erst Ende 2025 feststellt, dass dieses geänderte System für dieses Ziel dysfunktional ist.

Position der Krankenhäuser im Land Bremen:

Das KHVVG sollte dringend von der kommenden Bundesregierung geändert werden. Alle Regelungen, die abweichend vom „System-NRW“ in das KHVVG geschrieben wurden, sind schnellstmöglich ersatzlos zu streichen. Das gilt für die von „NRW“ abweichenden Leistungsinhalte der Leistungsgruppen, für die zusätzlich aufgenommenen Leistungsgruppen, für die „Mindestvorhaltezahlen“, für die geänderten Mindestvoraussetzungen und für die viel zu eng gezogenen Ausnahmeregelungen.

Nur dann kann zügig in der zweiten Jahreshälfte 2025 mit der Einführung der neuen Krankenhausplanung begonnen werden und damit der dringend erforderliche Transformationsprozess beginnen. Nur dann können die Krankenhäuser schnell und relativ rechtssicher ihre strategische Planung für die Zukunft beginnen.

Näheres zur Krankenhausplanung im Land Bremen unter Berücksichtigung von Leistungsgruppen wird unter Abschnitt III auf Seite 38 dieses Geschäftsberichtes geschildert.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen:

Mit diesen Versorgungseinrichtungen sollen die Lücken in der Gesundheitsversorgung, welche durch die Reduktion der Krankenhausstandorte entstehen, gemildert und alternative Leistungsangebote für die Patientinnen und Patienten gesichert werden. Leider muss jedoch mit Blick auf die Regelungen im KHVVG konstatiert werden, dass die dazu getroffenen Regelungen nicht ausreichen, ein funktionierendes Geschäftsmodell zu erzeugen. Die Detailanalyse zeigt, dass die zu beachtenden Regelungen in Bezug auf das Zulassungsrecht (Krankenhausplanung, KV-System, Heimaufsicht), sowie die unterschiedlichen Vergütungsregelungen in den Sektoren und die entsprechenden divergierenden Strukturanforderungen zukünftiger Einrichtungen in ihrer Komplexität überfordern werden. Mit den gesetzlichen Regelungen wird insofern keine Grundlage geschaffen, um die Umwandlung von Krankenhäusern voranzutreiben. Die Lücken, die durch den Abbau und die Schließung von Krankenhäusern in der Gesundheits- und Notfallversorgung gerissen werden, können so nicht geschlossen werden.

Gemeinsame Kundgebung der Krankenhäuser in Bremen und Niedersachsen, am 20.09.2023 in Hannover

Position der Krankenhäuser im Land Bremen:

Die zukünftige Bundesregierung muss kurzfristig die Regelungen für die sektorenübergreifenden Einrichtungen überarbeiten und funktional machen, damit diese Alternative bei der anstehenden Bereinigung von Krankenhausversorgung für die Bevölkerung gewählt werden kann.

Substitution von Krankenhausversorgung durch klinisch-ambulante Versorgung:

Inzwischen sind durch viele wissenschaftliche Gutachten und durch den Vergleich mit anderen entwickelten Gesundheitssystemen (z.B. der Länder in der OECD) fachgebietsbezogene Erkenntnisse evident, die zeigen, dass für einen nennenswerten Anteil, der aktuell noch vollstationär erbrachten Krankenhausleistungen auch eine klinisch-ambulante Durchführung medizinisch angezeigt ist. Die niedergelassenen Fachärzte werden die Vielzahl an zusätzlichen komplexen Leistungen zukünftig nicht in Gänze übernehmen können, da auch hier die Zahl der Ärzte bedingt durch den demographischen Wandel deutlich abnehmen wird und da eine Reihe dieser Leistungen nicht unter den Bedingungen des ambulanten Systems erbringbar sind. Um dieses Potential an Krankenhausfällen zu realisieren, braucht es daher die richtigen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser. Hier lag eine große Chance durch das KHVVG diese Potentiale zu nutzen. Leider ist diese jedoch nicht genutzt worden. Dieses liegt in erster Linie daran, dass den wirtschaftlich äußerst angeschlagenen Krankenhäusern bei einer Umsetzung der Vorschriften weitere Defizite durch die Leistungserbringung in Milliardenhöhe drohen und gleichzeitig noch nicht einmal eine ausreichende und planungssichere Zulassung zur Leistungserbringung im Gesetz enthalten ist.

Alleine die Ausdehnung der so genannten „Hybrid-DRG“ auf zusätzlich zwei Millionen Fälle führt nach den aktuell geltenden Finanzierungsbedingungen zu einer Unterfinanzierung in Milliardenhöhe.

Position der Krankenhäuser im Land Bremen:

Die Erbringung von „Hybrid-DRG“ sollte auf der Basis der aktuellen DRG-Vergütung zunächst für drei Jahre bis ins Jahr 2028 vorangetrieben werden. Nach diesem Zeitraum sind auf der Basis nachvollziehbarer Kostenkalkulationen des InEK Kosteneinsparungen bei der Leistungserbringung von „Hybrid-DRG“ gegenüber der vollstationären Leistungserbringung schrittweise durch Absenkung der Vergütung an die Nutzer weiterzugeben. Durch dieses Modell wird ein schneller Umstieg der Krankenhäuser im Sinne der Patientenversorgung angereizt.
Darüber hinaus sind die Zulassungsregelungen für die klinisch-ambulante Versorgung durch die Krankenhäuser so anzupassen, dass Planungssicherheit für die Krankenhausträger entsteht, um dauerhaft diese Leistungsangebote vorzuhalten.

Sicherung der Investitionen durch einen Transformationfonds

Die planvolle Transformation der heutigen Krankenhausversorgung bedingt zusätzliche Investitionen um Zusammenführungen von neuen Leistungsangeboten, Schließungen, Fusionen und die Neuausrichtung von Krankenhaustandorten, Investitionen in telemedizinsche Versorgungsangebote, Investitionen in Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen und die Ausbildungsstätten zu finanzieren.

Dazu wurden ins KHVVG entsprechende Regelungen für einen Transformationsfonds aufgenommen, der von 2026 bis 2035 pro Jahr mit 5 Mrd. Euro ausgestattet wurde. So begrüßenswert diese Regelungen dem Grunde nach sind, so unbestimmt bleibt jedoch die Realisierung. Zunächst soll der Bundesanteil von je 2,5 Mrd. Euro von der GKV aus Beitragsmitteln finanziert werden, was auf größte verfassungsrechtliche Bedenken stößt, da es sich um eine gesamtstaatliche Aufgabe handelt, die aus Steuermitteln zu decken ist. Aus der anderen Seite gibt es bis heute keine verbindliche Zusage, dass die Länder ihren Anteil von weiteren 2,5 Mrd. Euro pro Jahr zusätzlich aufbringen werden.

Angesichts der kritischen Lage der Landeshaushalte, die aktuell nicht einmal ausreichen, die regelhaften Ersatzinvestitionen bedarfsgerecht aus zu finanzieren, darf bezweifelt werden, dass diese Summen zusätzlich ausgezahlt werden.
Die Erwartung, dass sich die Krankenhausträger zu 50 % an der jeweiligen Landessumme beteiligen können, wie es das KHVVG formuliert, dürfte angesichts der wirtschaftlichen Notlage der Krankenhäuser (vgl. Abschnitt vorher) illusionär sein.

Position der Krankenhäuser im Land Bremen:

Die Krankenhäuser im Land Bremen begrüßen die Einrichtung des Transformationsfonds. Ohne eine ausreichende und zusätzliche investive Flankierung der neu zu transformierenden Strukturen kann die neue Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen nicht umgesetzt werden. Die zur Finanzierung dieses Transformationsprozesses benötigten Mittel sind vom Land Bremen zusätzlich zu den regulären Investitionsmitteln in Gänze zur Verfügung zu stellen. Weitere Eigenanteile der Krankenhausträger sind angesichts der bestehenden Unterfinanzierung zur Deckung der Betriebsmittel vom Land Bremen nicht einzufordern.

Näheres zum Stand der Investitionsfinanzierung für die Krankenhäuser im Land Bremen ist unter Abschnitt III auf Seite 40 dieses Geschäftsberichtes nachzulesen.

FAZIT:

Zunächst muss konstatiert werden, dass die gesetzlichen Ziele mit dem vorliegenden KHVVG so nicht erreicht werden. Die Vorhaltevergütung sichert keine Vorhaltung, hilft keinem Krankenhaustandort weiter und entfaltet trotzdem eine überbordende zusätzliche Bürokratie. Die Regelungen zu einer bundeseinheitlichen Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen in der Fassung des KHVVG gefährden die flächendeckende Versorgung und sichern diese nicht ab. Eine Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung kann nicht gelingen, wenn immer mehr qualifiziertes Fachpersonal mit überflüssiger Bürokratie beschäftigt, statt direkt in der Patientenversorgung eingesetzt wird. So kann auch keine Sicherung der Behandlungsqualität und schon gar keine Steigerung derselben erreicht werden, sondern nur zusätzlicher Personalmangel in der Versorgung erzeugt, Versorgungslücken vergrößert und dadurch Rationierung in einem Kernbereich der Daseinsvorsorge folgen.

Die gute Nachricht ist aber auch:

Die Krankenhäuser stehen nach wie vor zu den Zielsetzungen der Reform und tragen die Kernelemente mit. Mit einem Aussetzen der Vorhaltevergütung, einer Entschlackung und Flexibilisierung der Leistungsgruppenplanung, funktionalen Regelungen für die sektorenübergreifenden Einrichtungen und die richtigen Anreize zur Substitution vollstationärer Behandlung in klinisch-ambulante Leistungsangebote lässt sich mit relativ geringen Änderungen am KHVVG durch die kommende Bundesregierung binnen Jahresfrist noch ein Turnaround schaffen!

Dazu wäre aber auch ein dauerhafter Ausgleich der existentiellen Unterfinanzierung der Krankenhäuser als erste Maßnahme unverzichtbar, damit es nicht zu weiteren ungeplanten Insolvenzen von Krankenhausstandorten kommt, bevor die Transformationsprozesse via Krankenhausplanung überhaupt eingeleitet wurden. Ohne Schließung der Finanzierungslücke bei den Betriebskosten plant man jedoch zukünftig mit Krankenhausstandorten oder Leistungsangeboten, die bis zum Planungsbescheid gar nicht mehr existieren.

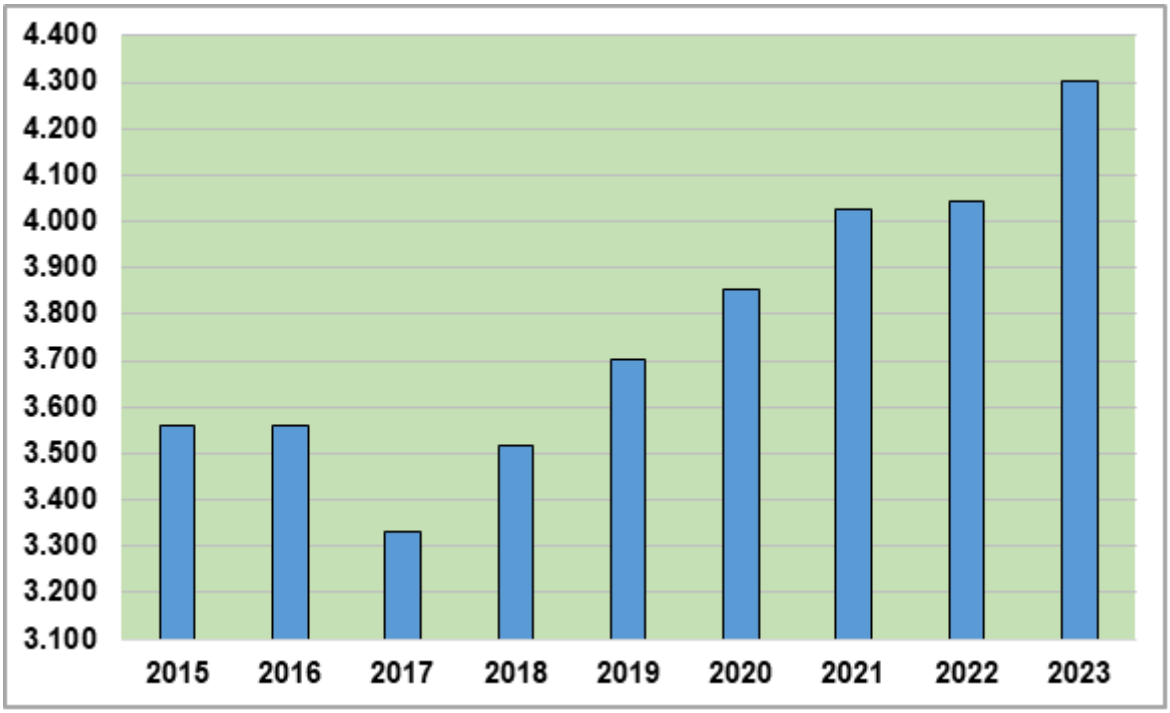
Entwicklung der Pflege im Krankenhaus

In den zurückliegenden Geschäftsberichten haben wir uns intensiv mit diesem Thema auseinandergesetzt und aufgezeigt, welche Fortschritte gerade im Pflegebereich erzielt wurden.

Zunächst darf man inzwischen feststellen, dass durch die Einführung der Pflegebudgets ein klarer Zuwachs in der Pflege am Bett erkennbar ist (vgl. Grafik). Umso bedauerlicher ist, dass im Jahr 2025 die Reichweite des Pflegebudgets wieder eingegrenzt und das den Pflegedienst entlastende Personal teilweise nicht mehr angerechnet wird.

Die Krankenhäuser im Land Bremen haben sich auch für die neue Pflegepersonalbemessung nach der Pflegepersonalregelung 2.0 ausgesprochen, um endlich eine effiziente und bürokratiearme Lösung zur Bemessung des Pflegebedarfs zu implementieren. Leider ist jedoch die Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen (PPUGV) und des Pflegepersonalquotienten nicht zeitgleich erfolgt, so dass die Krankenhäuser in der Summe mit unnötiger Bürokratie weiter belastet bleiben. Dieses ist umso unverständlicher, da diese beiden Regelungsbereiche den Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten nicht erfassen und reine statistische Artefakte sind.

Grafik: Zuwachs im Pflegedienst der Krankenhäuser im Land Bremen



Quelle: destatis sowie eigene Hochrechnung anhand aktueller Daten

Anmerkung zur Grafik: *Seit 2019 greift das Pflegeförderprogramm, seit 2020 das Pflegebudget. Der geplante Personalzuwachs wurde erreicht. Die Steigerung von 2020 zu 2023 liegt bei 11,7% (2020: 3.852; HR 2023: 4.303)*

Ausgliederung der Pflege aus den Budgets (Pflegebudgets) ab 2020:

Einen echten Paradigmenwechsel stellte die Herauslösung der Pflegekostenanteile aus den Fallpauschalen dar – eine Maßnahme, die für die Kliniken mit großen Veränderungen und Unsicherheiten verbunden ist.

Inzwischen werden jedoch routinemäßig im Rahmen der Budgetverhandlungen die jährlichen Pflegebudgets verhandelt. Zum Redaktionsschluss dieses Geschäftsberichtes lagen bereits nahezu alle Pflegebudgets für die Zeiträume 2020 bis 2024 vor und die Verhandlungsrunde für das Jahr 2025 hatte schon begonnen.

Fehlende Aufarbeitung der Corona-Pandemie

Die Bremer und Bremerhavener Krankenhäuser haben während der Corona-Pandemie ihre hohe Leistungsfähigkeit eindrucksvoll unter Beweis gestellt.

Das Aufflammen der Corona-Pandemie stellte die Krankenhäuser im Land Bremen seit März 2020 vor gewaltige Herausforderungen. Es kam zu keinem Zeitpunkt zu einer bedrohlichen Versorgungssituation; wenn auch viele kritische Tage in den Jahren 2021 bis ins Jahr 2023 zu verzeichnen waren. Insgesamt hatten die Krankenhäuser dank dem unermüdlichen Einsatz ihrer Beschäftigten die Lage im Griff.

Die Krankenhäuser im Land Bremen hätten sich eine bundesweite Aufarbeitung der während der Corona-Pandemie erlassenen Maßnahmen dringend gewünscht, um daraus auch für die Zukunft die richtigen Schlüsse zu ziehen und zielgerichtet vorbereitet zu sein. Es ist daher außerordentlich unbefriedigend, dass es dazu in der Bundespolitik keinen Konsens in der zu Ende gehenden Legislaturperiode gab.

II. Rechts- und Vertragsangelegenheiten

Wichtige Bundesgesetzgebung 2023-2024

Neben dem KHVVG wurden folgende wichtige Bundesgesetze mit Regelungsbezug auch für die Krankenhäuser in den Jahren 2023 und 2024 verabschiedet:

Jahr 2023:

Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) – Inkrafttreten 27.07.2023

Das Gesetz beinhaltet zahlreiche Neuregelungen zur Bekämpfung von Lieferengpässen. Darunter einzelne wichtige Regelungen, welche die Krankenhäuser unmittelbar betreffen:

So werden Krankenhausapotheken und krankenhausversorgende Apotheken dazu verpflichtet, auf Anforderung des BfArM Daten zu verfügbaren Beständen elektronisch mitzuteilen. Das BfArM legt das Verfahren und die Formatvorgaben für die elektronische Übermittlung fest und veröffentlicht diese auf seiner Internetseite.

Außerdem werden die Krankenhausapotheken und krankenhausversorgende Apotheken zu zusätzlichen Vorratshalterungen insbesondere mit Arzneimitteln zur intensivmedizinischen Behandlung sowie explizit mit Antibiotika und Onkologika angehalten. Eine Finanzierung ist, wie schon zu erwarten war, nicht vorgesehen.

Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) – Inkrafttreten 16.12.2023

Mit dem Gesetz wurden zahlreiche Regelungen reformiert, die geeignet sind, den Stellenwert der Pflege gegenüber den anderen Gesundheitsfachberufen zu stärken. Die Ausbildung und das Studium werden ein Stück weit modernisiert. Die Anerkennung ausländischer Pflegekräfte soll erleichtert werden. Im Einzelnen sind folgende weitere Regelungen hervorzuheben:

Das bereits für das Hebammenstudium eingeführten Prinzips der dualen Ausbildung wird auf das Pflegestudium übertragen. Während der gesamten Dauer des Studiums wird eine Ausbildungsvergütung geschaffen.

Es findet eine Stärkung der Digitalisierung in der Pflegeausbildung, u.a. durch Aufnahme entsprechender Lehrinhalte und Möglichkeit für digitale Lehrformate statt.

Bei der Vereinheitlichung und Vereinfachung der Anerkennungsverfahren ausländischer Pflegekräfte soll die Möglichkeit eines Verzichts auf eine umfassende Gleichwertigkeitsprüfung zugunsten einer Kenntnisprüfung oder eines Anpassungslehrgangs alternativ gelten.

Die selbständige und eigenverantwortliche Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten der Pflege gegenüber den anderen Gesundheitsberufen soll durch Integration entsprechender Kompetenzen in die hochschulische Pflegefachkräfteausbildung gesichert werden.

Jahr 2024:

Digital-Gesetz (DigiG) – Inkrafttreten 26.03.2024

Mit dem DigiG wurden insbesondere folgende Regelungen eingeführt, die auch die Krankenhäuser betreffen:

Die elektronische Patientenakte (ePA) wird mit einer Widerspruchslösung eingeführt, d.h. die Versicherten müssen zukünftig der standardmäßigen Einrichtung einer ePA durch die Krankenkasse widersprechen. Damit soll die Zahl der ePA deutlich erweitert werden.

Darüber hinaus wird das Datenverarbeitungs- und Zugriffskonzept konkretisiert, damit Krankenhäuser die ePA befüllen und nutzen können. Außerdem wird ein zentrales Kompetenzzentrum zur Interoperabilität bei der gematik eingerichtet, um Bedarfe zur Standardisierung bzw. Entwicklung von Schnittstellen zu sammeln, zu bündeln und zu priorisieren. Daneben werden Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen bei allen TI-Maßnahmen verpflichtend.

Schließlich wird ermöglicht, dass umfassende Untersuchungen von Komponenten und Diensten, die die TI nutzen, aber außerhalb betrieben werden, stattfinden. Ferner wird die elektronische Verordnung ab 01.01.2024 eingeführt und auf Heilmittel (ab Januar 2027) und Medizinprodukte (ab Juli 2027) erweitert.

Die Telemedizin in der Gesundheitsversorgung soll u.a. durch Aufhebung der bisherigen mengenmäßigen Begrenzung von Videosprechstunden, Aufnahme von Möglichkeiten zum Telemonitoring und Einrichtung eines Systems zur digitalen Vermittlung dieser und anderer telemedizinischer Leistungen weiter gestärkt werden.

Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) – Inkrafttreten 26.03.2024

Die Betroffenheit der Krankenhäuser liegen insbesondere in der Herstellung von Rechtssicherheit und Klarheit beim Datenschutz in der Nutzung von Gesundheitsdaten durch Dritte; der Schaffung einer Möglichkeit zur Nutzung von Gesundheitsdaten; der Einrichtung einer Datenzugangs- und Koordinierungsstelle beim BfArM als Mittler zwischen datenhaltenden und datennutzenden Stellen (Bündelung und Aufbereitung von Informationen, Antragsvoraussetzungen und Datenquellen; datennutzende Stellen treten mit Koordinierungsstelle in Kontakt) sowie darüber hinaus in der Schaffung einer anlassbezogenen datenschutzkonformen Verbindung zwischen klinischem Krebsregister und Daten des Forschungsdatenzentrums Gesundheit.

Krankenhaustransparenzgesetz – Inkrafttreten 28.03.2024

Das Krankenhaustransparenzgesetz diente als Vorläufer des KHVVG, weil es zahlreiche Regelungen zu Datenlieferungspflichten enthielt, die inhaltlich mit der Einführung der Planung nach Leistungsgruppen in Zusammenhang stehen. Daher war das Gesetz zwischen Bund und Ländern hochumstritten und konnte nur knapp den Bundesrat passieren.

Zentrale Regelung ist die Einrichtung eines Transparenzverzeichnisses mit zusätzlichen Daten über das Leistungsangebot der Kliniken anhand der vereinbarten Leistungsgruppen, personeller Ausstattung und Qualitätsdaten. Dabei wurden die Datenlieferpflichten der Krankenhäuser, um Angaben zur Zuordnung von Leistungsgruppen, Standortbezogenen Leistungsdaten im Hinblick auf (Haupt- und Neben-)Diagnosen, Operationen und Prozeduren, Daten zum Pflegepersonal

bezogen auf die Leistungsgruppen Daten zum ärztlichen Personal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, die Zahl der Fachärztinnen und -ärzte differenziert nach Fachgebieten weitere Angaben zu Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung und deren Weiterbildungsgebiet deutlich erweitert.

Weiterhin wurde eine verpflichtende quartalsweise Meldung an das InEK, jeweils zum 15. des auf das Quartal folgenden Monats eingeführt und eine Zuordnung von Krankenhäusern zu bundeseinheitliche Versorgungsstufen/Leveln mit definierten Voraussetzungen eingeführt, die im Rahmen der Diskussionen zum KHVVG von der Mehrheit der Länder abgelehnt worden war.

Medizinforschungsgesetz (MfG) – Inkrafttreten 30.10.2024

Die besondere Betroffenheit der Krankenhäuser lag zunächst in der Vereinfachung, Beschleunigung und Entbürokratisierung des Genehmigungsverfahrens für klinische Prüfungen und des Zulassungsverfahrens von Arzneimitteln und Medizinprodukten.

Besonders ärgerlich für die Krankenhäuser war jedoch die Erweiterung der schon überdrehten Datenlieferungspflichten aus dem Krankenhaustransparenzgesetz. Die zusätzliche Zuordnung der Ärzte zu noch nicht klar und eindeutig definierten Leistungsgruppen in jedem Quartal ist den Krankenhäusern objektiv nicht möglich und trotzdem ist die Nichtlieferung dieser Daten mit hohen Sanktionen bewehrt.

Verhandlungen der Landesbasisfallwerte 2023-24

Ende des Jahres 2022 wurden mit dem KHPflEG die Möglichkeit gestrichen, dass die Krankenhäuser bei allgemein rückläufigen Leistungsmengen, wenigstens die Fixkosten der Vorhaltung erstattet werden (§ 10 Abs. 3 Satz 3 bis 6 KHEntgG). Da diese Leistungsmengen zum großen Teil bereits bei der Berücksichtigung im Landesbasisfallwert nur zu variablen Kosten eingestellt wurden (Mengendegression bis 2017) ist für die Krankenhäuser besonders ungerecht.

Diese Streichung passt auch nicht zu der gerade vom BMG angestoßenen Diskussion in Zukunft im Rahmen einer Krankenhausreform die Fixkosten über so genannte Vorhaltepauschalen zu finanzieren. Denn de facto hat derselbe BMG genau diese Fixkosten gerade aus der Vergütung gestrichen.

Dass im Übrigen die weiteren begrenzenden Regelungen zur Ermittlung der Landesbasisfallwerte (Deckelung) weiter beibehalten wurden, unterstreicht, wieweit die öffentlichen Aussagen des BMG hinter der tatsächlichen Politik zurückbleiben. Daher bleiben insbesondere die allgemeinen Personalkostenentwicklungen (seit 2020 außerhalb des Pflegedienstes) weiterhin nur unzureichend abgebildet (vgl. auch die Ausführungen im ersten Abschnitt dieses Berichtes zur Kosten-Erlös-Schere).

Ein allgemeiner Inflationsausgleich müsste über eine Regelung beim Landesbasisfallwert erfolgen. Dazu gab es klare Vorschläge der DKG an die Politik, die aber bis heute allesamt ignoriert wurden.

Landesbasisfallwert 2023

Zwar fiel die Erhöhung der LBFW 2023 mit 4,37 % auf 4.003,69 Euro gegenüber den Vorjahren relativ hoch aus. Aber alleine die Höhe der Tarifrate, mit 0,05 % war so marginal, dass schon die Personalkostensteigerungen im Jahr 2023 nicht ausgeglichen wurden. Auch die Sachkostensteigerungen, die aufgrund der exorbitanten Inflation in den Jahren 2022 und 2023 in der Summe deutlich im zweistelligen Bereich lagen, konnten damit nicht kompensiert werden. Insofern konnten erst recht nicht die Betriebskosten der IT-Sicherheit und aus den weiteren Anforderungen der Digitalisierung berücksichtigt werden.

Landesbasisfallwert 2024

Aufgrund der hohen Einnahmezuwächse der Gesetzlichen Krankenversicherung, die auf der hohen Erwerbstätigkeit und den hohen Lohnzuwächsen wegen der Inflation beruhten, war eine Steigerung um weitere 5,23 % gegenüber dem Vorjahr auf einen LBFW in Höhe von 4.213,71 Euro möglich. Leider betrafen die hohen Lohnzuwächse auch die Krankenhäuser, so dass im Prinzip die Steigerung zum wiederholten Mal nicht ausreichte, die Kostentwicklungen auszugleichen. Immerhin wurde im Jahr 2024 die Unterfinanzierungslücke nicht noch größer, lag aber mit 13 % gegenüber der Kostenentwicklung (vgl. Kosten-Erlös-Schere auf Seite 7) weiterhin auf existenzbedrohenden Niveau des Vorjahres.

Budget- und Entgeltverhandlungen 2023-24

Die Geschäftsstelle der HBKG hat weiterhin die Mitgliedskrankenhäuser durch die Teilnahme an den Verhandlungen und Beratungen im Vorfeld intensiv unterstützen können. Mit Unterstützung der HBKG-AG Budget wurden Empfehlungen zu auslegungsbedürftigen Themen erarbeitet sowie verschiedene EDV-Tools zur Darstellung und Berechnung einzelner Themen bereitgestellt.

Pflegesatzzeitraum 2023

Im Budgetjahr 2023 waren insbesondere die mit dem Pflegeentlastungsgesetz getroffenen Regelungen zur Änderung des Budgetrechts umzusetzen. Diese betrafen unter anderem:

- Verbindliche terminliche Vorgaben zum Beginn der jährlichen Verhandlung und zum spätesten zulässigen Abschluss der Budgetvereinbarung
- Technische Vorgaben für die Forderungsunterlagen zum Aufbau der Datensätze und dem Wege der Bereitstellung von Unterlagen
- Rechnungsabschlag bei Nichteinhaltung des vorgeschriebenen Verfahrens

Bereits im ersten Jahr der Geltung der geänderten Vorgaben stellte sich heraus, dass die vielfältigen Vorschriften und Ausschlussregelungen bspw. zur Übermittlung zusätzlicher Unterlagen bzw. dem Ausschluss verspätet bereit gestellter Informationen in der Praxis nicht umsetzbar waren und im Prinzip keine Anwendung fanden. Einzig die Bereitstellung der Forderungen der Krankenhäuser an einen zwischen HBKG-Geschäftsstelle und den Krankenkassenverbänden abgestimmten Email-Verteiler wurde gesetzeskonform umgesetzt und hat sich seither etabliert.

Weitere Änderungen des Reformgesetzes betrafen die Eingliederung der Hebammen in das Pflegebudget im Jahr 2023 sowie die Eingliederung sonstiger Berufe im Jahr 2024. Hier ergaben sich in der Umsetzung im Rahmen des Budgetverfahrens keine strittigen Fragen.

Daneben gab es HBKG-intern eine einheitliche Abstimmung zur Umsetzung der Corona-Ausgleichsverordnung mit der eine finale Verrechnung der im Budgetjahr 2022 berechneten Coronahilfen erfolgte sowie die gemäß § 4a KHEntgG für die Jahre 2023 und 2024 vorgesehene temporäre Ausgliederung der Leistungen für Kinder und Jugendliche in ein separates Erlösbudget und der Erhebung eines Förderzuschlages. Hierbei gab es zwischen den Krankenhäusern unterschiedliche Vorgehensweisen zur Regelung möglicher Ausgleichsansprüche, da die Krankenkassen im Land Bremen abweichend vom übrigen Bundesgebiet ein Interesse hatten, die gesetzlichen Ausgleichsansprüche per Vereinbarung auf 0% festzulegen bzw. vollständig auszuschließen.

Neben der Ausgliederung der Leistungen für Kinder und Jugendliche wurde im Rahmen des Budgetverfahrens bei den betroffenen Krankenhäusern die Verrechnung eines Förderbetrages für geburtshilfliche Fachabteilungen gemäß §5 Abs. 2b KHEntgG geregelt. Die HBKG-Geschäftsstelle hatte den Mitgliedern eine Rechenhilfe zur Ermittlung und Vereinbarung eines entsprechenden Zuschlages bereitgestellt.

Pflegesatzzeitraum 2024

Im Budgetverfahren für das Jahr 2024 wurde weiterhin an der Umsetzung der mit dem Pflegeentlastungsgesetz in §11 Abs.4 KHEntgG eingeführten formalen Regeln für das Budgetverfahren gearbeitet. Die HBKG-Geschäftsstelle holte Verzichtserklärungen der senatorischen Gesundheitsbehörde und des PKV-Verbandes ein, so dass die gesetzlich vorgesehene Versendung der krankenhausbezogenen Forderungsunterlagen für diese ausgeschlossen wurde.

Ein weiteres Thema welches von der HBKG-Geschäftsstelle im Jahr 2024 aktiv begleitet wurde, waren die Nachweispflichten zur zweckentsprechenden Mittelverwendung für das Förderprogramm zur Unterstützung der geburtshilflichen Fachabteilungen sowie zu den in den Jahren 2023 und 2024 vorgesehenen Förderzuschlägen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Im Rahmen der HBKG-AG Budget stellte die Firma Logex, Köln ein Angebot zur vereinfachten Herleitung der entsprechenden Nachweise vor; welches im Ergebnis von mehreren Mitgliedskrankenhäusern genutzt wurde.

Ebenfalls seit dem Jahr 2023 erfolgte im Rahmen der Budgetverhandlungen mit einem jährlich erweiterten Leistungskatalog die Ausgliederung der Leistungen gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG´s). Zu diesem Thema hatte die HBKG-Geschäftsstelle bereits im Startjahr 2023 im Rahmen der HBKG-AG Budget ein Angebot der DKTIG vorgestellt, welches eine Analyse des betroffenen Leistungsbereichs ermöglichte. Auch hieran beteiligten sich mehrere Mitgliedkrankenhäuser.

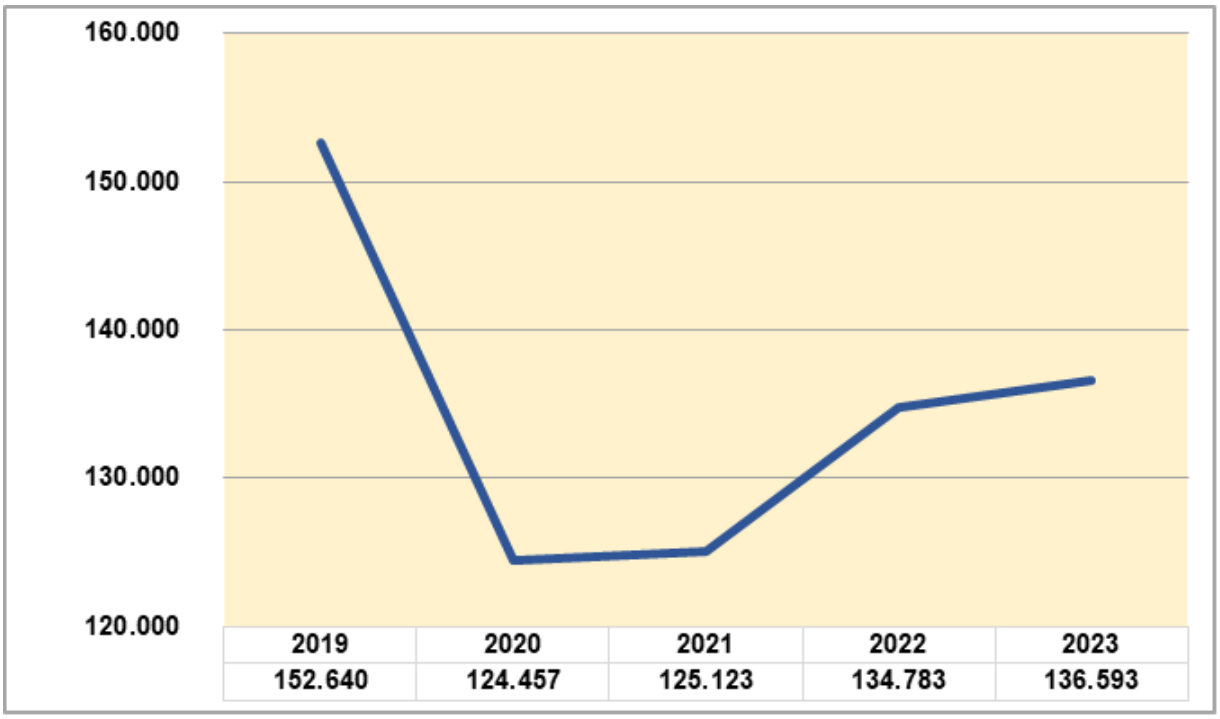
Ambulante Notfallversorgung

Seit 2016 gilt ein dreiseitiger Vertrag nach § 115 Abs. 2 Nr. 3 SGB V zur Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes zwischen HBKG, KVHB und den Landesverbänden der Krankenkassen. Darin ist die Einbeziehung der Krankenhausstandorte in Bremen und Bremerhaven in den Notdienst vereinbart. Seitens der KVHB wurde in der Folge eine Reihe von Maßnahmen unternommen, den von den niedergelassenen Ärzten originär vorgehaltenen Bereitschaftsdienst zu verbessern. Dabei wurden zusätzliche Ärzte verpflichtet, die finanziellen Anreize für niedergelassene Ärzte zur Teilnahme am Notdienst neugestaltet und eine Kampagne zur besseren Bekanntmachung der Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes „116117“ durchgeführt.

Die Auswirkungen dieser Vereinbarung zeigen sich bis ins Jahr 2020, in dem die ambulanten Notfälle, die im Krankenhaus behandelt wurden, deutlich zurückgingen (siehe Grafik). In den Folgejahren sind Fallzahlen leider wieder angestiegen

In der Grafik sind die Fälle nicht enthalten, die anschließend an die Behandlung in der Notaufnahme in die stationäre Versorgung der Krankenhäuser aufgenommen wurden. Dieser Anteil an den Fallzahlen ist über Jahre relativ gleich bei etwa einem Drittel der in der Notaufnahme behandelten Fälle geblieben. Damit kann keinesfalls davon gesprochen werden, dass die Notaufnahmen in den Kliniken als „Staubsauger“ für stationäre Aufnahmen ohne ärztliche Einweisung fungieren und somit der Füllung von unbelegten Betten dienen.

Ambulante Notfälle in Bremer Krankenhäusern (ohne stationäre Aufnahme)



Quelle: eigene Erhebung auf Basis von Umfragen unter den Mitgliedshäusern

Alle Krankenhausstandorte haben inzwischen eine zentrale Notaufnahme (ZNA) eingeführt und mehr und speziell qualifiziertes Personal für die Notaufnahmen bereitgestellt, um die Strukturen an die gestiegenen Anforderungen anzupassen. Außerdem werden Triage-Systeme befolgt, die eine Priorisierung in der Notfallversorgung ermöglichen. Patienten werden im Rahmen der Notaufnahme über anstehende Behandlungen, Art und Umfang, sowie über Wartezeiten informiert.

Wartezeiten ergeben sich häufig erst durch ein hohes Patientenaufkommen für weniger dringliche Fälle, da diese, ohne zuvor den Hausarzt aufzusuchen oder die Notrufnummer 116117 zu nutzen, direkt das Krankenhaus ansteuern bzw. den Notarzt rufen.

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, alle Patienten anzusehen, so dass über die Menge der Patienten nach Triage größere Wartezeiten für diejenigen Patienten entstehen, die keine prioritären Notfälle darstellen, was auf immer weniger Toleranz bei diesen länger wartenden Patienten stößt. Hier sind auch höhere Erwartungshaltungen seitens der Patienten ursächlich. Die Tatsache, dass weniger dringliche Fälle warten müssen, um zu priorisierende Fälle behandeln zu können, ist in jeder Notaufnahme deutschlandweit inzwischen zu beobachten. In den letzten Jahren haben sich die Wartezeiten für nicht dringliche Fälle durch deren verstärktes Aufkommen darüber hinaus stetig weiter verlängert. Während sich an der Priorisierung und umgehenden Behandlung ohne oder mit nur sehr geringen Wartezeiten für dringende Fälle durch die Verbesserungen der Strukturen kaum etwas geändert hat, sind die Warteräume in den Bereitschaftspraxen und den Krankenhäusern gefüllt mit umso mehr weniger ernsthaft erkrankten Patienten.

Für diese Problematik müssen in Zukunft bundesweit bessere Lösungen gefunden werden, um die Strukturen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notaufnahmen der Krankenhäuser gleichermaßen zu entlasten. Die Nutzung von IVENA (siehe S. 61), welche bereits seit Februar 2017 besteht, ermöglicht weiterhin die optimale Steuerung der Patienten in der Notfallversorgung. Die aufnehmenden Krankenhäuser erhalten schneller und konkreter als bisher die notwendigen Informationen vom Rettungsdienst und der Rettungsdienst ist besser über die aktuelle Aufnahmebereitschaft informiert. Daraus ergibt sich auch eine bessere Steuerung zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung. Gespräche mit der KVHB darüber, wie auch die Bereitschaftspraxen der KV und ausgewählte Facharztpraxen an IVENA angeschlossen werden können, wurden im Lauf des Jahres 2022 aufgenommen.

Geplante Reform ambulanten Notfallversorgung auf Bundesebene

Im Februar 2023 legte die Regierungskommission des BMG in ihrer vierten Stellungnahme eine Empfehlung für eine Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland für Integrierte Notfallzentren und für Integrierte Leitstellen vor.

Die Empfehlung trifft in vielen Punkten auf die Zustimmung der Krankenhäuser. Doch zunächst wäre ein einheitliches digitales Ersteinschätzungsverfahren für Ärzte, Krankenhäuser und Rettungsdienste von großem Nutzen, um die Steuerung der Notfallpatientinnen und –patienten nachhaltig zu verbessern und die gemeinsamen Ressourcen effizienter zu nutzen. Außerdem reichen die finanziellen Vergütungen für die teilnehmenden Krankenhäuser nicht aus, um die mit der ambulanten Notfälle verbundenen Aufwände zu decken.

Die Gründung von Integrierten Notfallzentren (INZ) werden seitens der HBKG dabei als nachrangiger Aspekt zur Verbesserung der Versorgung gesehen.

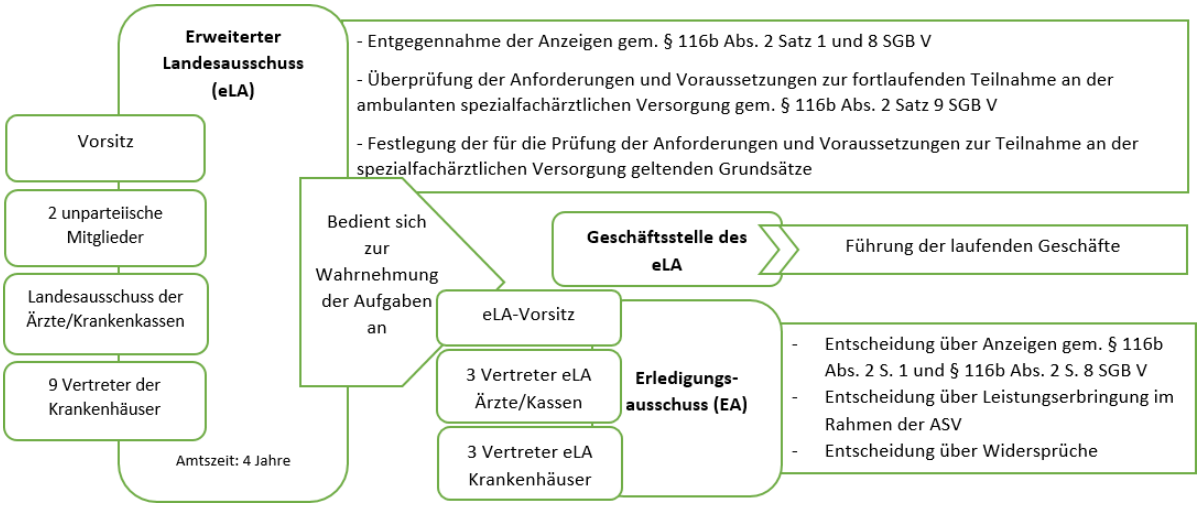
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

Mit der Neufassung des § 116b SGB V wurde im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes unter der Bezeichnung „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV) ein Versorgungsbereich geschaffen, in dem Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen innerhalb eines einheitlichen Rechtsrahmens Patienten versorgen. Damit wurde der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz formulierte § 116b SGB V „Ambulante Behandlung im Krankenhaus“ (ABK) abgelöst.

Die ASV übernimmt zum einen den bisherigen Katalog von Erkrankungen und Leistungen des § 116b Abs. 2 in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes und zum anderen den Richtlinienauftrag an den G-BA zur qualitativen Ausgestaltung der Anforderungen an die Teilnahmeberechtigung. Dieser rechtlich neu definierte Leistungsbereich soll gleichberechtigt sowohl den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern als auch den zugelassenen Krankenhäusern offenstehen und somit als sektorenübergreifender Bereich dienen.

Der G-BA hat im März 2013 erstmalig die Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) beschlossen. Die aktuellste Änderung wurde im August 2024 durchgeführt. Die Richtlinie stellt den formalen Rahmen für den Versorgungsbereich dar und löste die Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus ab, die eine Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen bei seltenen Krankheiten oder Krankheiten mit komplizierten Verläufen vorsah.

Aufbau und Aufgaben des Erweiterten Landesausschusses (eLA)



Quelle: eigene Darstellung anhand Geschäftsordnung des eLA

Neben den bereits beschlossenen Konkretisierungen, wurden im Verlauf der Jahre 2023 und 2024 weitere indikationsbezogene Konkretisierungen durch den G-BA für die Erkrankungsbilder Multiple Sklerose, Knochen- und Weichteiltumoren, Tumoren des Auges und zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie) beschlossen.

Des Weiteren hat der Erweiterte Landesausschuss (eLA) im Land Bremen in den Jahren 2023 und 2024 die Anzeigeformulare für die Teilnahme an der ASV Kopf- oder Halstumoren, Neuromuskuläre Erkrankungen, Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven sowie chronisch entzündliche Darmerkrankungen abgestimmt und veröffentlicht.

Bundesweit wird der zu hohe zeitliche und bürokratische Aufwand für die Erstellung der Anzeigen beim Erweiterten Landesausschuss (ELA) sowie die überregulierenden Zulassungshürden kritisiert. So hat z. B. im Land Bremen bisher nur ein Leistungserbringer eine ASV-Berechtigung nach neuem Recht im Indikationsbereich GIT, in dem zuvor vier Krankenhäuser eine Berechtigung nach altem Recht hatten. An diesem Beispiel wird erkennbar, dass durch die neue Regelung eine Einschränkung der Patientenversorgung drohen könnte oder von einigen gar erwünscht ist.

Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG)

Seit dem Jahr 2020 richten sich alle neu beginnenden Ausbildungen im Bereich der examinierten Krankenpflege nach den Vorgaben des Pflegeberufegesetzes im System der generalisierten Krankenpflege. Dies bedeutet, dass seit dem Jahr 2023 Auszubildende ausschließlich nach neuem Recht ihre Ausbildung abschließen. Auf Grund des Pflegestudiumsstärkungsgesetzes vom 15.12.2023 werden seit Anfang 2024 auch die Kosten von Pflegestudierenden über die bestehenden Strukturen finanziert. Dies galt zum 01.01.2024 für die neue Ausbildungsvergütung, die seit diesem Zeitpunkt allen Pflegestudierenden akkreditierter Studiengänge zusteht als auch für die Kosten der praktischen Ausbildung für alle nach dem Stichtag neu eingeschriebenen Pflegestudierenden.

In dem System werden die Refinanzierungsbeträge für den einzelnen Auszubildenden über den beim Statistischen Landesamt angesiedelten Pflegeausbildungsfonds (PfAU) abgewickelt. Der auf die Krankenhäuser entfallende Finanzierungsanteil wird jährlich über einen zwischen HBKG und Kostenträgern zu vereinbarenden und von den Krankenhäusern für jede Krankenbehandlung abzurechnenden Ausbildungszuschlag realisiert. Im Berichtszeitraum wurde der Zuschlag gemeinsam mit den Kostenträgern jeweils fristgerecht zum 30.11. des Vorjahres vereinbart. Er wurde im Jahr 2023 mit 132,42 Euro und für das Jahr 2024 mit 120,33 Euro festgelegt.

Auf der Landesebene haben sich zur Begleitung aktueller Fragestellungen in der Pflegeausbildung und ihrer Finanzierung unter Leitung der senatorischen Gesundheitsbehörde der eher fachliche Runde Tisch Pflegeausbildung sowie das Austauschgremium Pflegeausbildung als regelmäßig tagende Gremien etabliert. Daneben beteiligt sich die HBKG auch regelmäßig an außerplanmäßigen Runden zu Fragen der Weiterentwicklung rechtlicher Fragestellungen der Ausbildung sowie der Umsetzung der akademischen Pflegeausbildung im Pflegeberufegesetz.

Realisierung von Ausgleichsansprüchen der Krankenhäuser gegenüber dem PfAU

Im Jahr 2024 wurden auf Grund von Rückmeldungen aus dem Mitgliedsbereich zentral über die HBKG gegenüber dem PfAU Fehler in den Umlagebescheiden geltend gemacht, die durch Nichtberücksichtigung von Ausgleichsansprüchen aus den Vorjahren zu finanziellen Nachteilen im siebenstelligen Bereich führten. Erst nachdem nach längeren Lösungsversuchen wies die zuständige Aufsichtsbehörde den PfAU an, die einbehaltenen Beträge auszuzahlen, so dass abschließend die von der HBKG vertretene Sichtweise der Krankenhäuser bestätigt wurde.

Verhandlungsjahr 2023

Zur Vorbereitung der auf Landesebene zu verhandelnden Finanzierungspauschalen für Pflegeschulen und für die praktische Ausbildung existiert im Rahmen der „Interessengemeinschaft (IG) der Schul- und Ausbildungsträger im Land Bremen“ eine Zusammenarbeit mit den anderen beteiligten Verbänden der Schulträger und Leistungserbringer. Die in Fragen der Pflegeausbildung eng zusammenarbeitende Interessengemeinschaft besteht aus den Verbänden LAG der Freien Wohlfahrtspflege, bpa–Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, der AGAP (Arbeitsgemeinschaft ambulante Pflege) und der HBKG.

Die IG der Leistungserbringerverbände gibt im Rahmen des Verhandlungsgeschehens jeweils einheitliche gemeinsame Stellungnahmen ab. Seitens der HBKG wurden für die Schiedsstelle gemäß § 36 PflBG zwei Vertreter der Krankenhäuser mit jeweils zwei Stellvertretern benannt. Der Vorsitz der Schiedsstelle liegt weiterhin in der Person von Herrn Dr. Klein.

Mitte April 2023 begannen die Verhandlungen zwischen der IG mit Vertretern des Landes und den Kranken- und Pflegekassen über die festzulegenden Ausbildungspauschalen für die Jahre 2024 und 2025, zu der die Leistungserbringerseite eine einheitlich abgestimmte Forderung vorlegte. Bis zum gesetzlich vorgegebenen Einigungstermin am 30.06.2023 konnte zwischen den Vertragsparteien eine Einigung erzielt werden.

Im Ergebnis wurde im Bereich der praktischen Ausbildung für das Jahr 2024 eine Ausbildungspauschale in Höhe von 9.360,00 Euro und für das Jahr 2025 in Höhe von 9.690,10 Euro vereinbart. Für den Bereich der schulischen Ausbildung wurde abhängig von den Bruttoarbeitgeberkosten der Lehrkräfte sowie des Verhältnisses der Anzahl von Schülern und Lehrkräften für das Jahr 2024 eine Pauschale im Bereich von 8.670,00 bis 10.100,00 Euro vereinbart. Die vereinbarten Werte für das Jahr 2025 bewegen sich zwischen 9.020,00 und 10.450,00 Euro.

Empfehlung zur Umsetzung der praktischen Ausbildung

Für die Vereinbarungsjahre 2024/2025 hat die IG der Schul- und Ausbildungsträger nach Abschluss der vorgenannten Verhandlungen zur Vergütung der im Rahmen extern abgeleisteter Ausbildungsabschnitte wiederum eine Empfehlung ausgesprochen, mit welchen Euro-Beträgen insbesondere die dort durchgeführte Praxisanleitung zu verrechnen ist.

Für die Jahre 2024 und 2025 wurden von der IG im Rahmen der regulären Ausbildung dabei Stundensätze in Höhe von 8,50 Euro für das Jahr 2024 und 8,80 Euro für das Jahr 2025 als Verrechnungsgrundlage empfohlen. Für Betriebe gemäß § 7 Abs. 2 PflBG, in denen keine Anleitung durch einen aus- und fortgebildeten Praxisanleiter vorgeschrieben ist, lag der empfohlene Stundensatz im Jahr 2024 bei 7,00 Euro sowie im Jahr 2025 bei 7,20 Euro.

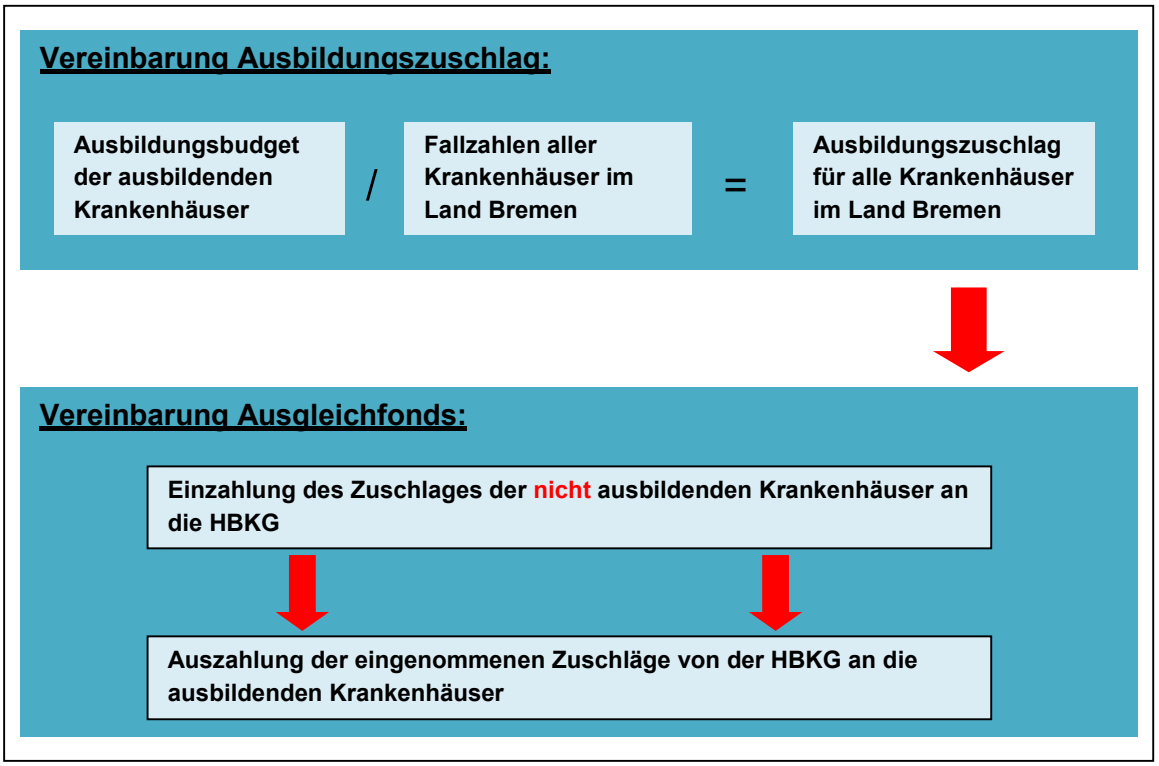
Verhandlungsjahr 2024

Bereits am 15.02.2024 machte die IG der Schul- und Ausbildungsträger die Vertragsparteien gemäß §30 PflBG auf die mit Beginn des Sommersemesters am 01.04.2024 für die neu aufzunehmenden Pflegestudierenden entstehende Refinanzierungspflicht der Kosten der Praktischen Ausbildung aufmerksam. Die im Wege von Schriftwechseln und Videokonferenzen geführten Verhandlungen konnten verzögert erst Mitte November 2024 abgeschlossen werden. Bedingt durch die längere Ausbildungsdauer von 4 Jahren und einen von der Hochschule Bremen durchgeführten Anteil von praktischen Ausbildungsstunden ergibt sich im Ergebnis gegenüber den Pauschalen für die generalistische Pflegeausbildung niedrigere längere Ausbildungsdauer von 4 Jahren und einen von der Hochschule Bremen durchgeführten Anteil von praktischen Ausbildungsstunden ergibt sich im Ergebnis gegenüber den Pauschalen für die generalistische Pflegeausbildung eine geringere Höhe der Pauschalen. Diese betrugen für das Jahr 2024 bezogen auf das ganze Jahr 5920,34 Euro und für das Jahr 2025 6.129,14 Euro.

Ausgleichsfonds zur Finanzierung der Ausbildung nach § 17a KHG

Seit dem Jahr 2005 müssen Krankenhäuser die Budgets der Ausbildungsstätten separat verhandeln. 2006 konnte die HBKG für das Land Bremen in Verhandlungen mit den Krankenkassen Einigung über einen bei der HBKG angesiedelten Ausgleichfonds gemäß § 17a KHG erzielen, welcher die Ausbildung ab dem Jahr 2007 über einen landesweit einheitlichen Zuschlag auf sämtliche stationären Krankenhausfälle finanziert.

Schematische Darstellung des Ausgleichsfonds Ausbildung im Land Bremen:



Gemäß dem in § 17a KHG vorgesehenen Verfahren ist in Ergänzung zum bestehenden Rahmenvertrag jährlich eine Finanzierungsvereinbarung abzuschließen, in der der landesweite Zuschlag sowie die Höhe der Einzahlungen und Auszahlungen in den bzw. aus dem Fonds festzulegen ist. Die Finanzierungsvereinbarung ist jeweils der Senatorin für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen.

Das Finanzierungsvolumen ist von 27,5 Mio. Euro im Jahr 2020 auf 16,4 Mio. Euro im Jahr 2022 gesunken. Bis zum Jahr 2024 stieg das Finanzierungsvolumen dann jedoch wieder auf 25,2 Mio. Euro an. Die Höhe des vereinbarten Zuschlags je Fall beträgt 117,59 Euro, bei einem Ausgleichsvolumen von 11,3 Mio. Euro für das Jahr 2024.

Die Entwicklung der über den Ausbildungsfonds in den Jahren 2021 bis 2022 refinanzierten Ausbildungsberufe war gekennzeichnet durch die bereits im Jahr 2020 begonnene schrittweise Ausgliederung der examinierten Pflegeausbildung sowie der Eingliederung von Auszubildenden in den Berufen Anästhesietechnische Assistentin/Assistent (ATA) und Operationstechnische Assistentin/Assistent (OTA).

Auf Grund der Errichtung des Pflegeausbildungsfonds (PfAU) gemäß PflBG beim Statistischen Landesamt zur Refinanzierung der generalisierten Pflegeausbildung wird diese mit dem Auslaufen der bisherigen Pflegeausbildung ab dem Jahr 2023 vollständig über den neuen Fonds abgewickelt und ist nicht mehr in dem von der HBKG verwalteten Ausbildungsfonds gemäß § 17a KHG enthalten.

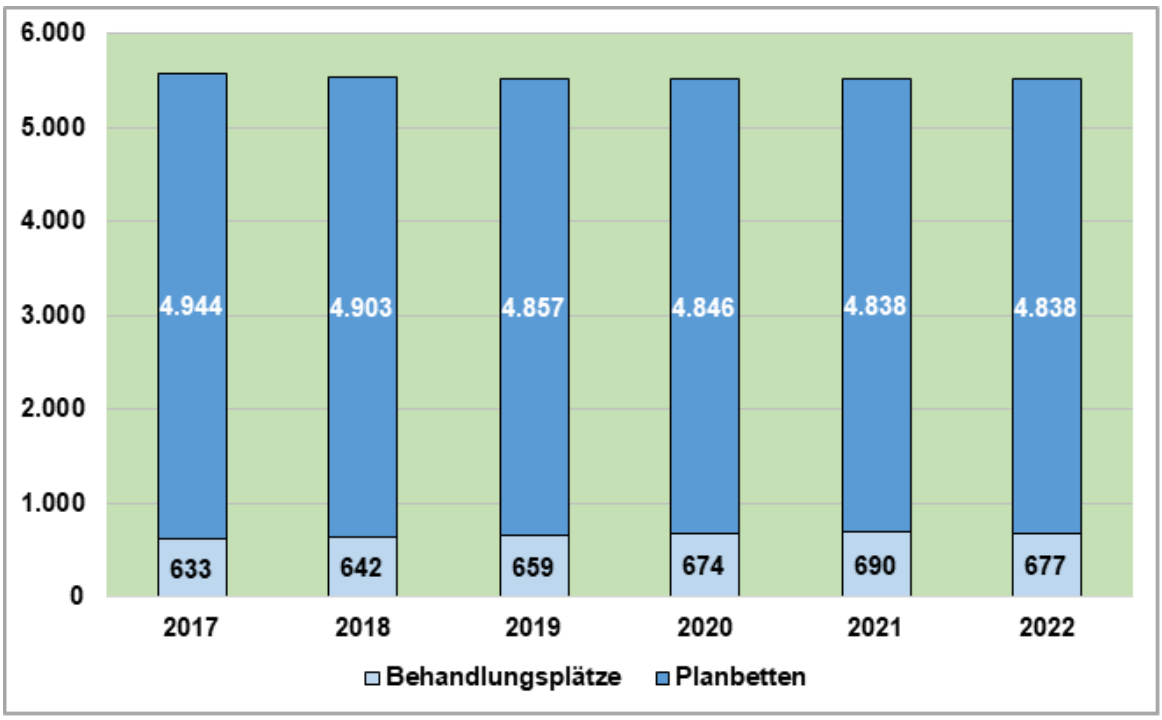
Dagegen sind bis zum Jahr 2022 die im Land Bremen eigenständig bestehenden Schulen für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie vollständig von Krankenhäusern übernommen worden, so dass diese nunmehr vollständig über den Ausbildungsfonds refinanziert werden. Neben den bisher schon über den Ausbildungsfonds finanzierten Ausbildungseinrichtungen für Hebammen, Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentinnen und -assistenten, Medizinisch-technische Radiologieassistentinnen und –assistenten, Krankenpflegehelferinnen und -helfern sowie den Hebammenstudierenden wurde im Jahr 2022 mit den Kostenträgern auf Grund des geänderten ATA-/OTA-Gesetzes auch die Refinanzierung der ab diesem Jahr neu eingestellten Auszubildenden in den Berufen Anästhesietechnische Assistentin/Assistent (ATA) und Operationstechnische Assistentin/Assistent (OTA) in den Ausbildungsfonds gemäß § 17a KHG vereinbart.

III. Krankenhaus- und Investitionsplanung

Krankenhausplanung 2023-24

Im März 2023 wurde der neue Rahmenplan für den Krankenhausplan 2023/2024 veröffentlicht. Zuvor hatte die HBKG dazu Stellung genommen und ihr Einvernehmen dazu erklärt.

Entwicklung der Behandlungskapazität im Land Bremen 2017- 2022:



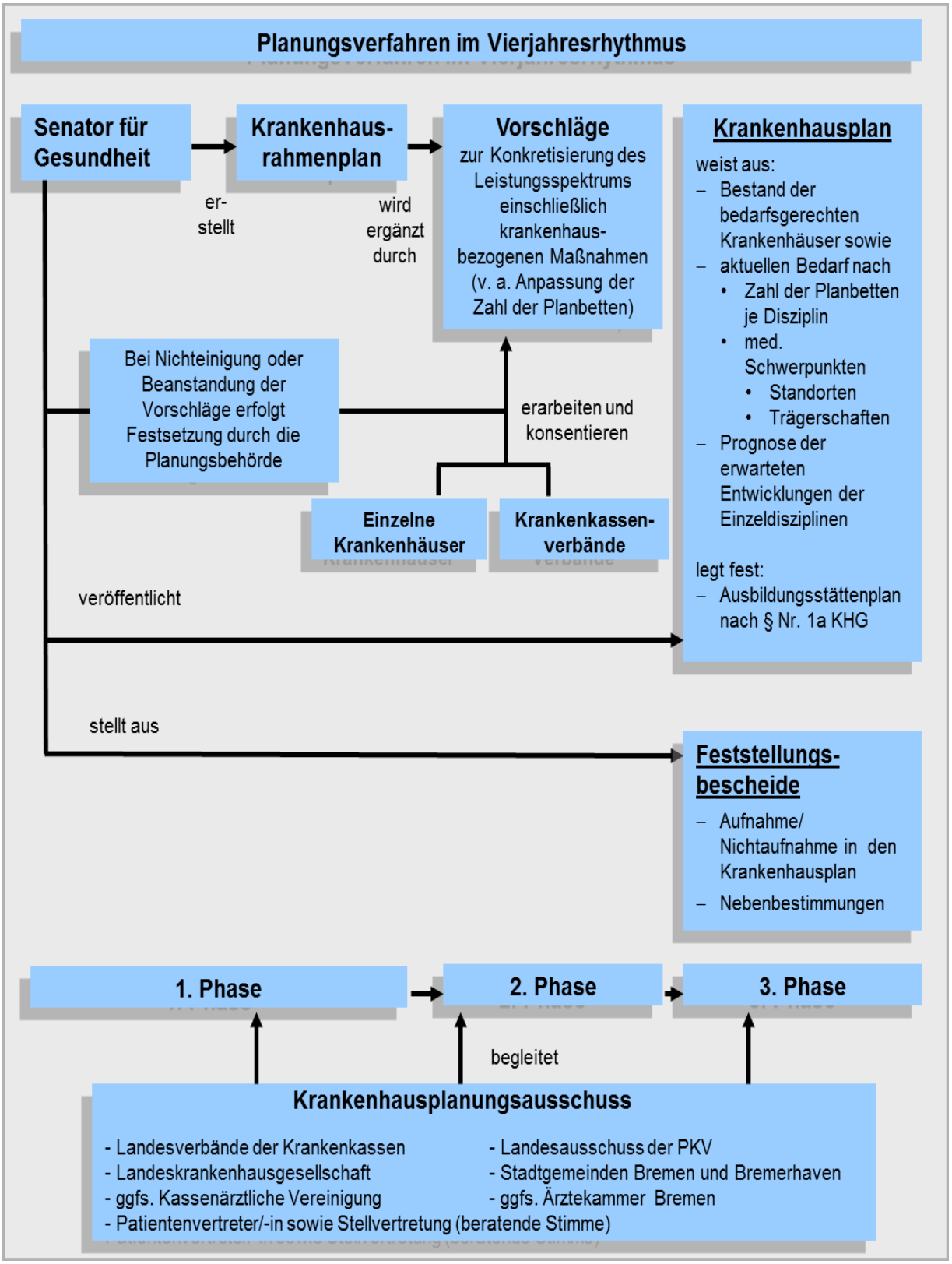
Quelle: Krankenhausrahmenplan Bremen

Anmerkung zur Grafik: *Der Krankenhausrahmenplan 2023/2024 wird voraussichtlich in Q1 2025 verabschiedet.*

Damit verbunden war auch die Zustimmung zu einer schrittweisen Reduktion der vollstationären Kapazitäten, so dass eine Durchschnittsbelegung wie in den Jahren vor der Corona-Pandemie wieder erreicht werden kann. Zugleich wiesen die Krankenhäuser im Land Bremen darauf hin, dass die Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen nur zu verwirklichen sein wird, wenn zukünftig eine unbefristete Zulassung zur klinisch-ambulanten Leistungserbringung im Feststellungsbescheid im Umfang erfolgt, der auch für die stationären Leistungen gilt. Außerdem mahnten sie eine angemessene Finanzierung dieser Leistungen an.

Ferner wies die HBKG darauf hin, dass im Rahmen der Kapazitätsumwandlung und der Einführung der Leistungsgruppen die Notwendigkeit steigt, Kooperationen zwischen den verbleibenden Standorten auch trägerübergreifend anzubahnen, dieses gilt in besonderem Maße in der Ausbildung zu den Gesundheitsfachberufen und in der trägerübergreifenden Sicherstellung der Ärztlichen Weiterbildung. Insofern war es mit Blick auf den zeitlichen Verlauf richtig, im nächsten Schritt für den Krankenhausplan 2024 die Ausdifferenzierung zunächst auf Fachabteilungsebene voranzutreiben.

Darstellung der Krankenhausplanung in Bremen:

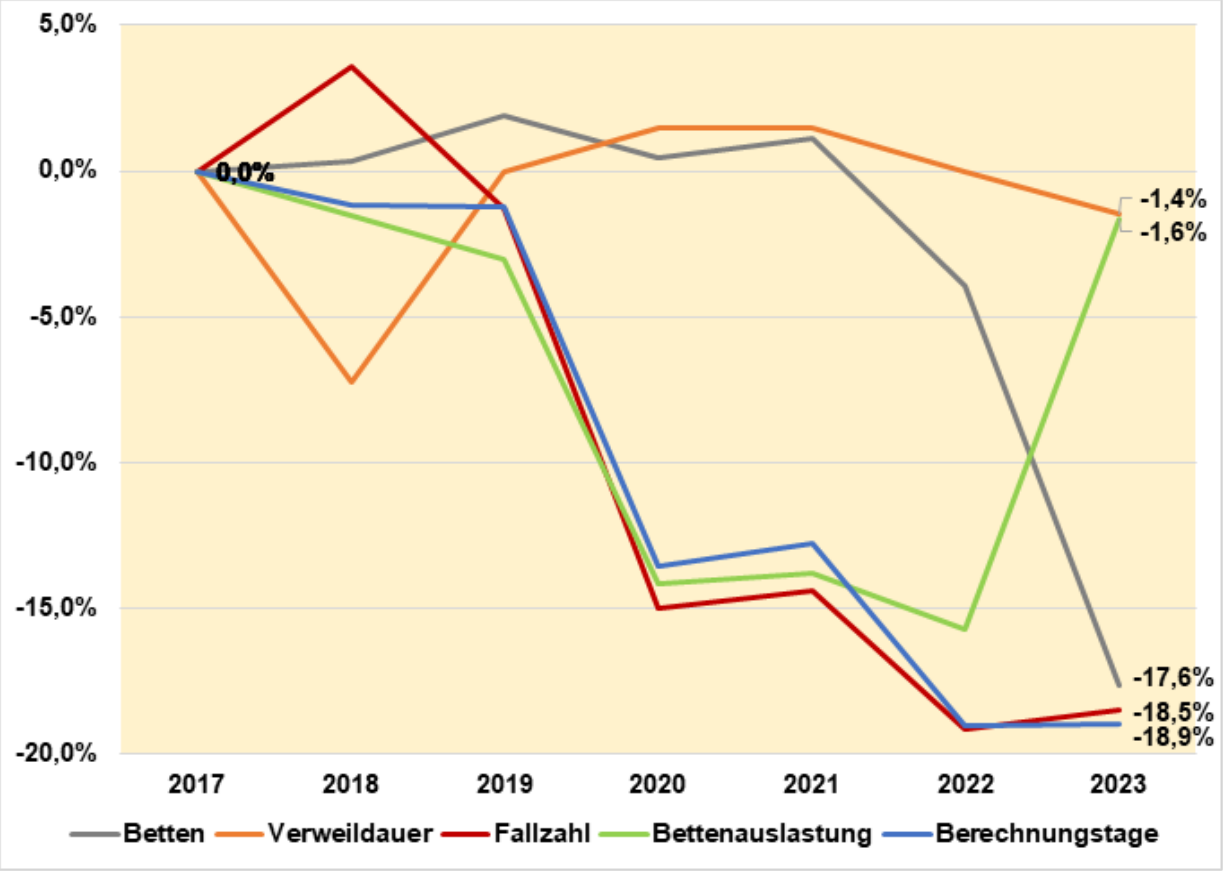


Schon in der Stellungnahme zum Krankenhausrahmenplan wies die HBKG weiter darauf hin, das allzu kleinteilige Leistungsgruppen möglichst zu vermeiden sind, weil daraus keine Optimierung des Systems, sondern lediglich eine Komplizierung folgen und sich Abgrenzungs-, Zuordnungs- und Umsetzungsprobleme häufen würden.

In den Jahren 2023 und 2024 fanden im Anschluss an die Beratungen zum Krankenhausrahmenplan die Strukturgespräche zwischen den Krankenkassen und den einzelnen Krankenhäusern statt (Phase 2 vgl. Grafik auf der vorhergehenden Seite), die bis Ende des Jahres 2024 erfolgreich abgeschlossen werden konnten. Dieser Prozess zog sich dabei länger hin, als erwartet, weil die Diskussionen zur Einführung einer neuen Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen vor dem Hintergrund des geplanten KHVVG viel Zeit für alle Beteiligten erforderte.

Im Ergebnis waren sich die Beteiligten in der abschließenden Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses einig darin, den im Laufe des ersten Quartals 2025 in Kraft tretenden Krankenhausplan 2023/24 bis Ende 2025 zu verlängern.

Entwicklung der Leistungszahlen im Land Bremen 2017 (Basis) bis 2023 in %:



Quelle: destatis

Anmerkung:

Im Zusammenhang der der Corona-Pandemie sind die Fallzahlen und damit die Belegung im vollstationären Bereich deutlich gesunken. Die Krankenhäuser im Land Bremen haben darauf reagiert, indem die aufgestellten Betten zunächst reduziert wurden. In der zukünftigen Krankenhausplanung ab 2025 wird zu entscheiden sein, ob und wo genau auch die Planbetten zu reduzieren sind.

Neue Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen im Rahmen des KHVVG:

Seit Anfang des Jahres 2023 rückten die Diskussionen zum geplanten KHVVG zunehmend in den Mittelpunkt, so dass in der Folge die Verabschiedung des regulären Krankenhausplanes auf der aktuell gültigen Rechtsgrundlage immer wieder verschoben werden musste. Und so erst mit einem Jahr Verzögerung in die Entscheidung kommt.

Die HBKG hatte bereits unmittelbar nach der Veröffentlichung der Pläne des BMG gegen Ende des Jahres 2022 reagiert und zu einem ersten Workshop ihrer Mitglieder mit der Leitung der Krankenhausplanungsbehörde eingeladen. Zunächst ging es darum, der Planungsbehörde zu vermitteln, dass die ursprünglich vorgeschlagenen 128 Leistungsgruppen und Level zur Einteilung der Krankenhäuser in Versorgungsstufen für die Krankenhäuser im Land Bremen zu dysfunktionalen Ergebnissen führen. Leider wurden diese Argumente kaum aufgenommen, wie die nachfolgenden Diskussionen der Länder untereinander zeigten.

Trotzdem hatte sich eine große Ländermehrheit für die Streichung der Level und die Reduktion der Leistungsgruppen ausgesprochen, so dass die nächste Diskussionsrunde mit der Leitung der Planungsbehörde im Rahmen der Mitgliederversammlung Ende Juni 2023 vor diesem Hintergrund eine höhere Übereinstimmung zeigte.

Im Spätsommer 2023 wurde dann eine erste Simulation nach Leistungsgruppen den Geschäftsführungen der Mitgliedskrankenhäuser ausführlich erläutert. Im Meinungsaustausch dazu zeigte sich, dass eine Umsetzung im Bereich des Möglichen liegt, wenn es zu trägerübergreifenden Kooperationen und konstruktiven Vereinbarungen kommt und wenn es für die Planungsbehörde im Rahmen einer flexiblen Landeskrankenhausplanung weiterhin möglich bleibt, notwendige Ausnahmen zu genehmigen.

Die Diskussionen auf der Bundesebene und mit den Ländern machten diese Hoffnungen jedoch weitgehend zunichte. Es wurde seitens der Bundesregierung eben nicht das „System-NRW“ in das KHVVG als Startpunkt übernommen, sondern vielfältige Veränderungen und Verschärfungen vorgenommen (vgl. Abschnitt zum KHVVG auf Seite 13 f).

Der Diskussionsprozess auf der Landesebene kam dadurch zunehmend ins Stocken, auch weil die Unsicherheiten wuchsen, zu welchen Ergebnissen, dass mit dem Entwurf des KHVVG geänderte Planungsrecht am Ende führt. Da auch keine ausreichenden Auswirkungsanalysen möglich waren, konnten die Veränderungen, zu den ersten Simulationen aus dem Spätsommer 2023 nicht verlässlich genug dargestellt werden. Es fehlte schlicht an einer validen Grundlage zur konstruktiven Fortführung des Prozesses.

Auch ein erneuter Meinungsaustausch mit der Senatorin im Vorstand der HBKG zu Anfang des Jahres 2024 brachte keine neuen Ergebnisse. So dauerte es insgesamt ein ganzes Jahr bis dann im Spätsommer 2024 erneut zu einer Besprechung über ein Zielbild für die Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen in der Planungsbehörde wieder möglich wurde.

Die dort vorgestellten Ergebnisse wurde von jedem Mitgliedskrankenhaus kommentiert und sollten dann Ende September 2024 in einer weiteren Sitzung gemeinsam diskutiert werden. Doch dazu kam es nicht, weil der Termin ohne weitere Begründung abgesagt wurde. Danach herrschte zunächst Stillstand, auch weil alle Beteiligten die Verabschiedung des KHVVG zum Jahresende 2024 abwarteten.

Man darf gespannt sein, wie der Prozess im Jahr 2025 fortgesetzt werden kann.

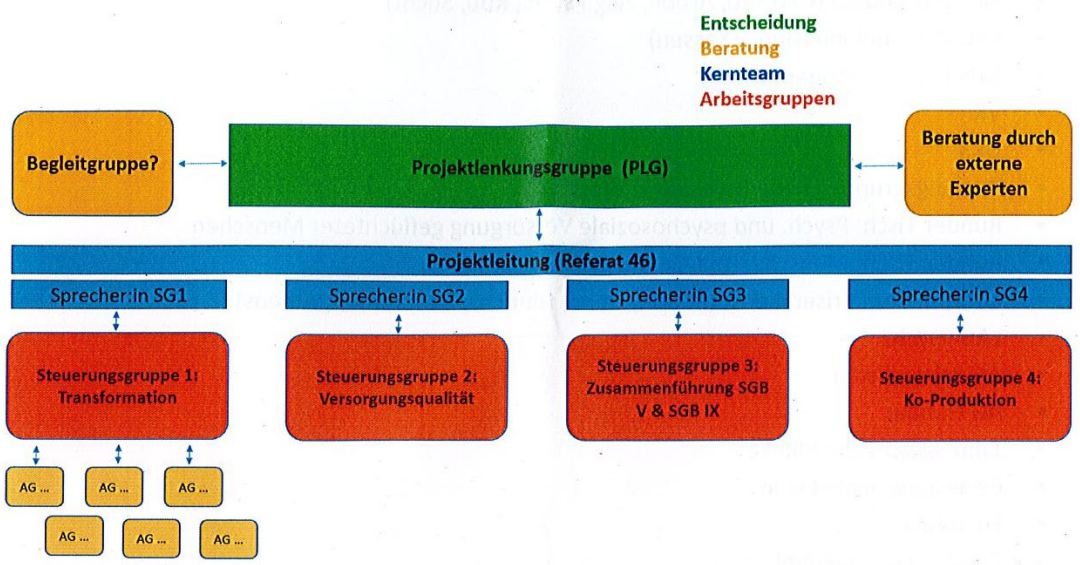
Umsetzung des Landespsychiatrieplanes

Die Krankenhäuser im Land Bremen stellen sich auch weiterhin konstruktiv der Umsetzung der von der Bremischen Bürgerschaft formulierten Zielsetzungen im Rahmen der Reformierung des psychiatrischen Versorgungssystems.

So gelang es der Gesundheit Nord ein bereits im Jahr 2019 gestartetes Projekt (BRAVO) - trotz der Belastungen und Einschränkungen der Corona-Pandemie - weiter auszubauen, welches Anreize setzt, die stationäre Versorgung durch mehr ambulante, teilstationäre und aufsuchende Behandlung zu ersetzen. Inzwischen wurde das Projekt in ein Modellvorhaben nach § 64 b SGB V umgewandelt. Dadurch erhält es einen stabilen gesetzlichen Rahmen und wird in den kommenden Jahren abgesichert.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen wurde im Jahr 2022 eine neue Umsetzungsstruktur seitens der Planungsbehörde erarbeitet und für die Stadt Bremen in die Umsetzung gebracht.

<u>Neue Projektstruktur zur Umsetzung der Psychiatriereform ab 2023:</u>



Die HBKG ist dabei in der Projektlenkungsgruppe vertreten. Hauptziel ist es über die Gemeindepsychiatrischen Verbünde alle Leistungsanbieter noch enger zu vernetzen und das Hilfesystem so weiter patientenzentriert zu optimieren. Daneben soll weiterhin dem Grundsatz der geringstmöglichen Eingriffstiefe für psychisch Kranke (ambulant vor stationär) noch mehr Geltung verschafft werden. Auch sollen SGB V und SGB IX Bereich noch enger verknüpft werden. Schließlich soll die Gremienstruktur insgesamt effektiver werden.

Die Beratungen schlagen sich im neu formulierten Psychiatrie- und Suchthilfeplan des Landes Bremen nieder, der im April 2024 verabschiedet wurde. Darin geht es auch um neue Angebote, die aus Sicht der Bremer Landesregierung aufgrund einer Zunahme psychischer Erkrankungen notwendig geworden sind.

Umso bedauerlicher ist es, dass aufgrund der Haushaltsnotlage des Landes die Finanzierung wichtiger Modellprojekte, die mit den Zielen des Planes in Übereinstimmung sind, eingestellt wurde.

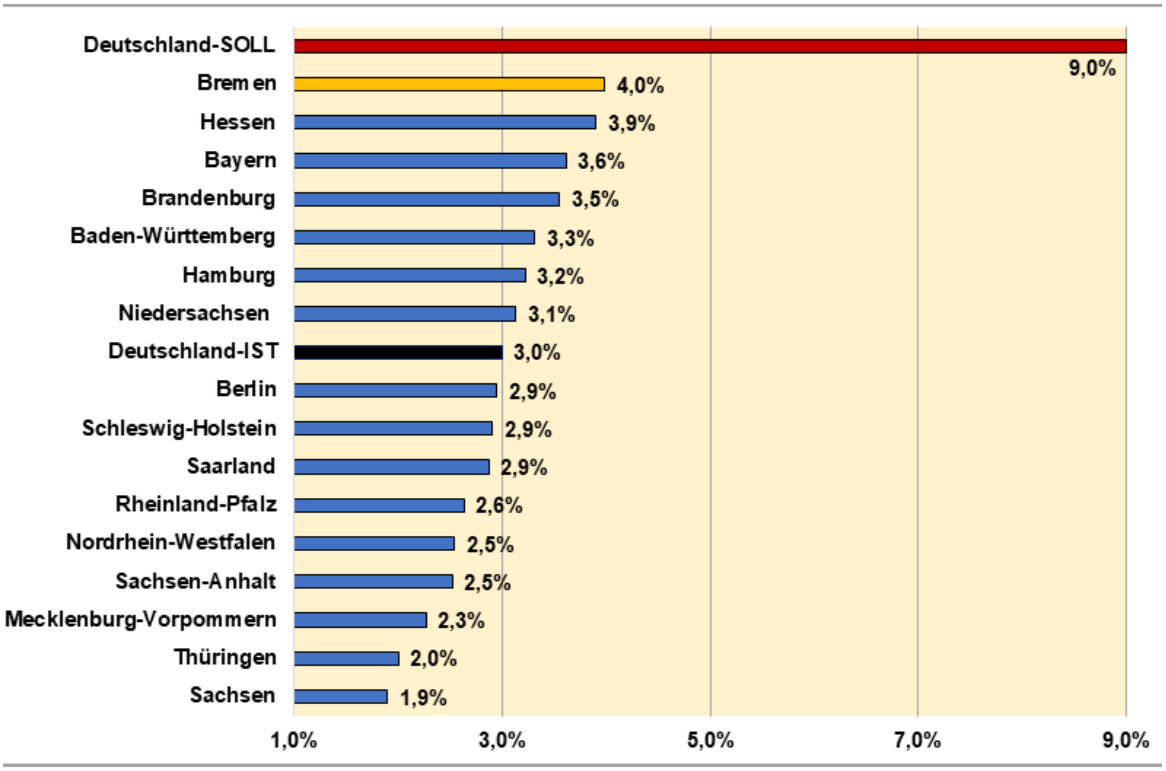
Krankenhausinvestitionen 2023-24

Bekanntlich werden die investiven Kosten der Krankenhäuser durch die öffentliche Hand getragen. Im Land Bremen wird das bundesweit geltende Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) durch das seit 2011 in Kraft getretene und 2020 überarbeitete Bremische Krankenhausgesetz erweitert und bildet die Grundlage für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser.

Notwendig wäre seit Jahrzehnten eine Regelinvestitionsquote von mindestens 9 % der Umsätze der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Finanzierung der Regelinvestitionen zu gewährleisten. Das entspricht bezogen auf die Jahre 2023 und 2024 einer Summe, die jährlich oberhalb von 100 Mio. Euro liegt. Diese Summe wurde im Jahr 2023, wenn auch nur unter der Anrechnung der Sonderinvestitionsmittel für den Krankenhauszukunftsfonds, die Herstellung größerer Pandemieresilienz und den Klimaschutz, zum ersten Mal seit den 90er Jahren fast erreicht.

Allerdings blieb der Eckwert der regelhaften Investitionen nach § 11 BremKhrG im Jahr 2023 noch immer bei 48 Mio. Euro und wurde im Jahr 2024 sogar leicht gekürzt. Damit sank Regelinvestitionsquote von 3,6 % auf 3,4 % statt sich in Richtung 8% zu entwickeln. Im Regelinvestitionsbereich sind damit noch nicht einmal die Baupreissteigerungen aus den Jahren 2023 und 2024 berücksichtigt.

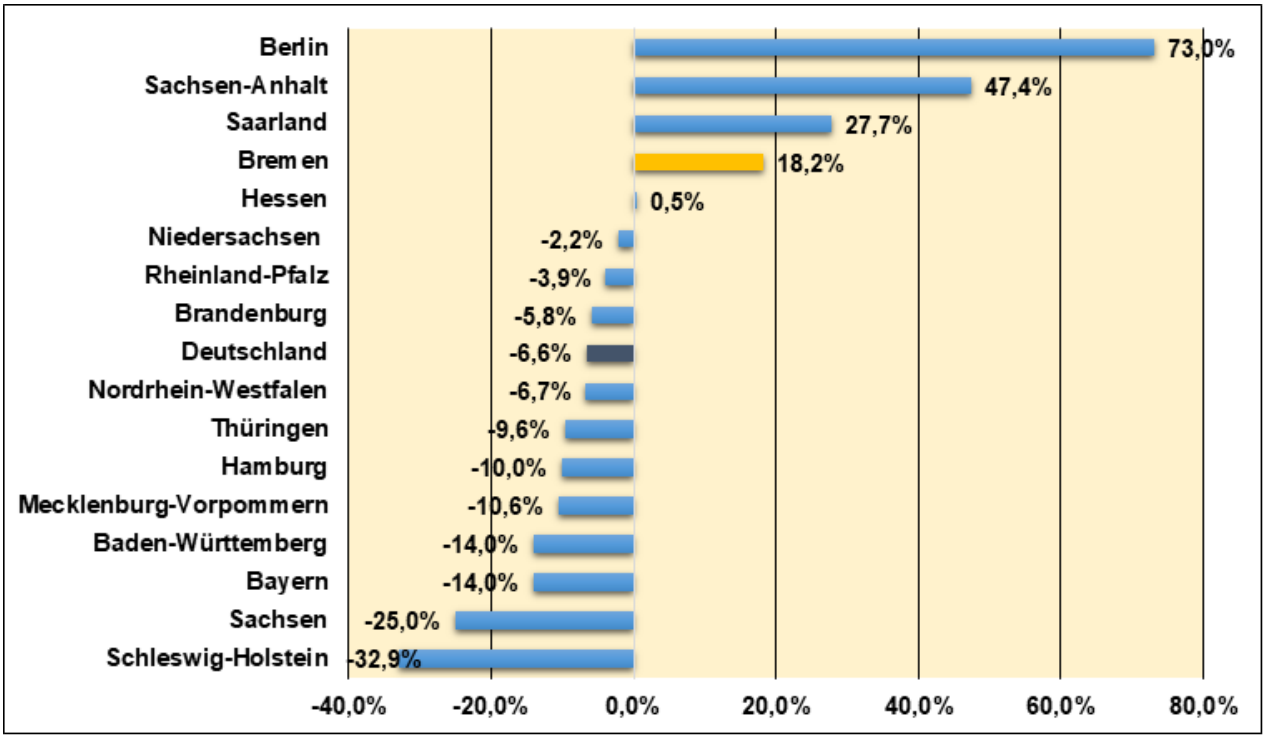
Krankenhaus-Investitionsquoten nach Bundesländern 2022



Quelle: destatis/DKG

Die letzten verfügbaren bundesweiten Vergleichszahlen stammen aus dem Jahr 2022. Hier lag das Land Bremen mit 4,0 % noch an der Spitze aller Bundesländer und trotzdem weit unter dem bedarfsnotwendigen Wert. Da jedoch einige Länder ihr Investitionsvolumen deutlich erhöht haben, dürfte das Tableau im Jahr 2024 anders aussehen.

Veränderung der Krankenhaus-Investitionsquoten nach Bundesländern 2019 zu 2022



Quelle: destatis/ DKG

Wie in unserem letzten Geschäftsbericht für 2021 und 2022 an dieser Stelle ausgeführt, hat das Land Bremen in der letzten Legislaturperiode die Investitionsquote deutlich erhöht. Leider wurde diese Politik jedoch in den Jahren 2023 und 2024 nicht fortgesetzt.

Besonders negativ hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Bereitstellung von Mitteln für die Sonderförderung im Rahmen der Klimaschutzstrategie des Landes. Diese Mittel sollten nach Maßgabe des Klimaschutzpaketes auf dem im Vorjahr angekündigten Niveau in den nächsten Jahren bis in die 30er Jahre verstetigt werden. Das damit verbundene Gesamtvolumen wäre geeignet gewesen, die CO2 Neutralität der Krankenhäuser in absehbarer Zeit herzustellen. Insgesamt waren bis 2027 über 130 Mio. Euro an Investitionsmitteln angekündigt, die im Rahmen einer mehrjährigen Investitionsstrategie umgesetzt werden sollten. Jedoch wurde das Programm mit Schreiben vom 31.05.24 wieder vollständig zurückgezogen! Lediglich einige Restmittel standen abschließend im Jahr 2024 zur Verfügung. Der Senat hat damit dem Klimaschutz einen Bärendienst erwiesen!

Es bleibt der HBKG vor diesem Hintergrund zweifelhaft, ob das Land Bremen seine Verpflichtungen aus dem Transformationsfonds ab dem Jahr 2026 erfüllen kann. Der Transformationsfonds verpflichtet das Land, in den zehn Jahren von 2026 bis 2035 jährlich bis zu 25 Mio. Euro zusätzlich für die Umstrukturierung der Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen. Eine gesetzlich mögliche Eigenbeteiligung der Krankenhausträger wird aufgrund der existentiell bedrohlichen wirtschaftlichen Lage mit einer andauernden Unterfinanzierung der Betriebsmittel faktisch nicht möglich sein. Zumal selbst die Regelinvestitionen nicht bedarfsdeckend zur Verfügung gestellt werden.

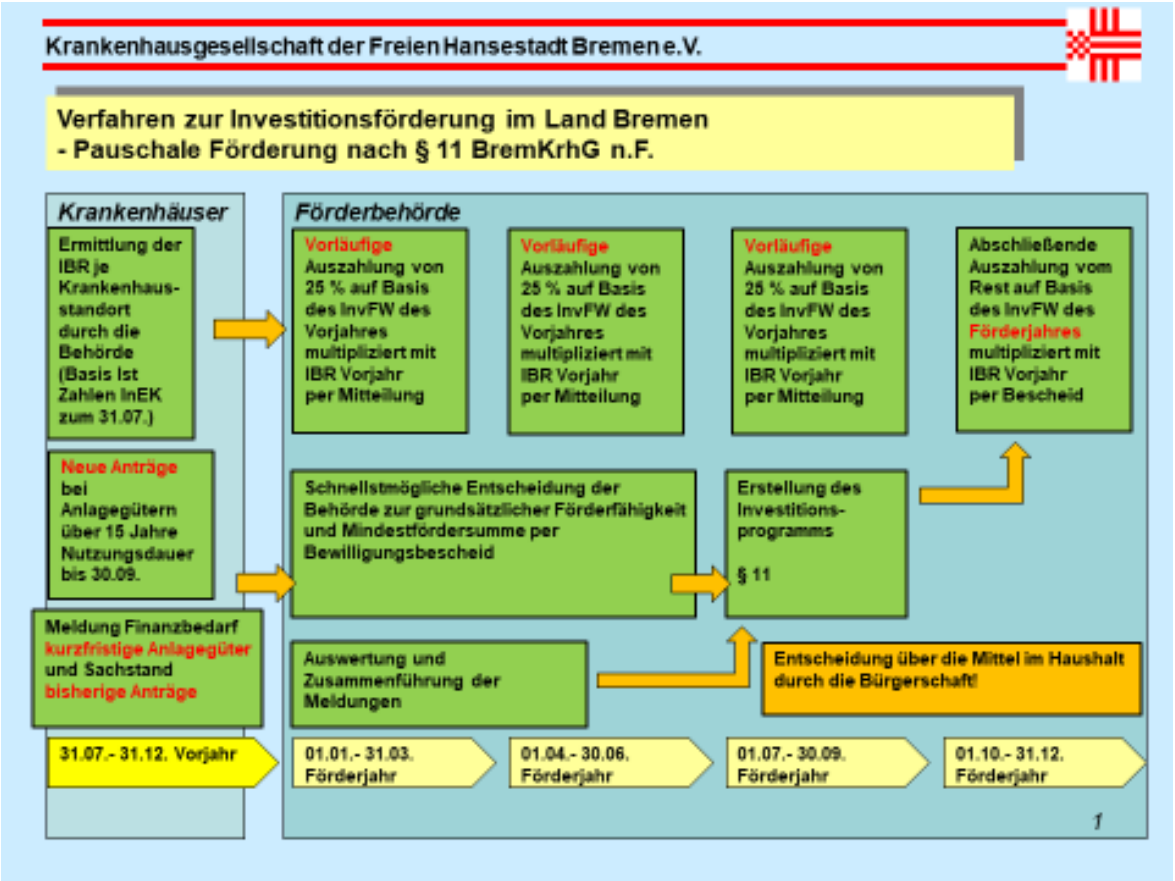
Neugliederung der Investitionsfinanzierung ab 2021:

Mit der Überarbeitung des Bremischen Krankenhausgesetzes im Jahr 2020 wurde auch der Bereich der Investitionsfinanzierung umfassend neu geregelt. Dabei wurde seitens der HBKG als einer der wesentlichen Kritikpunkte an der Neufassung kritisiert, dass einerseits die Pauschalförderung grundsätzlich auf alle Anlagegüter ausgeweitet wird und andererseits der Tatbestand der Einzelförderung wieder neu eingeführt wird. Die Kritik richtet sich auf die damit verbundenen Abgrenzungsprobleme zwischen Pauschal- und Einzelförderung und die daraus resultierende Bürokratisierung. Die Umsetzung der Neuregelungen erfolgte im Jahr 2021 mit der Investitionsförderverordnung des Landes Bremen, die auch eine Einführung des Systems der Investitionsbewertungsrelationen (IBR) als Verteilmaßstab für die Investitionen zwischen den Krankenhäusern verbindlich umsetzt.

Einführung der Investitionsbewertungsrelationen (IBR) seit 2021:

Es zeigte sich in den Jahren nach der Einführung, dass das neue System von den Krankenhäusern gut angenommen wurde und zumindest die Verteilung der unzureichenden Investitionsmittel als fair unterstützt wurde. Da in der Einzelförderung seit dem Jahr 2021 lediglich ein Projekt umgesetzt wurde, konnten die von der HBKG monierten Abgrenzungsprobleme diese Bewertung nicht schmälern. Allerdings muss das in der Zukunft nicht so bleiben. Angesichts der immer stärker reduzierten Mittel ist nicht auszuschließen, dass es hier in Zukunft noch intensive Auseinandersetzungen geben wird.

Das neue Verfahren in der Version, wie es die HBKG gefordert hat, ist in der nachfolgenden Grafik dargestellt:



IV. Qualitätssicherung

Entwicklungen auf der Bundesebene

Im Folgenden werden aktuelle Gegenstände der Beratungen innerhalb der DKG-Gremien sowie darüber hinaus in Verhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband und der DKG der Jahre 2023 und 2024 dargestellt.

Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

Der G-BA hat im Juli 2018 die Erstfassung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beschlossen. Die aktuellste Änderung erfolgte im Dezember 2024. Die Richtlinie legt die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen zur Messung der Versorgungsqualität fest. Außerdem werden in themenspezifischen Bestimmungen die Leistungen und Einzelheiten der mittlerweile 16 Qualitätssicherungsverfahren innerhalb der Richtlinie geregelt.

Innerhalb der Richtlinie fanden u.a. folgende Entwicklungen in den Jahren 2023 und 2024 statt:

Es fanden viele Beratungen über Änderungen in zahlreichen QS-Verfahren (neben üblichen Anpassungen im Rahmen der Verfahrenspflege wurden auch inhaltliche Änderungen beraten, z.B. die Festlegung der Kriterien zur Datenvalidierung sowie der Einbezug weiterer Patientinnen und Patienten) statt. Es gab IQTIG-Beauftragungen zu Patientenbefragungen in diversen QS-Verfahren und für ein Konzept zur barrierefreien Durchführung von Patientenbefragungen und einige Änderungen zur Nutzung der mandantenfähigen Datenbank.

Außerdem erfolgte die IQTIG-Beauftragung für die Konzeptentwicklung zur Qualitätsdefizit- und Verbesserungs-potenzialidentifizierung und eine Reihe von Veröffentlichungen und Aktualisierungen von Patienteninformationen zu diversen QS-Verfahren (in Form von Merkblättern, teils in leichter Sprache). Der Bundesqualitätsberichts 2023 und 2024 wurde zur Veröffentlichung frei gegeben und es wurde die Entwicklung weiterer Qualitätssicherungsverfahren auf den Weg gebracht.

Qualitätsverträge

Ziel von Qualitätsverträgen ist die Erprobung, ob durch eine Vereinbarung von Anreizen im Zusammenhang mit höherwertigen Qualitätsanforderungen eine Verbesserung der stationären Versorgung erreicht werden kann. Die Inhalte der Verträge sind durch die Vertragspartner (Krankenkassen und Krankenhausträger) frei gestaltbar. Insbesondere werden die angestrebten Qualitätsziele und die hierzu notwendigen Anforderungen sowie Anreize vereinbart. Anreize sollen das Krankenhaus motivieren und unterstützen, die vereinbarten Anforderungen umzusetzen. Dies können z. B. die Empfehlung des Krankenhauses durch die Krankenkasse, einmalige oder erfolgsabhängige Zahlungen sein.

Der Abschluss von Qualitätsverträgen ist seit August 2018 möglich. Bis Ende 2024 wurden die Abschlüsse von 123 Verträgen bundesweit registriert.

Nach den Vorgaben des § 110a Absatz 1 SGB V können mittlerweile in den folgenden acht Leistungen oder Leistungsbereichen Qualitätsverträge geschlossen werden:

- Endoprothetische Gelenkversorgung
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
- Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
- Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus
- Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung
- Multimodale Schmerztherapie
- Geburten/Entbindung
- Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) aus dem Jahr 2021 hat der Gesetzgeber zur Stärkung der Qualitätsverträge die normativen Regelungen überarbeitet. Ein damit angestoßener Weiterentwicklungsprozess hat im zeitlichen Verlauf dazu geführt, dass mehrere Anpassungen der gemeinsamen Rahmenvorgaben in Form von Änderungs-vereinbarungen vorgenommen werden mussten. Aktuell gilt die 3. Änderungsvereinbarung vom 2. Juli 2024.

Mindestmengenregelungen

Bei bestimmten planbaren Leistungen ist die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig. Für diese legen die Mindestmengenregelungen des G-BA jährliche Mindestmengen je Standort eines Krankenhauses fest. Fortlaufend wird über die Festlegung von Mindestmengen für neue Leistungsbereiche sowie über mögliche Änderungsbedarfe der bereits bestehenden Mindestmengen beraten. Derzeit bestehen Mindestmengenregelungen für insgesamt dreizehn Leistungsbereiche. Für einige dieser gelten derzeit noch Übergangsregelungen.

Qualitätssicherung in der Früh- und Reifgeborenenversorgung

Die Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des G-BA definiert ein Stufenkonzept der perinatologischen Versorgung in Krankenhäusern. Dort sind verbindliche Mindestanforderungen an die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen und Zuweisungskriterien von Schwangeren nach dem Risikoprofil der Schwangeren oder des Kindes geregelt. In den Jahren 2023 und 2024 wurde die Richtlinie weiterhin umfangreich beraten. Hierfür werden sowohl Daten aus dem klärenden Dialog nach § 8 QFR-RL als auch aus der Strukturabfrage nach § 10 QFR-RL genutzt. Die Lenkungsgremien eines jeden Bundeslandes berichten dem G-BA über den Umsetzungsstand der Richtlinie aus den mit den Perinatalzentren geführten klärenden Dialogen.

Die Strukturabfrage bei den Perinatalzentren der Level 1 und 2 sowie den Einrichtungen mit perinatalem Schwerpunkt wird im Rahmen der QFR-RL erhoben und dient der Ermittlung der Erfüllung der Anforderungen nach dieser Richtlinie. Die Standorte sind verpflichtet, die entsprechenden Daten einmal jährlich an das IQTIG zur Auswertung zu übermitteln. Die Ergebnisse werden dem G-BA, den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen, den Landeskrankenhausgesellschaften und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden mitgeteilt.

Interessierte können die übergreifenden wie auch die standortbezogenen Ergebnisse der Strukturabfrage auf der Internetseite www.perinatalzentren.org einsehen. Der G-BA hat am 18. Juli 2024 sowie am 17. Oktober 2024 umfassende Änderungen der QFR-RL beschlossen. Die überarbeitete Richtlinie tritt am 1. Januar 2025 in Kraft. Die Änderungen betreffen unter anderem die Anforderungen an die Versorgungsstufen, Konsequenzen bei deren Nichterfüllung, den klärenden Dialog, Nachweisverfahren und Strukturabfrage.

Qualitätskontrollen und Durchsetzung der Qualitätsanforderungen des G-BA

Gemäß § 137 Abs. 3 SGB V regelt der G-BA in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes (MD) nach § 275a SGB V (Qualitätskontrollen in Krankenhäusern). Auf Basis von Stichproben, Anlässen oder Anhaltspunkten können die gesetzlichen Krankenkassen den örtlich zuständigen Medizinischen Dienst mit der Durchführung einer Qualitätskontrolle beauftragen. Das Ergebnis der Kontrolle wird in einem Kontrollbericht festgehalten, der dem Krankenhaus und der beauftragenden Stelle zur Verfügung gestellt wird. Falls die Kontrolle zeigt, dass ein Krankenhaus gegen eine Qualitätssicherungs-Richtlinie des G-BA verstößt, so können die beauftragenden Stellen auf Basis der Kontrollergebnisse entsprechende Maßnahmen einleiten. Diese sind wiederum allgemein, gemäß § 137 SGB V, in der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) und im Einzelnen in den themenspezifischen Richtlinien geregelt.

Aus Sicht der Krankenhäuser sind externe unabhängige Qualitätskontrollen für ein faires Qualitätssicherungssystem grundsätzlich sinnvoll und erforderlich. Die Durchführung der Qualitätskontrollen muss jedoch einer unabhängigen und neutralen Institution übertragen werden und ist von anderen Prüfungen (z. B. Abrechnungsprüfungen) strikt zu trennen. Leider erfüllt der durch das MDK-Reformgesetz etablierte Medizinische Dienst (MD) diese Kriterien nur teilweise.

Strukturierter Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Gemäß § 136b Abs.1 Nr.3 SGB V sind alle zugelassenen Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, strukturierte Qualitätsberichte abzugeben. Die Qualitätsberichte schaffen einen Überblick über das stationäre Versorgungsgeschehen und die Qualität der medizinischen Versorgung. Der G-BA legt im Auftrag des Gesetzgebers fest, welche Informationen im jeweiligen Berichtsjahr abzubilden und welche Verfahren und Fristen bei der Datenübermittlung zu beachten sind.

Um Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung eine bessere Auswahlentscheidung zu ermöglichen, veröffentlichen Krankenhäuser den Qualitätsbericht leicht auffindbar auf der eigenen Internetseite. Außerdem können Kliniksuchmaschinen, wie etwa das Deutsche Krankenhausverzeichnis, genutzt werden.

Bremer Krankenhausspiegel

Im Jahr 2010 startete der Bremer Krankenhausspiegel – eine Initiative der Senatorin für Gesundheit und der HBKG.

bremer
krankenhausspiegel
qualität offenheit vertrauen

Derzeit sind neben der HBKG und der Senatorin für Gesundheit folgende Einrichtungen und Unternehmen Projektpartner:

- Techniker Krankenkasse (Landesvertretung Bremen),
- Ärztekammer Bremen,
- Verbraucherzentrale Bremen.

Die 13 Krankenhäuser in Bremen und Bremerhaven legen hierbei die Qualität ihrer Behandlungen offen. Mit diesem Service wird Patienten, Angehörigen und einweisenden Ärzten ermöglicht, sich ausführlich über Angebote der Krankenhäuser und über Ergebnisse ausgewählter Therapieverfahren zu informieren.

Darstellung der Qualitätsergebnisse:

Im Bremer Krankenhausspiegel finden sich die Ergebnisse der Qualitätssicherung zu besonders häufigen oder komplizierten Behandlungen, wie z. B.:

- Brustkrebsoperationen
- Druckgeschwüre
- Geburtshilfe
- Gynäkologische Operationen
- Halsschlagader-Rekonstruktion
- Herzchirurgische Behandlungen
- Hüft- und Kniegelenkersatz
- Lungenentzündung
- Oberschenkekelhalsbruch

Außerdem werden Qualitätsergebnisse und Strukturdaten aus den Bereichen Altersmedizin, Krebserkrankungen und Psychiatrische Behandlungen veröffentlicht, die von den Kliniken sorgfältig zusammengestellt und überprüft werden. Die Qualitätsergebnisse werden anhand von Balkenschaubildern visualisiert.

Ebenso gibt es einen validen und aktuellen Überblick über die Versorgung Schwerstkranker, und die Schlaganfall- und Herzinfarktversorgung.

Krankenhausportraits:

Darüber hinaus wird jedes Krankenhaus durch ein eigenes Portrait vorgestellt. Dieses enthält wichtige Strukturdaten, Ansprechpartner, sonstige Informationen und neben dem Standort auch eine Möglichkeit über einen Routenplaner schnell den kürzesten Weg zu finden.

Auch die einzelnen Leistungsbereiche und der aktuelle Qualitätsbericht können dort schnell gefunden werden, ebenso der Link auf die jeweilige Homepage der Krankenhäuser und die richtigen Ansprechpartner für Patienten, Angehörige und niedergelassene Ärzte.

Weiterentwicklungen 2023 bis 2024:

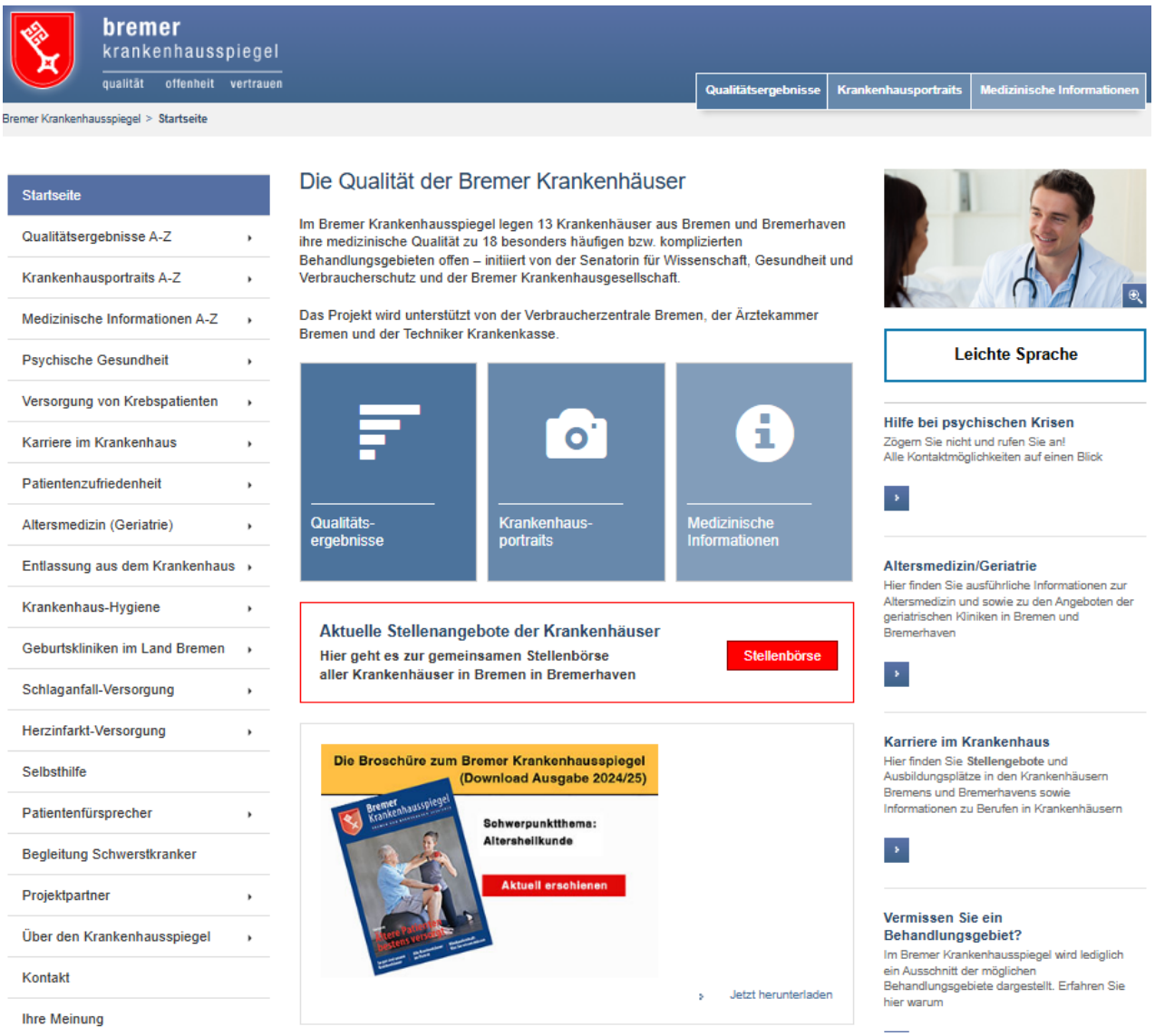
In den letzten Jahren ist das Informationsangebot weiter ausgebaut worden. Zudem variieren die Themenschwerpunkte jährlich.

Im Jahr 2023 lag der Schwerpunkt auf der Psychischen Gesundheit. Der Krankenhausspiegel gab hier einen umfassenden Überblick über die vielfältigen Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten der Bremer Krankenhäuser für unterschiedlichste psychische Störungen und Erkrankungen. Aufgegliedert sind die Behandlungsangebote in die Bereiche Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Weiterer Themenschwerpunkt in den Jahren 2023 und 2024 stellte die Behandlung von Patientinnen mit Brustkrebs oder gynäkologischen Erkrankungen dar. Wie im Krankenhausspiegel dargestellt, schneiden die Bremer Häuser, die auf diese Behandlungsgebiete spezialisiert sind, im bundesweiten Vergleich überdurchschnittlich gut ab und führen entsprechende Operationen auf höchstem Niveau durch.

Mit der Altersmedizin wurde im Jahr 2024 mit Ausblick auf das Jahr 2025 ein weiterer Schwerpunkt in den Fokus des Krankenhausspiegels genommen. Die Geriatrie kümmert sich nicht nur um einzelne alterstypische Krankheiten und deren Heilung, sondern um den gesamten alten Menschen. Dafür bringt sie verschiedene medizinische Fachrichtungen wie Innere Medizin, Orthopädie, Kardiologie, Neurologie, Psychologie und Psychiatrie unter ihrer speziellen altersbezogenen Betrachtungsweise zusammen. Interdisziplinäre und multiprofessionelle Teams aus diesen Fachrichtungen setzen die Versorgung geriatrischer Patienten um.

Homepage des Bremer Krankenhausspiegels:



Quelle: Auszug aus www.bremer-krankenhausspiegel.de

Das Informationsangebot wird ergänzt, um die Ergebnisse von Patientenbefragungen, das Entlassmanagement in den Krankenhäusern, die Krankenhaushygiene und den Angeboten der Selbsthilfe. Es enthält auch eine Übersicht zu den Patientenfürsprechern.

Schließlich wenden sich die Krankenhäuser auch an die Nutzerinnen und Nutzer, die sich für die Berufsbilder und Ausbildungen in den Krankenhäusern interessieren und sich über eine dort integrierte Stellenbörse auch direkt über aktuelle Stellenangebote informieren können.

Broschüre zum Bremer Krankenhausspiegel:

Zunächst nur als Onlineausgabe verfügbar, wurde der Krankenhausspiegel Ende 2010 durch eine Printausgabe ergänzt. Diese Broschüre wurde auch in den Jahren 2023 und 2024 aktualisiert und das Informationsangebot entsprechend ausgeweitet. Die Broschüren werden über Apotheken und eine Reihe von Institutionen im Gesundheitswesen im Land Bremen und darüber hinaus in ausgewählten Arztpraxen verteilt. Die steigende Auflage ist immer zügig vergriffen.

FAZIT:

Der Bremer Krankenhausspiegel hat sich als der Wegweiser durch Qualität und Angebote der Krankenhäuser in Bremen und Bremerhaven etabliert. Verglichen mit den anderen Online-Portalen und ähnlichen Angeboten können die Krankenhäuser im Land Bremen auf ein Informationsangebot verweisen, das in diesem Umfang kaum erreicht wird. **Im Jahr 2024 haben sich 1,2 Mio. Nutzer über den Bremer Krankenhausspiegel online informiert. Ein Interesse, dass kein vergleichbares Online-Portal bundesweit erreicht.** Durch die Offenlegung der Ergebnisse entsteht ein Wettbewerb um die beste Qualität, von dem alle Krankenhäuser profitieren können. Letztlich dient er damit der Verbesserung der Patientenversorgung und ist somit von großem Nutzen für alle, die der Krankenhausbehandlung bedürfen.

Internes Qualitätsmanagement zur Prozessverbesserung

Im § 135 a SGB V ist die Verpflichtung aller Leistungserbringer zur Teilnahme an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zur Errichtung eines internen Qualitätsmanagements beschrieben. Dieser Verpflichtung stellen sich die Krankenhäuser in der Freien Hansestadt bereits seit Jahren in hervorragender Weise. Qualität ist dabei in vielen Unternehmensphilosophien, internen Leitbildern und entsprechenden Handlungsanweisungen für die Mitarbeiter fest verankert.

Der G-BA hatte durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 (Patientenrechtegesetz) die Aufgabe übertragen bekommen, erstmalig auch wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit mittels Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festzulegen.

Im Zuge dieser Weiterentwicklung hat der G-BA eine sektorenübergreifende QM-Richtlinie entwickelt, die die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für den stationären und den ambulanten Bereich festlegt. Die neue Richtlinie ist im November 2016 in Kraft getreten. Sie ersetzt somit die drei sektorspezifischen QM-Richtlinien - für Krankenhäuser (KQM-RL), Vertragsärzte (ÄQM-RL) und Vertragszahnärzte (ZÄQM-RL) - indem sie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowohl in Praxen als auch in Krankenhäusern regelt, die Anforderungen an Qualitätsmanagement in allen Sektoren harmonisiert und die Inhalte der bisherigen QM-Richtlinien um einige wichtige Aspekte ergänzt.

Gleichzeitig wurden auch Regelungen getroffen, mit denen Einführung und Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement zukünftig systematisch evaluiert werden. Darüber hinaus sind Krankenhäuser verpflichtet, in den Qualitätsberichten über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen zu informieren.

Grundsätzlich soll ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement „der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Organisationsentwicklung“ dienen. Mit dem Ziel einer größtmöglichen Patientensicherheit sollen neben einer bewussten Patientenorientierung auch die Perspektiven der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure berücksichtigt werden. Dabei muss der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis insbesondere zur personellen und strukturellen Ausstattung stehen. Es ist explizit dargelegt, dass die Umsetzung der QM-Richtlinie ortsspezifische Bedingungen berücksichtigen soll.

Die Richtlinie als untergesetzliche Norm ist für alle Leistungserbringer verpflichtend. Der Aufbau und die Weiterentwicklung einer gelebten Sicherheitskultur stehen dabei im Fokus.

In allen Krankenhäusern sind hauptamtliche Qualitätsmanagerinnen und -manager angestellt, die direkt der Führung des Krankenhauses zuarbeiten. Einzelne Krankenhäuser haben bereits aufgrund ihrer Größe ganze Abteilungen für das Qualitätsmanagement aufgebaut.

Darüber hinaus sind viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf allen Ebenen als Qualitätsbeauftragte tätig.

Dabei existieren so genannte Qualitätszirkel, Kommissionen und Arbeitsgruppen, die sich regelmäßig mit der Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung und Sicherung der Qualität beschäftigen. In zahllosen Einzelprojekten werden gezielt Verbesserungsprozesse angestoßen und umgesetzt.

Vielerorts werden die internen Arbeitsabläufe über klinische Behandlungspfade standardisiert, was neben ökonomischen Hintergründen insbesondere auf die stetige und nachhaltige Verbesserung der Prozessqualität zielt. Besondere Maßnahmen zur Eindämmung von MRSA- Infektionen, zur ständigen selbstkritischen Überprüfung der Hygienestandards und zur Etablierung eines effizienten Entlassungsmanagements unterstreichen die Bemühungen der Krankenhäuser.

Die Mitgliedskrankenhäuser der HBKG haben ein ausgebautes Beschwerdemanagement für die Patienten eingerichtet. Viele der Mitglieder ergänzen dieses tägliche Angebot durch regelmäßige Patientenbefragungen.

V. Die HBKG im Gesundheitswesen der Freien Hansestadt

Landesgremium nach § 90a SGB V

Mit dem Bremischen Gesetz zur Umsetzung des § 90a SGB V hatte das Land Bremen im Jahr 2014 ein gemeinsames Landesgremium gebildet, welches Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Fragen der ambulanten und stationären Versorgung in Bremen aussprechen kann.

Die Aufgaben des Landesgremiums umfassen u. a. die Stellungnahme zu Bedarfsplänen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung oder zu Entscheidungen zur Unter- und Überversorgung der Landesverbände der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese Aufgaben werden unter der Zielsetzung, Abstimmungsprozesse der medizinischen Versorgung zu verbessern, erfüllt.

Beteiligte des Gremiums sind neben der Senatorin für Gesundheit als Vertreterin des Landes Bremen, jeweils ein Vertreter der KVHB, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen, der HBKG und der Stadtgemeinde Bremerhaven sowie der Ärztekammer. Mit einer Änderung des Landesgremiumsgesetzes zum Jahreswechsel 2022/23 wurde auch die Senatorin für Soziales als Beteiligte in das Gremium aufgenommen.

In den Jahren 2023 und 2024 wurden folgende Themen in den Sitzungen des Gremiums behandelt:

- Implementierung einer Gewaltschutzambulanz in Bremen,
- Ärztliche Versorgung papierloser (unversicherter) Menschen,
- Medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen,
- Fortschreibung des Geriatriekonzeptes,
- Gewalt gegen Medizinisches Personal,
- Krankenhaustrukturreform und Notfallreform,
- Medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistigen und/oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)

Im Auftrag des Gemeinsamen Landesgremiums arbeiten mehrere Arbeitsgruppen an besonderen Versorgungsproblemen, u.a. die AG zur Verbesserung der Medizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen und die AG zur Fortschreibung des Geriatriekonzeptes.

Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz

Deputationen stellen eine Besonderheit in der Bremischen Verfassung dar. Deputationen in der Freien Hansestadt Bremen sind Verwaltungsausschüsse der Bürgerschaft zur Kontrolle der Behörden des Landes und der Stadtgemeinde Bremen. Im Gegensatz zu reinen Parlamentsausschüssen gehören ihnen auch Senatsvertreter und Bürger an, die nicht Bürgerschaftsabgeordnete sind, aber vom Parlament gewählt werden.

In der hier betrachteten Berichtsperiode 2023-2024 fanden insgesamt 17 reguläre Sitzungen statt, in denen sowohl krankenhausrelevante als auch Themen mit Gesundheitsschwerpunkten behandelt wurden. Die HBKG wird regelmäßig zu den Sitzungen eingeladen und erhält Unterlagen. Sie kann daher den Mitgliedskrankenhäusern über die relevanten Themen berichten und steht den Deputierten für die Beantwortung von Fachfragen zur Verfügung.

In den Jahren 2023 und 2024 wurden bspw. die jeweiligen Krankenhausinvestitionsprogramme sowie der Krankenhausrahmenplan 2022-2024 abgestimmt. Es wurde über Modellprojekte im Rahmen der Psychiatriereform, über den Aufbau von Gesundheits- und Hebammenzentren und den Betrieb des Medizinischen Behandlungszentrums für Erwachsene mit geistigen und/oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) beraten.

Weitere Kernthemen stellten die Krankenhausstrukturreform, die Klimaschutzstrategie 2038, die Reform der Notfallversorgung, die Pädiatrische Versorgung, die Verlängerung des Sonderprogramms Lehre in Pflegeschulen und die Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegefachkräfte dar. Auch wurde das in 2023 veröffentlichte hcb-Gutachten „Krankenhausversorgung 2030 in der Stadt Bremen“ sowie der Rettungsschirm für Kliniken zur Sicherstellung der stationären Krankenhausversorgung und der Krankenhauszukunftsfonds thematisiert.

Bremer Pflegeinitiative

Seit 2012 bereits engagieren sich die Akteure der Bremer PflegeInitiative gegen den Fachkräftemangel in der Pflege und können seitdem auf eine erfolgreiche Arbeit zurückblicken. Um die Arbeit der PflegeInitiative fortzusetzen und neue Ziele zu verfolgen, wurde diese durch eine 2. Bremer PflegeInitiative abgelöst.

Die Partner der PflegeInitiative haben es sich zum Ziel gesetzt, dem Fachkräftemangel in der Pflege im Land Bremen aktiv entgegenzutreten. Die HBKG ist dabei alleiniger Vertreter der Krankenhäuser als Arbeitgebervertreter. Ziel der PflegeInitiative ist es, die qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Pflegelandschaft im Land Bremen zu erhalten und demografiefest weiterzuentwickeln. In diversen Arbeitsgruppen beteiligen sich sowohl Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der HBKG-Geschäftsstelle als auch Praktiker aus den Mitgliedskrankenhäusern.

Die 2. Vereinbarung zur Bremer PflegeInitiative trat zu Februar 2021 außer Kraft. Zwischenzeitlich wurde verabredet, die Bremer PflegeInitiative für die Umsetzung der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) zu nutzen, die im Jahr 2019 auf Bundesebene vereinbart wurde.

Von November 2021 bis September 2024 beschäftigte die Senatorin für Gesundheit, Pflege und Verbraucherschutz eine Projektkoordination für die Bremer Pflegeinitiative. Diese begleitete die Themen der KAP wie die Ausbildungsoffensive Pflege, Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung und Innovative Versorgungsansätze inkl. Digitalisierung, lief jedoch mangels Finanzierungsmöglichkeiten wieder aus.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Unter anderem sollen Krankenhäuser und ambulante sowie (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen laut der KAP bei der Ein- und Durchführung Betrieblicher Gesundheitsförderung verstärkt mit Leistungen der Krankenkassen unterstützt werden (Handlungsfeld III: Ausbildung und Qualifizierung stärken).

Hierzu besteht zwischen der HBKG und der regionalen BGF-Koordinierungsstelle eine Vereinbarung, durch die den Krankenhäusern ermöglicht wird, Beratungs- und Unterstützungsleistungen durch die Krankenkassen zu Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung in Anspruch zu nehmen.

Geschäftsstelle der Schiedsstelle nach § 18 a KHG ab 2023

Die Schiedsstelle gemäß § 18a KHG, die im Land Bremen bisher insbesondere zur Schlichtung von Verfahren zum Landesbasisfallwert sowie nicht geeinter Budget- vereinbarungen genutzt wurde, befindet sich aktuell in der 10. Amtsperiode (31.12.2022-01.01.2026). Jeweils zur Mitte der Amtsperiode wechselt der Standort der Geschäftsstelle der Schiedsstelle zwischen einem Landesverband der gesetzlichen Krankenversicherung und der HBKG. Seit dem 01.01.2024 liegt die Geschäftsstelle bei der AOK Bremen/Bremerhaven.

Die Geschäftsstelle ist für die Organisation von Schiedsstellenverfahren zuständig, was insbesondere den anfallenden Schriftverkehr und die Organisation und Protokollierung von Schiedsstellensitzungen umfasst.

Im Zeitraum 2023 und 2024 gab es keine Verfahren.

Runder Tisch zur Hospiz- und Palliativversorgung

Im Jahr 2012 wurde der Runde Tisch Hospiz- und Palliativversorgung (RTHP) im Land Bremen als Expertengremium zur Weiterentwicklung der palliativen Versorgungsstrukturen etabliert. Es engagieren sich seither wechselnde Teilnehmer aus unterschiedlichen Bereichen bei der Arbeit am RTHP. Dabei sind sowohl Expertinnen und Experten aus den Mitgliedskrankenhäusern als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der HBKG- Geschäftsstelle für die Krankenhäuser am RTHP repräsentiert.

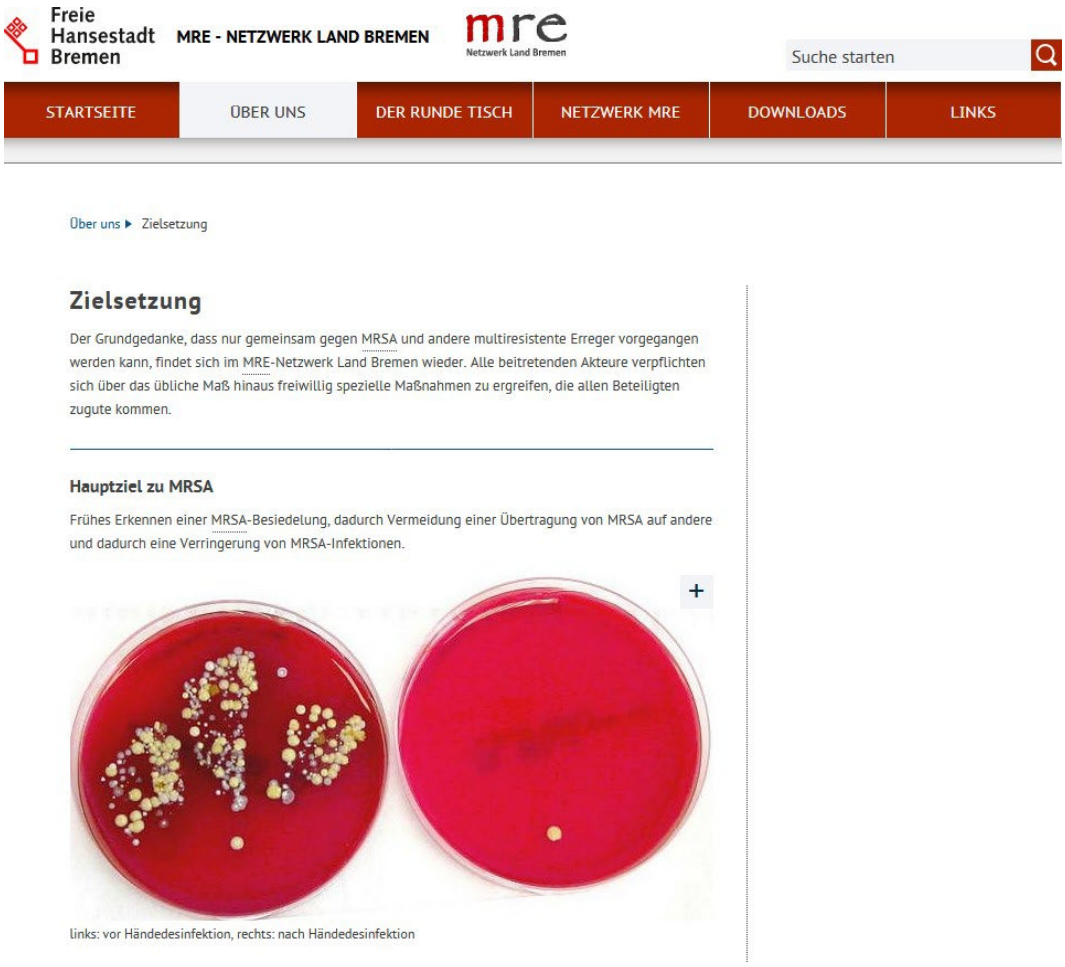
Im Mai 2023 hat die mittlerweile 21. Sitzung zum RTHP stattgefunden. Schwerpunkt der RTHP-Sitzungen in den letzten Jahren waren das Thema „Advance Care Planning/Behandlung im Voraus planen (ACP/BVP)“ inklusive der Implementierung einer entsprechenden Kultur in Bremen sowie das Thema „Personeller und Versorgungstechnischer Notstand im Bereich Hospiz und der palliativen Versorgung“.

MRE-Netzwerk Land Bremen

Um dem bundesweiten medizinischen Problem der Infektionen mit Methicillin resistentem Staphylococcus aureus (MRSA) auch in Bremen aktiv entgegen zu treten, wurde das MRSA-Netzwerk im Lande Bremen ins Leben gerufen. Wegen der Erweiterung auf andere multiresistente Erreger wurde es 2014 in MRE-Netzwerk umbenannt.

Hier haben sich Praktiker aus Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen, Laboratorien und anderen Einrichtungen zusammengefunden, um ein strategisches Vorgehen gegen die stetig wachsende Zahl von MRSA-/MRE-Besiedelungen zu entwickeln und eine gemeinsam abgestimmte Handlungsweise zu vereinbaren. Das Hauptziel besteht darin, MRSA-/MRE-Besiedlungen frühzeitig zu erkennen, um eine Übertragung der MRSA-/MRE-Bakterien zu vermeiden und die Inzidenz der MRSA-/MRE-Infektionen zu reduzieren.

Koordiniert wird das Netzwerk von der senatorischen Gesundheitsbehörde des Landes Bremen.



Bereits ein Jahr zuvor hatte der „Runde Tisch“ seine Arbeit aufgenommen. Ihm gehören diverse Institutionen aus dem Gesundheitswesen an, darunter HBKG, Pflegeheime oder auch Gesundheitsämter.

Im Rahmen dieses Projektes haben sich die bremischen und einige niedersächsische Krankenhäuser freiwillig selbstverpflichtet, definierte Daten zu dem Keimspektrum MRSA-/MRE zu erheben. Datenannahme und -auswertung wurden dem Qualitätsbüro der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Bremen übertragen.

Das Qualitätsbüro der LAG Bremen wertet die erhobenen Daten nach festgelegten Kriterien aus, stellt die Ergebnisse dem Netzwerk einmal jährlich in einer vergleichenden Längsschnitt-präsentation vor und spiegelt den beteiligten Kliniken die Ergebnisse ebenfalls einmal jährlich im Longitudinalvergleich und einer Benchmarkdarstellung zurück.

Auf unterschiedlichen Ebenen finden engagierte Fachdiskurse statt, die sich auch in einer stetigen Weiterentwicklung und Optimierung des Verfahrens niederschlagen Über Arbeitsgruppen und andere Foren ist das Qualitätsbüro darüber hinaus im Dialog mit den unterschiedlichen Beteiligten.

Weitere Informationen über aktuelle Verfahren sowie Aktivitäten können dem Internetauftritt des Netzwerkes https://www.mrsa-netzwerk.bremen.de/ entnommen werden.

Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KOSTA)

Im Interesse einer langfristigen Sicherung der hausärztlichen Versorgung im Land Bremen haben die Ärztekammer Bremen, Kassenärztliche Vereinigung Bremen und HBKG eine Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich vereinbart. Dafür wurde bei der Ärztekammer Bremen die Koordinierungsstelle für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (Kosta) eingerichtet, die am 1. Februar 2011 ihre Arbeit aufgenommen hat.

Ziel der Zusammenarbeit ist die Weiterbildung des notwendigen allgemeinmedizinischen Nachwuchses. Dies wird insbesondere durch die Gewährleistung einer reibungslosen und auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichteten Weiterbildung erreicht, die die ambulanten und stationären Weiterbildungsabschnitte auf der Grundlage der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung verknüpft.

Die Ärztekammer erhält im Rahmen der KOSTA regelmäßig Anfragen rund um das Thema Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Dazu gehören allgemeine Anfragen, Bestätigungen der Möglichkeit des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin sowie die Überprüfung von förderungsmöglichen Weiterbildungsabschnitten. Das besondere Beratungsangebot der KOSTA für Weiterzubildende in der Allgemeinmedizin nehmen interessierte Ärztinnen und Ärzte zunehmend in Anspruch und lassen sich telefonisch und auch persönlich durch die Ärztekammer beraten.

Die Ärztekammer und die KV Bremen bieten zudem seit 2017 gemeinsam Fortbildungsprogramme an. Dieses Vorhaben wird durch die HBKG unterstützt. Teil des Angebots sind Curricula für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung.

So gibt es für Weiterzubildende das Fortbildungs-Curriculum „Fit durch die Weiterbildung Allgemeinmedizin“. Hier steht die hausärztliche Perspektive an erster Stelle, die fachärztliche Perspektive ist zusätzlich von hoher Bedeutung: für Kollegialität und Vernetzung, für sektorenübergreifendes Denken und für einen Blick über den Tellerrand. Die Kursreihe mit verschiedenen thematischen Schwerpunkten und engagierten Referent:innen aus Klinik und Praxis stieß auch 2023 und 2024 auf großes Interesse bei den Weiterzubildenden.

Im Jahr 2023 hatte die Ärztekammer in der Reihe acht Kurse im Angebot: In den Veranstaltungen ging es unter anderem um neuropathischen Schmerz, chronische Wunden und Diabetes, Migräne und andere Kopfschmerzen, Psychopharmaka in der Hausarztpraxis oder Demenz und deren Diagnostik. Auch 2024 fanden insgesamt acht Kurse statt: Es ging zum Beispiel um EKGs, ambulante palliative Versorgung, rheumatologische Erkrankungen, akutes Abdomen oder ambulant behandelbare Notfälle für Kinder.

Für Weiterbildungsbefugte lag der Fokus auf der Überprüfung der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsbefugnisse gemäß der Weiterbildungsordnung 2020 und den Anforderungen an eine kompetenzbasierte Weiterbildung. Die Abteilung Ärztliche Weiterbildung der Ärztekammer konnte die Überprüfung unter großem Einsatz aller Beteiligten 2024 weitgehend abschließen. Trotz mancher Schwierigkeit bei der Umsetzung, hat das Verfahren den Antragstellenden die kompetenzbasierte Weiterbildung insgesamt nähergebracht. Das Verständnis für die später auszustellenden Nachweise (Zeugnisse und Logbuch) ist deutlich gewachsen.

Auch ist das Gesamtergebnis sehr erfreulich. Die Anzahl der Weiterbildungsbefugnisse in der ambulanten hausärztlichen Versorgung ist nochmal angestiegen. Durch die Veröffentlichung der vermittelbaren Kompetenzen in der „Befugnissuche“ auf der Homepage der Ärztekammer können Weiterzubildende nicht nur erkennen, wie viel Zeit sie in der gewünschten Praxis absolvieren können, sondern sie sehen nun auch, welche Befugten die ihnen noch fehlende Kompetenzen vermitteln. Das erleichtert eine passgenaue Weiterbildungsstellensuche.

Umsetzung von IVENA

Die Abkürzung IVENA steht für eine webbasierte Software mit der Bezeichnung „Interdisziplinärer Versorgungsnachweis“ und dient als Online-Meldesystem in der Notfallversorgung. Die Anwendung wurde vom Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main in Zusammenarbeit mit der Firma mainis IT-Service GmbH entwickelt und wird seit April 2017 im Land Bremen eingesetzt.

IVENA eHealth

IVENA ermöglicht eine überregionale Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Rettungsleitstellen und bietet eine umfassende Ressourcenübersicht der Behandlungs- und Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser. Dabei wird eine schnelle Kommunikation zwischen den Krankenhäusern und Zentralen Leistellen für den Rettungsdienst ermöglicht. In der IVENA-Software wird der aktuelle Status aller interdisziplinären und fachübergreifenden Fachgebiete und Fachbereiche der Krankenhäuser für die ambulante und stationäre Regel- und Notfallversorgung in Echtzeit angezeigt. Dieser Informationsvorsprung ermöglicht, verletzte und/oder kranke Patientinnen und Patienten rasch in das ihren Verletzungen entsprechend geeignete Krankenhaus zu führen. Zwischen allen Beteiligten im Land Bremen und der Firma mainis IT-Service GmbH wurde eine Rahmenvereinbarung geschlossen, deren Unterzeichnung die enge Zusammenarbeit der Kooperationspartner verstärkt.

Es besteht eine Projektgruppe, die sich in einem kleinen Rahmen mit detaillierten Klinik- und leitstellenbezogenen Fragestellungen und Umsetzungen befasst. Seit 2018 beschäftigte sich die Projektgruppe u.a. mit der Inbetriebnahme mobiler Datenerfassung im Rettungsdienst, die seit März 2023 flächendeckend in den Rettungsfahrzeugen genutzt wird. Seit Juni 2024 ist dem stadtbremischen Rettungsdienst die Zuweisung von Patientinnen und Patienten an einige Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung über IVENA möglich. Des Weiteren tauscht sich die Projektgruppe regelmäßig über die aktuellen Situationen in den Notaufnahmen und im Rettungsdienst aus.

Länderübergreifend gibt es einen Anwenderbeirat mit IVENA-Anwendern aus Niedersachsen und Bremen. Der Anwenderbeirat ist ein Gremium zur Abstimmung und Zusammenarbeit aller an der Nutzung der Software IVENA Beteiligten. Er dient dazu, die regionalen Bedürfnisse der Beteiligten zu beobachten und aufeinander abzustimmen mit dem Ziel der Konzeptionierung und Fortschreibung für die Software anhand der Erfahrungen und Anforderungen der Beteiligten. Die Durchführung dieser Aufgaben regelt eine Beiratsordnung.

VI. HBKG Intern

Wechsel der Geschäftsführung der HBKG zum 01.04.2025

Die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen (HBKG) erhält zum 1. April 2025 eine neue Leitung. Nachfolgerin des langjährigen Geschäftsführers Uwe Zimmer wird Judith Borsch, die sich aufgrund ihrer bisherigen Führungsfunktionen in Bremer Krankenhäusern in der hiesigen Krankenhauslandschaft bestens auskennt.

„Die Krankenhäuser in Bremen und Bremerhaven freuen sich auf die solide Fachkenntnis, das Engagement und die Durchsetzungsfähigkeit, mit der Judith Borsch in ihre neue Aufgabe starten wird," begrüßt der Vorsitzende der HBKG Thomas Kruse die designierte Geschäftsführerin. Die studierte Betriebswirtin bringt reichlich Branchenerfahrung mit: Von 2004 an war sie Abteilungsleiterin in der damaligen Paracelsus Kurfürstenklinik Bremen, bevor sie für den BKK Landesverband Mitte schwerpunktmäßig Budgetverhandlungen mit Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen führte. Anschließend übernahm Judith Borsch den Geschäftsbereich Medizincontrolling und Patientenmanagement der Gesundheit Nord (GENO) und ab 2017 die geschäftsführende Direktion des Klinikums Bremen-Ost. Im Jahr 2022 wechselte sie in die Geschäftsführung der Paracelsus-Klinik sowie der Medizinischen Versorgungszentren Paracelsus MVZ Bremen, war Mitglied im Vorstand der HBKG und in gesundheitspolitischen Gremien im Land Bremen.

Der Wechsel in der Geschäftsführung der HBKG hat sich bereits in diesem Jahr angekündigt, da der amtierende Geschäftsführer Uwe Zimmer nach 20 Jahren zu Beginn des neuen Jahres in den Ruhestand gehen wird. Er wird der HBKG noch für eine Übergangszeit in einigen Aufgabenfeldern und beratend zur Verfügung stehen sowie als Experte für Krankenhausfinanzierung freiberuflich tätig bleiben.

Mitarbeit in der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) setzt sich aus den Landeskrankenhausgesellschaften und einer Reihe von Bundesverbänden der Krankenhausträger zusammen. Die HBKG ist daher in den Entscheidungsgremien der DKG entsprechend vertreten. Als kleinste Landeskrankenhausgesellschaft ist es nicht möglich, an allen Gremien intensiv teilzuhaben. Allerdings entsendet die HBKG VertreterInnen in alle Fachausschüsse der DKG und ist in fast allen Kommissionen vertreten. Die genaue Beteiligung ist im Anhang dargestellt. Darüber bringt sich die HBKG aktiv in diverse Arbeitsgruppen der DKG und Adhoc-Arbeitsgruppen zu aktuellen Themen ein.

Zusammenarbeit der Landeskrankenhausgesellschaften

Die GeschäftsführerInnen der 16 Landeskrankenhausgesellschaften treffen sich regelmäßig zur Beratung aller krankenhausrelevanten und krankenhauspolitischen Themen. Durch die kurzfristigen Koordinierungsbedarfe hat sich zwischenzeitlich ein wöchentlicher Informationsaustausch bewährt. Daneben gibt es Tagungen, die der Vertiefung des Informationsaustausches dienen. Hierbei spielen naturgemäß die unterschiedlichen Umsetzungen der aktuell anstehenden Themenbereiche auf Landesebene ebenso eine zentrale Rolle, wie die Abstimmung mit der Geschäftsstelle der DKG.

Daneben haben die LKG'en zu wichtigen Themen dauerhafte Arbeitsgruppen eingerichtet, an denen sich die MitarbeiterInnen der HBKG aktiv einbringen. Im Anhang sind dazu Übersichten aufgeführt.

Seminare 2023-2024

In den Jahren 2023 bis 2024 bot die HBKG zur Fortbildung der Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter wieder eine Reihe von Seminaren an:

06.10.2023 **HBKG-Seminar „Krankenhaus-IT im Jahr 2024“**
Herausforderungen und strategischer Handlungsbedarf
Referent: Jan Neuhaus, vormals Geschäftsführer der DKG
Diplom Informatiker, Vaya-Consulting, Mainz

01.11.2023 **HBKG-Seminar „G-DRG System 2023“**
Update für Krankenhausmitarbeiter
Referent: Dr. Dirk Kaczmarek, Internist und Gesundheitsökonom,
Freiberuflicher Medizin-Controller, Trainer und Coach, Dorsten

26.01.2024 **HBKG Online-Einführungsworkshop „Nachhaltigkeitsbericht“**
Referent: Dipl. Kfm. René Schubert, Geschäftsführer der DKTIG, Leipzig

20.03.2024 **HBKG-Seminar „Ausblick EBM 2024“**
Änderungen und Auswirkungen Ambulantes Fallmanagement,
Ambulante Operationen nach § 115 b
Referentin: Susanne Silberzahn, Beratung und Training,
Fa. Caroline Beil Gruppe, Fahrenbach

08.04.2024 **HBKG-Seminar „Verordnungswesen im Rahmen des Entlassmanagements“**
Referent: Ingo Seip, Dipl.-Betriebswirt, Leiter Krankenhausfinanzierung,
DGD-Stiftung, Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband, Marburg

17.06.2024 **HBKG-Seminar „Einfürung der PPR 2.0 zum 01.07.2024“**
Funktionsweise und Anwendungshinweise zur Umsetzung
Referent: Arne Evers, M.Sc., Pflegedirektor St. Josefs-Hospital Wiesbaden

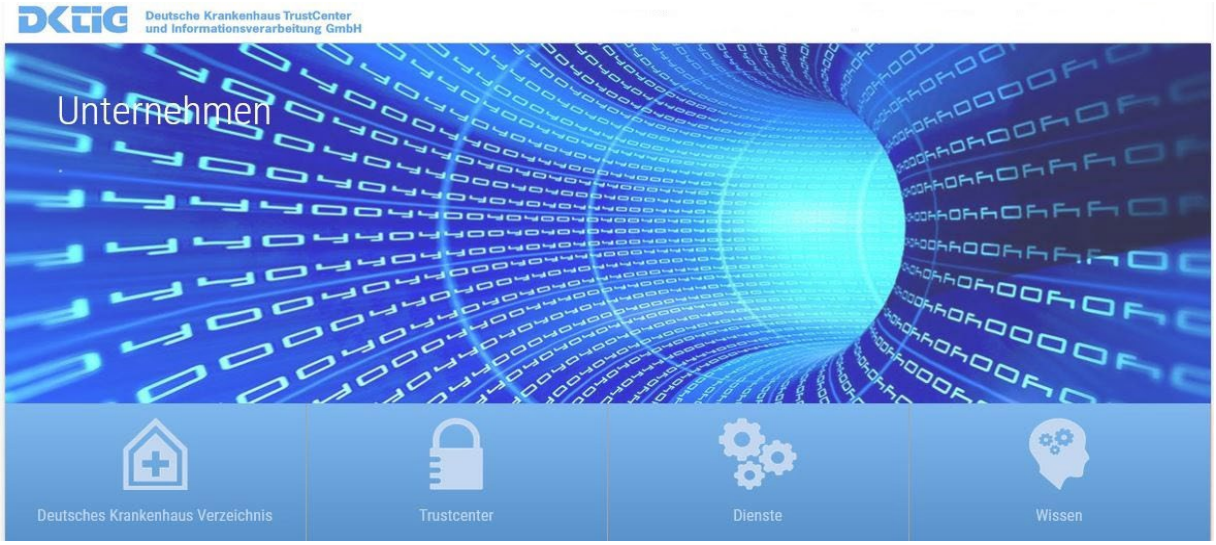
19.07.2024 **HBKG-Online-Seminar „Die neue KI-Welt“**
Künstliche Intelligenz verstehen und für das Krankenhaus bewerten
Referent: Jan Neuhaus, vormals Geschäftsführer der DKG
Diplom Informatiker, Vaya-Consulting, Mainz

01.11.2024 **HBKG-Seminar „G-DRG System 2025 – Update für Krankenhausmitarbeiter“**
Referent: Dr. Dirk Kaczmarek, Internist und Gesundheitsökonom,
Freiberuflicher Medizin-Controller, Trainer und Coach, Dorsten

15.11.2024 **HBKG-Seminar „Krankenhaus-IT im Jahr 2024“**
Herausforderungen und strategischer Handlungsbedarf
Referent: Jan Neuhaus, vormals Geschäftsführer der DKG
Diplom Informatiker, Vaya-Consulting, Mainz

Beteiligung an der DKTIG

Seit 1999 ist die HBKG als Gesellschafter an der Deutschen Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTIG) beteiligt. Zweck der Gesellschaft ist vor allem die Übernahme der Funktion eines TrustCenters im Rahmen der Datenübermittlung nach § 301 SGB V. Darüber hinaus umfasst das Tätigkeitsfeld der DKTIG die Daten- und Informationsaufbereitung der Trägergesellschaften, Sicherstellung des Zugangs der Krankenhäuser zur Telematikinfrastruktur sowie weitere krankenhausbezogene Dienstleistungen.



In den vergangenen Jahren wurde die TrustCenter-Funktion ausgeweitet. Die DKTIG stellt im Rahmen des Wirkbetriebes der Telematikinfrastruktur die benötigten Security Module Card Typ B (SMC-B) für Krankenhäuser bereit.

Darüber hinaus stellt die DKTIG seit 2002 basierend auf den Qualitätsberichten der Krankenhäuser Informationen der Krankenhäuser im **Deutschen Krankenhaus Verzeichnis** (DKV) bereit. Zusätzlich können diese Informationen tagesaktuell von Krankenhäusern angepasst werden. Das Portal ist kosten- und werbefrei und wird zudem auch in englischer Sprache angeboten.

Mit dem Projekt zur Kalkulation deutscher Relativgewichte begleitet die DKTIG unter Beteiligung der Kalkulationskrankenhäuser die Entwicklung und Pflege des DRG-Systems. Außerdem wird den Krankenhäusern die Unterstützung zur Erstellung der Qualitätsberichte sowie die Teilnahme am bundesweiten Benchmark-Projekt im Bereich Psychiatrie angeboten.

Ein neues Projekt ist die Mitgestaltung und der Vertrieb einer Plattform für Krankenhäuser, welche die Anforderungen der umfassenden Berichterstattung in Bezug auf CSRD, EU-Taxonomie und dem Lieferkettengesetz abbildet und über eine Software die Erstellung der entsprechenden Berichte gesetzeskonform erleichtert und den Aufbau eines Nachhaltigkeitsmanagements unterstützt.

VII. Qualitätsbüro der Landesarbeitsgemeinschaft Bremen (Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft gemäß DeQS-RL)

Die 2001 bundeseinheitlich eingeführte externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung war schon bald zu einer festen Größe im deutschen Gesundheitssystem geworden und in den Bremer Kliniken fest etabliert. Normgrundlage war die GBA-Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL).

Diese ─ ausschließlich die Qualitätssicherung in Krankenhäusern regelnde Richtlinie ─ wurde zum 1. Januar 2021 abgelöst durch die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-Richtlinie), die nun auch die ambulante Versorgung einschließt. Das auf Landesebene für die Umsetzung der Richtlinie verantwortliche Gremium ist die Landesarbeitsgemeinschaft Bremen (LAG). Es setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, der Landeskrankenhausgesellschaft und unter Beteiligung der Landesärztekammer und des Landespflegerates. Die Beteiligung der Patientenvertretung ist vakant.

Das Lenkungsgremium der LAG hat das Qualitätsbüro Bremen mit den Aufgaben der Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft betraut und in der Folge umbenannt in Qualitätsbüro der Landesarbeitsgemeinschaft Bremen. Es ist bei der HBKG angesiedelt.

Sowohl Vertragsärztinnen und -ärzte als auch Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, definierte Behandlungsdaten zu erheben. Diese Informationen werden zentral aufbereitet und anschließend zur Berechnung von Qualitätsindikatoren und anderen Kennzahlen verwendet. Anhand spezieller Verfahren werden diese Ergebnisse durch Expertengremien fachlich eingehend beleuchtet und — sofern notwendig — Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung vereinbart.

Um den Dokumentationsaufwand in Kliniken und Arztpraxen in Grenzen zu halten, werden für die Darstellung definierter Qualitätsaspekte seit einigen Jahren zusätzlich Abrechnungsdaten (so genannte Sozialdaten) der gesetzlichen Krankenversicherungen genutzt. In diesen Fällen fußen die Berechnungen einzelner Qualitätsindikatoren und -ergebnisse auf erhobenen Daten in Klinik/Arztpraxis und Sozialdaten.

Des Weiteren wurden Mitte 2022 Patientenbefragungen eingeführt: Im ersten Verfahren werden Patientinnen und Patienten nach einer Herzkatheteruntersuchung (QS-Verfahren Koronarangiographie/PCI) anhand eines Fragebogens anonymisiert um Einschätzung verschiedener Aspekte zu Untersuchung/Behandlung und ggf. stationärem Aufenthalt gebeten. Diese Informationen aus der ambulanten oder stationären Versorgung werden zu Qualitätsindikatoren zusammengefasst und den Kliniken bzw. Praxen zurückgemeldet. Ziel ist es, aus der Patientenperspektive Verbesserungspotential zu Prozessen oder Strukturen im Rahmen der Behandlung zu identifizieren. In einem weiteren Schritt sollen aus den Erkenntnissen gezielt Anpassungen vor Ort auf den Weg gebracht werden.

Für die kommenden Jahre soll das Instrument der Patientenbefragungen sukzessive auch zu anderen QS-Verfahren implementiert werden.

Perspektivisch wird der Katalog der derzeitigen Qualitätsverfahren um zahnmedizinische und psychotherapeutische Behandlungen aus dem ambulanten Sektor ergänzt.

Nach gegenwärtigen Planungen sollen überdies in einigen Jahren beispielsweise Therapien ausgewählter psychiatrischer und urologischer Erkrankungen der externen Qualitätssicherung durch Kliniken und/oder Praxen unterliegen.

Über die Zuständigkeit nach DeQS-RL hinaus, übernimmt das Qualitätsbüro der LAG auch Aufgaben zur GBA-Richtlinie für Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) sowie zu den Regelungen des Qualitätsberichtes der Krankenhäuser (QbR).

Anhang

Satzung der HBKG

§ 1 Name, Sitz und Rechtsform

1. Der Verein führt den Namen Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e. V. Er ist eine Vereinigung von Krankenhausträgern, die Krankenhäuser im Lande Bremen betreiben. Er ist Mitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

2. Der Verein, im Folgenden kurz „Krankenhausgesellschaft“ genannt, ist in das Vereinsregister beim Amtsgericht Bremen eingetragen.

3. Sitz der Krankenhausgesellschaft ist Bremen.

§ 2 Zweck, Aufgaben und Geschäftsjahr

1. Die Krankenhausgesellschaft hat den Zweck, die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser im Lande Bremen zu fördern. Sie soll die gemeinsamen Interessen der Mitglieder wahrnehmen.

2. Aufgaben der Krankenhausgesellschaft sind insbesondere:

2.1 die Wahrnehmung der gemeinsamen Rechte und Pflichten der Mitglieder in den durch Gesetz und Verordnungen bestimmten Fällen gegenüber staatlichen Körperschaften und Sozialleistungsträgern;

2.2 Stellungnahmen zu beabsichtigten Rechts- und Verwaltungsvorschriften auszuarbeiten und abzugeben;

2.3 die Mitglieder über Entwicklungen und Entscheidungen im Krankenhauswesen zu informieren, sie in Grundsatzfragen zu beraten und den Informationsaustausch unter den Mitgliedern zu fördern;

2.4 die Mitglieder zu beraten und zu vertreten, soweit sie hierzu von ihnen im Einzelfall beauftragt worden ist;

2.5 die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter der Krankenhäuser zu fördern.

3. Die Krankenhausgesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke i. S. des Abschnitts „Steuerbegünstigte Zwecke“ der Abgabenordnung. Mittel der Krankenhausgesellschaft dürfen nur für die satzungsmäßigen Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder erhalten keine Zuwendungen aus Mitteln der Krankenhausgesellschaft. Niemand darf durch Ausgaben, die dem Zweck der Krankenhausgesellschaft fremd sind oder durch verhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden. Außerdem darf niemand wegen seiner religiösen oder politischen

Anschauung, seines Glaubens oder in Artikel 3 Absatz 3 des Grundgesetzes genannter Gründe benachteiligt oder bevorzugt werden.

Bei Auflösung der Krankenhausgesellschaft fällt das vorhandene Gesellschaftsvermögen an das Land Bremen, das es zur Förderung der Krankenhäuser im Lande Bremen zu verwenden hat.

4. Die Krankenhausgesellschaft kann sich im Rahmen ihrer Aufgabenstellung an anderen Unternehmen, die im Gesundheitswesen und ggf. auch über Bremen hinaus tätig sind, beteiligen.

5. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 3 Mitglieder

1. Mitglieder der Krankenhausgesellschaft können nur Träger von Krankenhäusern im Lande Bremen werden. Aufnahmeanträge sind schriftlich beim Vorstand einzureichen. Über den Antrag entscheidet die Mitgliederversammlung.

2. Die Mitgliedschaft endet:

2.1 durch Austritt aufgrund schriftlicher Kündigung. Er ist nur zum Ende des Geschäftsjahres, erstmals nach zwei Jahren nach Beitritt möglich. Die Kündigung muss spätestens am 01.10. bei der Krankenhausgesellschaft eingegangen sein, um die Beendigung der Mitgliedschaft zum Ende des Kalenderjahres zu bewirken;

2.2 durch Ausschluss aufgrund Beschlusses der Mitgliederversammlung, sofern schwerwiegende Verstöße des Mitglieds gegen die Satzung oder ein Wegfall der Voraussetzungen gemäß Absatz 1 vorliegen;

2.3 durch Auflösung der Krankenhausgesellschaft.

3. Ausscheidende Mitglieder haben keinen Anspruch auf Vermögensteile der Krankenhausgesellschaft.

§ 4 Rechte und Pflichten der Mitglieder

1. Die Mitglieder haben das Recht, Leistungen der Krankenhausgesellschaft in Anspruch zu nehmen. Sie sind verpflichtet, die Arbeit der Krankenhausgesellschaft zu unterstützen. Sie sollen den Vorstand von sich aus über alle wichtigen Vorgänge des Krankenhauswesens in ihrem Bereich unterrichten.

2. Die Höhe des Beitragsaufkommens wird von der Mitgliederversammlung beschlossen. Es ist zur Hälfte von den Trägern der Krankenhäuser, die der Holding „Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen“ angehören, und zur anderen Hälfte von den übrigen Mitgliedern zu tragen. Die jeweiligen Anteile nach Satz 2 werden zu 50 % nach der Anzahl der entsprechend der Zahl der in diesen Krankenhäusern am 01.10. des Vorjahres aufgestellten Betten erbracht. (Lt. Beschluss der Mitgliederversammlung vom 14.03.1990).

3. In Ausnahmefällen kann die Mitgliederversammlung die Erhebung einer Umlage oder eines besonderen Beitrages zur Deckung von Sonderausgaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Krankenhausgesellschaft beschließen.

§ 5 Organe

Organe der Gesellschaft sind die Mitgliederversammlung (§ 6) und der Vorstand (§ 7).

§ 6 Mitgliederversammlung

1. Die Mitgliederversammlung beschließt alle grundsätzlichen Angelegenheiten der Krankenhausgesellschaft. Sie trifft im Einzelfall auch Entscheidungen in anderen Angelegenheiten, wenn Mitglieder mit mindestens einem Viertel aller vorhandenen Stimmen dies fordern.

2. Die Mitgliederversammlung hat insbesondere folgende Aufgaben:

2.1 Beschlüsse über Änderungen der Satzung;

2.2 Festsetzung der Mitgliedsbeiträge gemäß § 4 Absatz 2 der Satzung;

2.3 Bestellung des Vorsitzenden des Vorstandes, seines Stellvertreters und fünf weiterer Vorstandsmitglieder sowie Abberufung von Vorstandsmitgliedern vor Ablauf der Amtszeit. Für drei Vorstandsmitglieder und drei Ersatzmitglieder haben die Träger der Krankenhäuser, die der Holding „Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen“ angehören, für vier Vorstandsmitglieder und vier Ersatzmitglieder haben die übrigen Mitglieder der Krankenhausgesellschaft das alleinige Vorschlagsrecht;

2.4 Zustimmung bei Bestellung des Vorsitzenden zum Geschäftsführer;

2.5 Wahl des Rechnungsprüfers für das laufende Geschäftsjahr;

2.6 Einsetzen von Fachausschüssen, Berufung ihrer Mitglieder und Bestimmung ihrer Leiter nach § 9;

2.7 Bestätigung der vom Vorstand vorgeschlagenen Vertreter der Krankenhausgesellschaft für die gesetzlich vorgeschriebenen Gremien;

2.8 Entscheidung über Aufnahmeanträge;

2.9 Entscheidung über den Ausschluss von Mitgliedern;

2.10 Feststellung der geprüften Jahresrechnung und Genehmigung des Wirtschaftsplans sowie Entgegennahme des Geschäftsberichtes und des Prüfungsberichtes des Rechnungsprüfers;

2.11 Entscheidung über die Beteiligung an anderen Unternehmen;

2.12 Entlastung des Vorstandes;

2.13 Beschluss über die Auflösung der Krankenhausgesellschaft.

3. In der Mitgliederversammlung fällt die Hälfte des Gesamtstimmrechts an die Träger der Krankenhäuser, die der Holding „Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen“ angehören. Die andere Hälfte verteilt sich auf die übrigen Mitglieder im Verhältnis der am 01. Oktober des Vorjahres aufgestellten Betten. Das Stimmrecht kann schriftlich auf ein anderes Mitglied delegiert werden.

4. Die Mitgliederversammlung ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte des Gesamtstimmrechts der Mitglieder vertreten ist. Beschlüsse über Satzungsänderungen, Beitragsaufkommen, Umlagen, Auflösung der Krankenhausgesellschaft, Abberufung von Vorstandsmitgliedern vor Ablauf ihrer Amtszeit sowie über den Ausschluss von Mitgliedern und Angelegenheiten nach § 2 Absatz 2 Ziffer 2.2 werden mit einer Mehrheit von drei Vierteln des Gesamtstimmrechts aller Mitglieder gefasst. Sonstige Beschlüsse der Mitgliederversammlung werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst.

4. Die Mitgliederversammlung wird vom Vorstand mindestens einmal jährlich einberufen. Sie ist einzuberufen, wenn dies von einem Mitglied unter Angabe der Tagesordnung schriftlich verlangt wird. Zu den Sitzungen ist unter Einhaltung einer Frist von drei Wochen unter gleichzeitiger Bekanntgabe der Tagesordnung durch den Vorstand schriftlich einzuladen. Anträge auf Satzungsänderungen sind den Mitgliedern sechs Wochen vor der beabsichtigten Beschlussfassung schriftlich mit Begründung zuzuleiten. Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Vorsitzende des Vorstandes; bei Verhinderung vertritt ihn sein Stellvertreter.

5. Über die Verhandlungen der Mitgliederversammlung ist eine Niederschrift aufzunehmen, die von dem Vorsitzenden der Mitgliederversammlung und dem von diesem zu bestimmenden Protokollführer zu unterzeichnen ist. Die Niederschrift ist allen Mitgliedern zuzustellen. Ein Widerspruch ist innerhalb von 14 Tagen schriftlich bei der Geschäftsstelle einzubringen.

§ 7 Vorstand

1. Der Vorstand der Krankenhausgesellschaft besteht aus sieben Personen, und zwar dem Vorsitzenden, seinem Stellvertreter und fünf weiteren Personen.

   Im Vorstand fällt die Hälfte des Gesamtstimmrechts an die Träger der Krankenhäuser, die der Holding „Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen“ angehören, die mit drei Mitgliedern im Vorstand vertreten sind. Die andere Hälfte verteilt sich zu gleichen Teilen auf die übrigen vier Mitglieder des Vorstandes, von denen mindestens eines dem Bereich der Bremerhavener Krankenhausträger angehören soll.

   Das Stimmrecht kann schriftlich auf ein anderes Mitglied delegiert werden. Einer der Vertreter der Träger der Krankenhäuser, die der Holding „Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen“ angehören, gehört dem Vorstand als Vorsitzender oder stellvertretender Vorsitzender an.

2. Die Amtszeit des Vorstandes dauert zwei Jahre. Das Vorschlagsrecht für eine Ergänzungswahl regelt sich nach § 6 Absatz 2 Ziffer 2.3 Satz 2. Wiederwahl der Vorstandsmitglieder ist zulässig. Bis zum Amtsantritt eines neugewählten Vorstandes, längstens bis zu einem halben Jahr, führt der bisherige Vorstand die Geschäfte der Krankenhausgesellschaft fort.

Eine Ergänzungswahl im Fall des vorzeitigen Ausscheidens einzelner Vorstandsmitglieder oder bei Abwahl durch die Mitgliederversammlung gilt bis zum Ablauf der jeweiligen Amtszeit. Die Mitgliedschaft im Vorstand erlischt auch bei Beendigung des Rechtsverhältnisses eines Vorstandsmitgliedes zum jeweiligen Gesellschaftsmitglied oder mit dem Ende der Funktion, die maßgebend für die Berufung des Mitgliedes in den Vorstand war.

3. Der Vorstand ist beschlussfähig bei Anwesenheit von mindestens fünf seiner Mitglieder. Er beschließt mit einfacher Mehrheit.

4. Der Vorstand hat folgende Aufgaben:

4.1 Wahrnehmung aller Angelegenheiten der Krankenhausgesellschaft, soweit sie nicht der Zuständigkeit der Mitgliederversammlung unterliegt;

4.2 Ausführung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung;

4.3 Vorlage der Jahresrechnung für das abgelaufene Geschäftsjahr bis zum 30.06. des folgenden Jahres. Erstellung des Geschäftsberichtes und Einholung des Prüfungsberichtes des Rechnungsprüfers;

4.4 Aufstellung des Wirtschaftsplanes für das Folgejahr bis spätestens zum 30.11. des laufenden Jahres sowie Berechnung der Mitgliedsbeiträge und der Stimmenverteilung in der Mitgliederversammlung;

4.5 rechtzeitige, schriftliche Einberufung der Mitgliederversammlung unter Angabe der Tagesordnungspunkte;

4.6 Einsetzen von Fachausschüssen, Berufung ihrer Mitglieder und Bestimmung ihrer Leiter nach § 9;

4.7 Bestellung des Geschäftsführers und Festlegung seiner Aufgaben; es kann der Vorsitzende zur Führung der laufenden Geschäfte bestellt werden, in diesem Fall bedarf dies der Zustimmung der Mitgliederversammlung;

4.8 Vorschlag der Vertreter der Krankenhausgesellschaft für die gesetzlich vorgeschriebenen Gremien.

5. Den Vorsitz im Vorstand führt der Vorsitzende; bei Verhinderung vertritt ihn sein Stellvertreter.

6. Der Vorstand im Sinne des § 26 BGB besteht aus dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes. Der Verein wird gerichtlich und außergerichtlich vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstandes. Im Falle seiner Verhinderung tritt an die Stelle des Vorsitzenden der stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes; die Verhinderung braucht nicht nachgewiesen zu werden.

7. Der Vorstand kann für die laufenden Geschäfte des Vereins einzelne Vorstandsmitglieder und/oder den Geschäftsführer in der Weise zu besonderen Vertretern bestellen, dass jeder von ihnen berechtigt ist, den Verein gemeinsam mit dem Vorsitzenden oder dem stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes oder mit einem anderen besonderen Vertreter zu vertreten.

8. Die Ergebnisse der Sitzungen des Vorstandes sind zu protokollieren. Die Protokolle werden vom Vorsitzenden unterschrieben.

§ 8 Geschäftsführer

1. Der Geschäftsführer ist an die Beschlüsse des Vorstandes gebunden.

2. Die Kassen- und Rechnungsführung ist Aufgabe des Geschäftsführers.

3. Der Geschäftsführer hat in den Sitzungen des Vorstandes sowie der Fachausschüsse beratende Stimme.

4. Der Geschäftsführer leitet die Geschäftsstelle. Er ist Vorgesetzter der dort tätigen Mitarbeiter und zur selbständigen Einstellung und Entlassung dieser Mitarbeiter im Rahmen des vom Vorstand genehmigten Stellenplans berechtigt. Im Rahmen dieses ihm zugewiesenen Geschäftsbereiches vertritt er die Gesellschaft nach § 30 BGB. Er ist insoweit alleinvertretungsberechtigt.

§ 9 Fachausschüsse

1. Die Mitgliederversammlung und der Vorstand können unabhängig voneinander zu ihrer Beratung Fachausschüsse einsetzen und deren Leiter bestimmen. Die Berufung von fachkundigen Personen, die nicht dem Geschäftsbereich von Mitgliedern der Krankenhausgesellschaft angehören, ist grundsätzlich zulässig.

2. Der Vorstand berichtet der Mitgliederversammlung und der Geschäftsführung über die Einrichtung von Fachausschüssen.

3. Die Mitglieder des Vorstandes und der Geschäftsführer können an Sitzungen der Fachausschüsse teilnehmen.

4. Die Leiter der Fachausschüsse berichten dem Vorstand und der Mitgliederversammlung über das Ergebnis ihrer Beratung.

§ 10 Inkrafttreten

Diese Satzung tritt mit dem Beschluss der Mitgliederversammlung und der Eintragung im Vereinsregister in Kraft. Sie tritt an die Stelle der Satzung vom 09.01.1985.

Beschlossen am 04. Juli 2000, geändert durch Beschluss der Mitgliederversammlung vom 12. Mai 2004.

Mitgliedskrankenhäuser der HBKG

Klinikum Bremen- Mitte
St. Jürgen-Straße 1
28177 Bremen

Telefon: 0421/497-0
Telefax: 0421/497-1971047

Geschäftsführende	
Krankenhausdirektorin:	Dr. Andrea Bronner
Krankenhausdirektor:	Prof. Dr. Johann Ockenga
Krankenhausdirektorin:	Evelyn Möhlenkamp

Klinikum Bremen- Ost
Züricher Straße 40
28325 Bremen

Telefon: 0421/408-0
Telefax: 0421/408-1490

Geschäftsführende	
Krankenhausdirektorin:	Dr. Andrea Bronner
Krankenhausdirektor:	Jörn Sandvos
Ärztl. Direktor:	Dr. med. Matthias Müller

Klinikum Links der Weser
Senator-Weßling-Straße 1
28277 Bremen

Telefon: 0421/879-0
Telefax: 0421/879-1599

Krankenhausdirektion:	Michaela Ackermann-Redl
Ärztlicher Direktor:	Dr. Arnd Steffen Böhle
Kaufmännische Leitung:	Sebastian Dunker

Klinikum Bremen-Nord
Hammersbecker Straße 228
28755 Bremen

Telefon: 0421/6606-0
Telefax: 0421/6606-1767

Geschäftsführende	
Krankenhausdirektion:	Vivien Voigt
Ärztlicher Direktor:	Dr. Frank Wösten
Krankenhausdirektorin:	Anne Stradtmann

DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus gGmbH
Gröpelinger Heerstraße 406-408
28239 Bremen

Telefon: 0421/6102-0
Telefax: 0421/6102-3336

Geschäftsführer:	Thomas Kruse
Ärztlicher Direktor:	Prof. Dr. Jörg Ahrens

Krankenhaus St. Joseph-Stift GmbH
Schwachhauser Heerstraße 54
28209 Bremen

Telefon: 0421/347-0
Telefax: 0421/347-1801

Geschäftsführer:	Manfred Volmer
Kaufm. Direktor:	Roman Marklein
Ärztlicher Direktor:	Prof. Dr. Felix Diekmann
Pflegedirektorin:	Antje Eekhoff

Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen gGmbH
St.-Pauli-Deich 24
28199 Bremen

Telefon: 0421/5599-0
Telefax: 0421/5599-351

Kfm. Geschäftsführer:	Dr. Walter Klingelhöfer
Ärztl. Geschäftsführer:	Dr. Martin Langenbeck
Pfleg. Geschäftsführerin:	Martina Eisenacher

Roland-Klinik gGmbH
Niedersachsendamm 72/74
28201 Bremen

Telefon: 0421/8778-0
Telefax: 0421/8778-267

Geschäftsführerin:	Petra Wehrmann
Ärztl. Direktor:	Dr. Hans-Joachim Bauer
Verwaltungsleitung:	Alexandra Schumann

AMEOS Klinikum Bremen
Rockwinkeler Landstraße 110
28325 Bremen

Telefon: 0421/4289-0
Telefax: 0421/4289-130

Krankenhausdirektorin:	Nadine Armonies
Ärztl. Direktor:	Prof. Dr. med. Uwe Gonther
Pflegedirektor:	Sven Helliger

Paracelsus-Klinik Bremen
In der Vahr 65
28329 Bremen

Telefon: 0421/4683-0
Telefax: 0421/4683-555

Geschäftsführerin:	Jennifer Kempa
Ärztl. Direktor:	Stefan Ostmeier
Pflegedienstleitung:	Nadine Qela

Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gGmbH
Postbrookstraße 103
27574 Bremerhaven

Telefon: 0471/299-0
Telefax: 0471/299-3196

Kaufm. Geschäftsführung:	Frank Kühl
Ärztl. Geschäftsführung:	Dr. Susanne Kleinbrahm
Pfleg. Geschäftsführung:	Dr. Witiko Nickel

AMEOS Klinikum Am Bürgerpark Bremerhaven
Schiffdorfer Chaussee 29
27574 Bremerhaven

Telefon: 0471/182-0
Telefax: 0471/182-1370

Krankenhausdirektion:	Katja Loesche
Ärztl. Direktor:	Dr. Oliver Herden-Kirchhoff
Pflegedirektion:	Uwe Stein

Krankenhäuser, mit denen Beratungsverträge bestehen:

Neurologisches Rehabilitationszentrum Friedehorst gGmbH		
Rotdornallee 64		
28717 Bremen	Geschäftsführung:	Frank Bröker
	Krankenhausdirektor:	Christian Wolckenhaar
Telefon: 0421/277437-0		
Telefax: 0421/277437-509		

Diakonie Arche Bremerhaven gGmbH - Arche Klinik		
Robert-Blum-Straße 7		
27574 Bremerhaven	Verwaltung:	Martin Müller
	Ärztl. Leitung:	Dr. Susanne Lindner
Telefon: 0471/92409-0		
Telefax: 0471/92409-39		

Vorstand der HBKG

Vorstand	
Mitglieder	**Stellvertretende Mitglieder**
Vorsitzender: **Thomas Kruse** DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus	**Nadine Armonies** AMEOS Klinikum Bremen
Zweite Vorsitzende: **Heike Penon** Gesundheit Nord	**Dr. Dorothea Dreizehnter** Gesundheit Nord
Vivien Voigt Klinikum Bremen Nord	**Evelyn Möhlenkamp** Klinikum Bremen-Mitte
Dr. Andrea Bronner Klinikum Bremen-Mitte	**Dr. Frank Woesten** Klinikum Bremen Nord
Manfred Volmer St. Joseph-Stift	**Petra Wehrmann** Roland Klinik
Dr. Witiko Nickel Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	**Katja Loesche** AMEOS Kliniken Bremerhaven
Dr. Walter Klingelhöfer Rotes Kreuz Krankenhaus	**Jennifer Kempa** Paracelsus-Klinik Bremen

Stand April 2025

Mitarbeit der HBKG in Gremien auf Landesebene

Krankenhausplanungsausschuss	
Mitglieder der HBKG	**Stellvertretende Mitglieder**
Manfred Volmer St. Joseph-Stift	**Heike Penon** Gesundheit Nord
Dr. Dorothea Dreizehnter Gesundheit Nord	**Carola Wiechmann** Gesundheit Nord
Thomas Kruse DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus	**Jennifer Kempa** Paracelsus-Klinik Bremen
Dr. Walter Klingelhöfer Rotes Kreuz Krankenhaus	**Nadine Armonies** AMEOS Klinikum Bremen
Frank Kühl Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	**Katja Loesche** AMEOS Kliniken Bremerhaven
Judith Borsch Geschäftsstelle HBKG	**Heiko Ackermann** Geschäftsstelle HBKG

Schiedsstelle nach § 18a KHG		
Mitglieder der HBKG	**1. Stv. Mitglieder**	**2. Stv. Mitglieder**
Heike Penon Gesundheit Nord	**Heiko Ackermann** Geschäftsstelle HBKG	**Dr. Walter Klingelhöfer** Rotes Kreuz Krankenhaus
Ludger Buitmann Gesundheit Nord	**Petra Wehrmann** Roland-Klinik	**Jennifer Kempa** Paracelsus-Klinik Bremen
Thomas Kruse DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus	**Manfred Volmer** St. Joseph-Stift	**Natalie Raddau** Gesundheit Nord
Dr. Witiko Nickel Klinikum Bremerhaven Reinkenheide	**Dr. Andrea Bronner** Klinikum Bremen Mitte	**Katja Loesche** AMEOS Kliniken Bremerhaven
Judith Borsch Geschäftsstelle HBKG	**Nadine Armonies** AMEOS Klinikum Bremen	**Vivien Voigt** Klinikum Bremen Nord

Schiedsstelle nach § 36 PflBG		
Mitglieder der HBKG	**1. Stv. Mitglieder**	**2. Stv. Mitglieder**
Judith Borsch Geschäftsstelle HBKG	**Daniela Wendorff** Gesundheit Nord	**Barbara Venhaus-Schreiber** Bremer Krankenpflegeschule
Ludger Buitmann Gesundheit Nord	**Heiko Ackermann** Geschäftsstelle HBKG	**Dr. Witiko Nickel** Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide

Erweiterter Landesausschuss nach § 116b SGB V		
Mitglieder der HBKG	**1. Stv. Mitglieder**	**2. Stv. Mitglieder**
Thomas Kruse DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus	**Isabel Schulte to Bühne** DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus	**N.N.** St. Joseph-Stift
Heike Penon Gesundheit Nord	**Dr. Dorothea Dreizehnter** Gesundheit Nord	**Klaus Beekmann** Gesundheit Nord
Manfred Volmer St. Joseph-Stift	**Nadine Armonies** AMEOS Klinikum Bremen	**N.N.** Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide
Dr. Walter Klingelhöfer Rotes Kreuz Krankenhaus	**Jennifer Kempa** Paracelsus-Klinik Bremen	**N.N.** Rotes Kreuz Krankenhaus
Dr. Susanne Kleinbrahm Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	**Katja Loesche** AMEOS Kliniken Bremerhaven	**N.N.** Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide
Dr. Andrea Bronner Klinikum Bremen-Mitte	**Vivien Voigt** Klinikum Bremen Nord	**Ludger Buitmann** Gesundheit Nord
Carola Wiechmann Gesundheit Nord	**Dr. Frank Woesten** Klinikum Bremen Nord	**Prof. Bernd Hertenstein** Klinikum Bremen-Mitte
Judith Borsch Geschäftsstelle HBKG	**Petra Wehrmann** Roland-Klinik	**N.N.** Paracelsus-Kliniken
Marleen Nieweler Geschäftsstelle HBKG	**Heiko Ackermann** Geschäftsstelle HBKG	**N.N.** Geschäftsstelle HBKG

Erledigungsausschuss nach § 116b SGB V		
Mitglieder der HBKG	**1. Stv. Mitglieder**	**2. Stv. Mitglieder**
Thomas Kruse DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus	**Dr. Susanne Kleinbrahm** Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide	**Dr. Walter Klingelhöfer** Rotes Kreuz Krankenhaus
Dr. Andrea Bronner Klinikum Bremen Mitte	**Carola Wiechmann** Gesundheit Nord	**Heike Penon** Gesundheit Nord
Judith Borsch Geschäftsstelle HBKG	**Dr. Frank Woesten** Klinikum Bremen Nord	**Heiko Ackermann** Geschäftsstelle HBKG

Landesgremium nach § 90a SGB V			
Mitglieder der HBKG	**1. Stv. Mitglied**	**2. Stv. Mitglied**	**3. Stv. Mitglied**
Thomas Kruse DIAKO Ev. Diakonie-Krankenhaus	**Judith Borsch** Geschäftsstelle HBKG	**Manfred Volmer** St. Joseph-Stift	**Heike Penon** Gesundheit Nord

Stand April 2025

Mitarbeit der HBKG in Gremien auf Bundesebene ab 01.04.2025

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	
Präsidium und Mitgliederversammlung	Thomas Kruse Judith Borsch (Stv)
Fachausschuss Krankenhausfinanzierung	Judith Borsch
Fachausschuss Personalwesen und Krankenhausorganisation	Heiko Ackermann
Haushaltsausschuss	Uwe Zimmer (Vorsitz) bis 2026
Fachausschuss Medizin	Dr. Susanne Kleinbrahm
Fachausschuss Daten-Information und -Kommunikation	Heiko Ackermann
Fachausschuss Recht und Verträge	Michael Dieckmann
Kommission Hygiene	Martin Eikenberg
Kommission Krankenhaus-Psychiatrie	Ludger Buitmann
Kommission Leistungsentgelte	Heiko Ackermann
Kommission Qualitätssicherung	Marleen Nieweler
Kommission Europa	Michael Dieckmann
Arbeitsgruppe Weiterentwicklung des Entgeltsystems	Judith Borsch
Arbeitsgruppe Arzneimittel	Rainer Dubbels
Arbeitsgruppe Presse und Öffentlichkeitsarbeit	Judith Borsch
Arbeitsgruppe Budgetfragen	Heiko Ackermann
Arbeitsgruppe Klimaschutz und Nachhaltigkeit im Krankenhaus	Heiko Ackermann
Arbeitsgruppe Medizinischer Dienst	Marleen Nieweler
Arbeitsgruppe Pflegepersonalbemessung	Judith Borsch

Zusammenarbeit der Landeskrankenhausgesellschaften	
Tagungen der Geschäftsführer	Judith Borsch
AG Basisfallwert	Heiko Ackermann
AG Krankenhausplanung- und investition	Judith Borsch
AG Ausbildung	Heiko Ackermann
AG § 116b SGB V	Judith Borsch Heiko Ackermann
AG KHZG-Umsetzung	Heiko Ackermann

Sonstige Gremien	
Bundesschiedsstelle nach § 18a KHG	Judith Borsch
Gesellschafterversammlung & Verwaltungsrat DKTIG	Judith Borsch Uwe Zimmer bis 2026

Besetzung der Geschäftsstelle

Geschäftsstelle der HBKG
Judith Borsch Geschäftsführerin
Heiko Ackermann Stv. Geschäftsführer
Marleen Nieweler Referentin
Meike Dirksen Sekretariat/ Sachbearbeiterin

Stand April 2025

Verzeichnis der aktuellen Verträge und Vereinbarungen

- Vertrag nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V - Einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung

- Vertrag nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V – Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung sowie entsprechende Geschäftsordnung und Finanzierungsvereinbarung

- Vertrag nach § 115 Abs. 1 SGB V zu § 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V
  - Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus -

- Verträge zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V
  - Brustkrebs vom 09.01.2007
  - Koronare Herzkrankheit vom 01.03.2005
  - Asthma/COPD vom 01.03.2006
  - Koronare Herzkrankheit (KHK) 01.04.2018

- Vereinbarung über die Grundsätze zur Ausgestaltung eines Ausgleichsfonds nach § 17a Abs. 5 KHG zur Finanzierung der Ausbildung für die in § 2 Nr. 1a KHG genannten Berufe vom 13.12.2006
- Vereinbarungen des landesweit geltenden Ausbildungszuschlages nach § 17a KHG
- Vereinbarungen des Landesbasisfallwertes gemäß § 10 KHEntgG
- Vertrag über die Vergütung histologischer und zytologischer Untersuchungen

- Vereinbarung über die Abrechnung und Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung in Krankenhäusern
- Richtlinie der Krankenhäuser des Landes Bremen für den Umgang mit Fehl- und Totgeburten
- Kooperationsvereinbarung gemäß § 20b Abs. 3 Sätze 3 und 4 SGB V zur Beteiligung von Unternehmensorganisationen und der für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 SGB V und nach § 71 Absatz 1 und 2 SGB XI maßgeblichen Verbände an der Beratung der BGF-Koordinierungsstelle im Bundesland Bremen
- Zweite Vereinbarung der Bremer Pflegeinitiative gegen den Fachkräftemangel

- Vereinbarung über den Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 PflBG
- Vereinbarung gemäß § 33 Abs. 6 PflBG zu Verfahrensregelungen im Zusammenhang mit der Einzahlung der Finanzierungsmittel und den in Rechnung zu stellenden Zuschlägen
- Vereinbarung zur Vergütung des Vorsitzenden der Schiedsstelle für Angelegenheiten des Pflegeberufegesetzes
- Vertrag nach §115 Abs. 2 Nr. 3 SGB V (Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes)